

Secretaria
de Saúde



Pernambuco

RELATÓRIO TRIMESTRAL DE GESTÃO

Abril a Junho/2017

**HOSPITAL REGIONAL
FERNANDO BEZERRA**

2017

APRESENTAÇÃO

O Hospital Regional Fernando Bezerra faz parte de uma proposta de governo de reestruturação do modelo de atenção à saúde em Pernambuco, reorganizado com a perspectiva de estruturação de uma rede hospitalar Estadual regionalizada, hierárquica e integrada, com redefinição do perfil assistencial dos hospitais de sua rede e ao mesmo tempo propondo medidas para promover melhor acesso da população aos serviços de urgência e emergência e assistência hospitalar.

A emergência funciona com classificação de risco dentro dos parâmetros propostos pela política Nacional de Humanização do Ministério da Saúde e utiliza o protocolo Manchester.

Quadro 01- Resumo de informações

Organização Social	Organização Social de Saúde Irmandade da Santa Casa de Misericórdia
Contrato de gestão	Nº02/2013
Localização	Município de Ouricuri
Área de Abrangência	11 municípios, distribuídos nas IX Gerência Regional de Saúde - GERES (Ouricuri, Araripina, Bodocó, Exu, Granito, Ipubi, Moreilândia, Parnamirim, Santa Cruz, Santa Filomena e Trindade), bem como Afrânio e Dormentes, pertencentes a VIII GERES.
Perfil	Materno-infantil, Clínica Médica, Traumatologia/Ortopedia e Cirurgia Geral
Capacidade	104 leitos, sendo hoje 87 leitos operacionais, distribuídos em: 17 de Obstetrícia, 22 de Clínica Médica e 13 de Pediatria, 16 de Cirurgia Geral, 09 de Traumatologia/Ortopedia e 10 de UTI Adulto, além de Berçário Interno com 05 leitos, aptos a realizar procedimentos de média complexidade, através de serviços de urgência e emergência com 12 leitos e 05 salas de Ambulatório.
SADT: Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico	USG, Raios-X, colposcopia, eletrocardiograma, fisioterapia e exames laboratoriais.
Ambulatório de Egresso	Especialidades: Ginecologia, Cirurgia Pediátrica, Obstetrícia (também Gestação de Alto Risco), Urologia, Cirurgia Geral, Vascular, Neurologia, Otorrinolaringologia, Clínica Médica, Oftalmologia, Cardiologia, Psiquiatria, Fisioterapia e serviço Social

INTRODUÇÃO

O Relatório Trimestral apresenta os resultados obtidos com a execução do Contrato de Gestão nº02/2013, celebrado entre a Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco e a Organização Social de Saúde Santa Casa de Misericórdia do Recife, para o gerenciamento do Hospital Regional Fernando Bezerra, localizado no Município de Ouricuri, em conformidade com a Lei Estadual nº **15.210/2013**, elaborado a partir do acompanhamento das atividades assistenciais executadas na unidade, referente ao período de Abril a Junho de 2017, por meio de visitas sistemáticas, acompanhamento dos relatórios gerenciais mensais, com o objetivo de avaliar o cumprimento das metas contratadas.

As ações atuais incluíram, entre outras iniciativas, a adoção de um modelo de gestão que propicia uma melhor relação custo e efetividade na assistência hospitalar, especialmente no atendimento de casos de Urgência e Emergência, Cirurgia Geral e Traumatologia, que atualmente sobrecarregam os hospitais da rede estadual.

ANÁLISE ASSISTENCIAL

O Contrato de Gestão é dividido em parte fixa (70%), e parte variável (30%) . A Análise dos indicadores é realizada sob a parte variável desse contrato, onde estão contemplados os Indicadores de Produção e de Qualidade, a seguir descritos.

INDICADORES CONTRATUAIS

1. INDICADORES DE PRODUÇÃO

A Produção de referência para esta avaliação é a proposta na pactuação de metas avaliadas mensalmente, correspondente a **20%** do repasse do recurso da parte variável do Contrato de Gestão, pautadas na capacidade instalada da Unidade, conforme descrição abaixo.

1.1 Saídas Hospitalares:680 /mês

1.2 Atendimentos Ambulatoriais:2.500 /mês

1.3 Atendimentos de Urgência: 6.500/mês

1.4 Cirurgias traumato ortopédicas: 100/mês

2. INDICADORES DE QUALIDADE

Estes indicadores correspondem a **10%** do repasse de recurso da parte variável do Contrato de Gestão, pautadas na capacidade instalada da Unidade, conforme descrição abaixo.

2.1. Qualidade da Informação – Vincula-se ao cumprimento de três indicadores: Apresentação de Autorização de Internação Hospitalar (AIH), Porcentagem de Declaração de Diagnósticos Secundários por Especialidade, Taxa de Identificação da Origem do Paciente.

2.2. Atenção ao Usuário - A meta a ser atingida está vinculada ao cumprimento de dois indicadores: Pesquisa de Satisfação e Queixas Recebidas e Resolvidas.

2.3. Controle de Infecção Hospitalar - A meta a ser atingida é o envio do relatório elaborado pela Comissão de Controle de Infecção Hospitalar referente ao acompanhamento das UTI adulto que deverá conter os valores das taxas no mês, a análise dos resultados encontrados no período em relação à mediana e/ou diagrama de controle e as medidas implementadas quando se fizerem necessárias;

2.4 Taxa de Cesáreas em Primíparas -A meta a ser atingida é o envio do relatório da Comissão responsável pelo acompanhamento;

2.5 Proporção de Óbitos Maternos Investigados- A meta a ser atingida é 100% dos óbitos maternos investigados;

2.6 Proporção de Recém Nascidos vacinados contra Hepatite B e com a BCG- A meta a ser atingida é vacinar 100% dos nascidos vivos nos parâmetros especificados conforme o tipo de vacina a ser aplicada;

2.7 Proporção de Óbitos Fetais com peso menor ou igual a 2.500g Analisados. - A meta a ser atingida é 50% dos óbitos fetais serem analisados com peso > 2.500g;

3. OPERACIONAIS

3.1 Revisão de prontuários

4. RELACIONADO À GESTÃO DE PESSOAS

4.1 Percentual de médicos com título de especialista

INDICADORES CONTRATUAIS

1. INDICADORES DE PRODUÇÃO

1.1. Saídas Hospitalares

É a saída do paciente da unidade de internação por alta (curado, melhorado ou inalterado), evasão, desistência do tratamento, transferência interna, transferência externa ou óbito. As transferências internas não são consideradas saídas para os cálculos das estatísticas hospitalares.

A tabela 01 demonstra o número de Saídas Hospitalares no período avaliado, que teve um total de **2.001** saídas, representando um percentual de **98,09%**. A meta para o indicador *Saídas Hospitalares* foi considerada cumprida para o período.

Tabela 01 - Saídas Hospitalares

Saídas:			
MÊS	CONTRATADO	REALIZADO	%
Abril	680	625	91,91%
Mai	680	720	105,88%
Junho	680	656	96,47%
Trimestre	2040	2001	98,09%

Fonte: Relatórios Gerenciais/Sistema de Gestão

1.2. Atendimento Ambulatorial

A tabela 02 demonstra o número de atendimentos Ambulatoriais no período avaliado, que teve um total de **8.061** atendimentos, representando um percentual de **107,48%**. A meta para o indicador *Atendimentos Ambulatoriais* foi cumprida para o período.

Tabela 02 – Atendimentos Ambulatoriais

Ambulatório			
MÊS	CONTRATADO	REALIZADO	%
Abril	2500	2515	100,60%
Mai	2500	2886	115,44%
Junho	2500	2660	106,40%
Trimestre	7500	8061	107,48%

Fonte: Relatórios Gerenciais/Sistema de Gestão

1.3. Atendimentos de Urgência

São considerados atendimentos de urgência aqueles não programados, dispensados, de forma referenciada, pelo serviço de Urgência do Hospital a pessoas que procurem tal atendimento, nas 24 horas do dia, durante todos os dias do ano.

A tabela 03 demonstra o número de Atendimentos de Urgência no período avaliado, que teve um total de **19.271** atendimentos, representando um percentual de **98,83 %**. A meta para o indicador *Atendimentos de Urgência* foi cumprida para o período.

Tabela 03 – Atendimentos de Urgência

Urgência			
MÊS	CONTRATADO	REALIZADO	%
Abril	6500	6669	102,60%
Maio	6500	6551	100,78%
Junho	6500	6051	93,09%
Trimestre	19500	19271	98,83%

Fonte: Relatórios Gerenciais/Sistema de Gestão

1.3.1 Acolhimento e Classificação de Risco

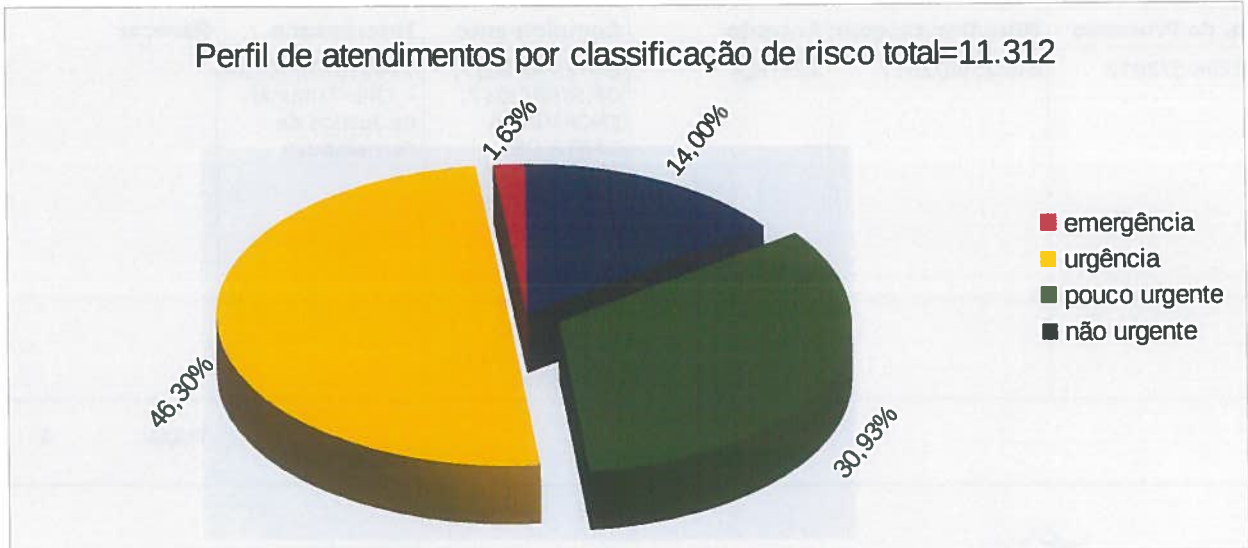
A Classificação de Risco é um processo dinâmico de identificação dos pacientes que necessitam de tratamento imediato, de acordo com o potencial de risco, agravos à saúde ou grau de sofrimento e pressupõe agilidade na assistência por nível de complexidade e não por ordem de chegada.

O protocolo adotado no HRFB para Classificação de Risco segmenta os pacientes de acordo com a gravidade clínica de cada caso. O paciente recebe uma pulseira de identificação por cores que pode ser vermelha que identifica as emergências e o paciente deve ser atendido imediatamente; amarela, que identifica um caso urgente e o paciente deve ser atendido em até 30 minutos; verde, que identifica um caso pouco urgente e o paciente pode ser atendido em até 60 minutos ou azul, que identifica um caso não urgente e o paciente pode ser atendido em até 120 minutos.

O hospital utiliza protocolo Manchester para acolhimento e classificação de risco.

Foram realizadas no trimestre **11.312** Classificações de risco do total de **19.271** atendimentos de urgência, representando **52,70%** da produção de urgências no trimestre. O gráfico 1 demonstra os percentuais atingidos conforme classificação.

Gráfico 1- Acolhimento e Classificação de risco – Percentuais no trimestre (Abril a Junho)



Fonte: Relatórios Gerenciais/Sistema de Gestão

1.4 CIRURGIAS TRAUMATO ORTOPÉDICAS

Conforme termos 7º Termo Aditivo ao Contrato de Gestão e Nota Técnica nº067/2016 , que preconizam a meta de 100 cirurgias traumato ortopédicas/mês como meta valorada, segue abaixo, a produção da Unidade para o trimestre em questão.

Tabela 04 – Cirurgias Traumato Ortopédicas

CIRURGIAS TRAUMATO ORTOPÉDICAS			
MÊS	CONTRATADO	REALIZADO	%
Abril	100	85	85,00%
Maio	100	106	106,00%
Junho	100	97	97,00%
TRIMESTRE	300	288	96,00%

Fonte: Relatórios Gerenciais/Sistema de Gestão

A meta foi considerada cumprida por ter atingido percentual superior ao mínimo de 85% preconizados em contrato para os indicadores de produção.

2- INDICADORES DE QUALIDADE

2.1. Qualidade da Informação

2.1.1 Apresentação de Autorização de Internação Hospitalar (AIH)

Avalia a proporcionalidade de AIH em relação à atividade hospitalar. Nesses casos a meta a ser cumprida é apresentação de 90% das AIH referentes às saídas em cada mês de competência. O Contrato de gestão preconiza que o registro da informação no sistema de Gestão seja enviada até dia 15 de cada mês e o envio do relatório de Gestão seja até o 20 dia. A Unidade apresentou no segundo Trimestre de 2017, AIH, sendo **2.108** do mês de competência, e teve um volume de Saídas Hospitalares de **2.001** com percentual de **105,35%** de apresentação, cumprindo a meta contratual.

Tabela 05 – Autorização de Internação Hospitalar - AIH

AIH- Abril a Junho- 2017				
	Saídas	AIH apresentadas		% AIH de competência
Abril	625	672	660	105,60%
Mai	720	786	756	105,00%
Junho	656	704	692	105,49%
Trimestre	2001	2162	2108	105,35%

Fonte: Relatórios Gerenciais/Sistema de Gestão

Das AIH apresentadas no trimestre de Abril a Junho de 2017 (**2.162**), foram aprovadas **2.108** e **54** rejeitadas, representando um montante de **R\$ 61.751,02**, valor este, que deixou de ser aportado, ao Hospital Fernando Bezerra (tabela 06).

Tabela 06 – Autorização de Internação Hospitalar

Mês	AIH						Valores Aprovados			Valores sem Ocorrências de Glosas
	Apresentada	Aprovada	Rejeitada			Serviço Hospitalar	Serviço Profissional	Total		
			Rejeitada	% de AIH Rejeitada	Valor R\$				% Financeiro de Rejeição	
Abril	672	642	30	4,46	32.647,29	8,01	270.003,47	104.891,49	374.894,96	407.542,25
Mai	786	774	12	1,53	6.743,59	1,49	327.540,96	118.928,06	446.469,02	453.212,61
Junho	704	700	4	0,57	2.239,50	0,52	313.643,93	114.175,62	427.819,55	430.059,05
Total	2.162	2.116	46	2,13	41.630,38	3,23	911.188,36	337.995,17	1.249.183,53	1.290.813,91

Fonte: DATASUS/SIH/SUS

A tabela 07 demonstra os motivos das glosas realizadas, pelo SIH/SUS, no trimestre em análise. Destaca-se, como maior motivo “profissional irregular segundo portaria 134”, conforme demonstra a Tabela abaixo, representando o valor total de **R\$28.558,27**.

Tabela 07– Motivos de rejeição de AIH

MOTIVOS DA REJEIÇÃO	ABRIL	MAIO	JUNHO	TOTAL
AIH BLOQUEADA DUPL. INTERNAÇÃO C/IN PERÍODOS	117,24			117,24
AIH APROVADA EM OUTRO PROCESSAMENTO			654,42	654,42
AIH REAPRESENTADA C/ DATA DE INT OL PRIMEIRA		495,21	495,21	990,42
HOSPITAL NÃO POSSUI LEITOS DE UTI II ADULTO	18086,21			18.086,21
COBRANÇA DE MAIS DE UM CÓDIGO DE DIÁRIA DE ACOMPANHANTE		195,62		195,62
PROCEDIMENTO REALIZADO INCOMPATIVO COM PROC PRINCIPAL	1298,54			1.298,54
QUANTIDADE SUPERIOR AO PERMITIDO			572,27	572,27
PROFISSIONAL IRREGULAR SEGUNDO PORTARIA 134				19.041,02
PROFISSIONAL NÃO VINCULADO AO CNES				517,60
TOTAL DIÁRIAS DO ACOMPANHANTE SUPERIOR AO PERMITIDO	157,04			157,04
TOTAL	32.647,29	6.743,59	2.239,50	41.630,38

Fonte: DATASUS/SIH/SUS

2.1.2 Diagnóstico Secundário

O Diagnóstico Secundário é uma variável que deve ser registrada, pois é fundamental para avaliar a complexidade das internações. O preenchimento de apenas uma afecção (CID-10 Principal) para cada atendimento pode ocasionar a perda de informações importantes, dificultando assim a avaliação do perfil epidemiológico dos hospitais. Com essa variável é possível especificar as afecções que existem ou se desenvolvem durante o atendimento e que afetam as condições do paciente, além de classificar as ocorrências e circunstâncias ambientais, como a causa de lesões, envenenamentos etc. O parâmetro é por especialidade, porém para esta Unidade, avalia-se apenas, Diagnóstico Secundário na Clínica Médica e Clínica Cirúrgica, com parâmetro mínimo de 14% e 22%, respectivamente. A Unidade apresentou percentual de Diagnósticos Secundários no período avaliado, como demonstra a tabela abaixo. A meta foi considerada cumprida para este indicador.

Tabela 08. Diagnóstico Secundário

DIAGNÓSTICO SECUNDÁRIO					
Mês		Abr	Mai	Jun	2º Trim
Clínica Médica (14%)	Nº AIH Apresent.	132	167	149	448
	Nº Diag. Secund.	80	88	99	267
	%	60,61%	52,69%	66,44%	59,60%
Cirurgia Geral (22%)	Nº AIH Apresent.	195	264	149	608
	Nº Diag. Secund.	133	181	165	479
	%	68,21%	68,56%	110,74%	78,78%

Fonte: Relatórios Gerenciais/Sistema de Gestão

2.1.3 Taxa de Identificação da Origem do Paciente (CEP Válidos):

O objetivo é conhecer a localidade de residência do paciente para avaliar a adequada inserção regional do hospital por meio da caracterização da origem da demanda. O indicador permite melhor planejamento regional dos serviços de saúde ao identificar fluxos de referência corretos e incorretos e utiliza a identificação correta do Código de Endereçamento Postal (CEP) e do código do IBGE, obrigatórios no Sistema Informações Hospitalares (SIH/SUS) e registrados na internação hospitalar ou atendimento ambulatorial do paciente. A meta é atingir 90% de CEP válidos e compatíveis. Código do CEP válido é o que corresponde a um logradouro (bairro, cidade, praça, rua, avenida, etc.) específico. CEP compatível é o que encontra correspondência com o código do IBGE do município, pois existe a possibilidade de um CEP válido (que corresponde a um número existente do código postal) não estar de acordo com o logradouro indicado como de residência do paciente.

A Unidade cumpriu a meta para o Indicador Taxa de Origem do Paciente (CEP), atingindo valores superiores a 90% para o indicador, conforme demonstra a tabela abaixo.

Tabela 09. Taxa de Identificação de Origem – CEP Válidos

TAXA DE ORIGEM DO PACIENTE – CEP VÁLIDOS/COMPATÍVEIS				
Mês	Abr	Mai	Jun	1º Trim
CEP apresentados	672	786	704	2.162
CEP válidos	671	784	703	2.158
%	99,85%	99,75%	99,86%	99,81%

Fonte: Relatórios Gerenciais/Sistema de Gestão

2.2 Serviço de atenção ao Usuário

2.2.1 Queixas Recebidas e Resolvidas

A meta é a resolução de 80% das queixas recebidas. Entende-se por queixa o conjunto de reclamações recebidas por qualquer meio, necessariamente com identificação do autor, e que deve ser registrada adequadamente. Entende-se por resolução o conjunto de ações geradas por uma queixa no sentido de solucioná-la e que possa ser encaminhada ao seu autor como resposta ou esclarecimento ao problema apresentado.

Não houve nenhuma queixa apresentada no período, portanto, a meta foi considerada cumprida para o indicador em questão.

2.2.2 Pesquisa de Satisfação do usuário

A pesquisa de satisfação do usuário sobre o atendimento do hospital destina-se à avaliação da percepção de qualidade de serviço pelos pacientes ou acompanhantes. Em cada trimestre deve ser avaliada a pesquisa de satisfação do usuário, por meio dos questionários específicos, que deverão ser aplicados mensalmente em pacientes internados e acompanhantes e a pacientes atendidos nos ambulatórios dos hospitais, abrangendo 10% do total de pacientes em cada área de internação e 10% do total de pacientes atendidos em consulta no ambulatório. A pesquisa deve ser feita verbalmente, registrada em papel, sendo obrigatoriamente anônima, apenas com identificação numérica. A meta a ser atingida é o envio do relatório de consolidação dos três grupos. A Unidade apresentou **454** pesquisas realizadas no setor de internamento com pacientes e acompanhantes, representando **21,54%**. Em relação à área ambulatorial, no mesmo período, foram realizadas **1.070** pesquisas, representando **13,27%** dos atendimentos.

A meta foi considerada cumprida para este indicador, já que os relatórios exigidos foram entregues dentro do prazo preconizado

Tabela 10. Pesquisa de satisfação

PESQUISA DE SATISFAÇÃO				
Mês	Abr	Mai	Jun	Trimestre
Produção ambulatório	2515	2886	2660	8.061
nº de entrevistados	303	351	416	1.070,00
%	12,05%	12,16%	15,64%	13,27%
Internações	660	756	692	2.108
nº de entrevistados	144	172	138	454
%	21,82%	22,75%	19,94%	21,54%

Fonte: Relatórios Gerenciais/Sistema de Gestão

2.3 - Controle de Infecção Hospitalar

A meta a ser cumprida é a entrega do relatório mensal elaborado pela CCIH que contenham os valores de cada mês. No período em análise a meta foi cumprida.

Com a finalidade de avaliar a qualidade da assistência os seguintes indicadores são analisados: Densidade de Infecção Hospitalar em UTI, Densidade de Incidência de Infecção Hospitalar em Corrente Sanguínea Associada a Cateter Venoso Central em UTI e Densidade de Incidência de Pneumonia associada ao uso de Ventilação Mecânica na UTI, Taxa de utilização de cateter venoso em UTI e Taxa de utilização de ventilação mecânica em UTI.

O Hospital encaminhou mensalmente, no prazo preconizado, o relatório da CCIH anexo ao Relatório Gerencial da Unidade, portanto, meta cumprida.

Tabela 11. Controle de Infecção Hospitalar- Densidades de infecção

CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR				
	Abril	Maio	Junho	Média Trimestre
Densidade de Infecção Hospitalar em UTI	0	0	0	0
Densidade de Incidência de Infecção Hospitalar em Corrente Sanguínea associada a Cateter Venoso Central	0	0	0	0
Densidade de incidência de pneumonia associada a PAV em UTI	0	0	0	0

Fonte: Relatórios Gerenciais/Sistema de Gestão

Tabela 12. Controle de Infecção Hospitalar- Taxas

CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR				
	Abril	Maio	Junho	Média Trimestre
taxa de utilização de cateter venoso	98,68%	96,80%	88,00%	94,49%
taxa de utilização de ventilação mecânica na UTI	90,80%	96,50%	84,53%	90,61%

Fonte: Relatórios Gerenciais/Sistema de Gestão

2.4- Taxa de Cesáreas e Cesáreas em Primíparas

É o indicador relativo à avaliação de resultado/efetividade, a Referência é de 35% (Resolução CIB nº 939/2005). A Clínica Obstétrica constitui uma das principais áreas de internação do HRFB .A taxa de cesariana em primíparas é um indicador que deve refletir o resultado obtido com o processo de melhoria contínua da Unidade. O índice para o indicador, no período avaliado, foi de **48,54%** para Cesáreas em Primíparas, como apresenta a tabela abaixo. A meta para este indicador é o envio do relatório da Comissão de acompanhamento. Para o período em questão a meta foi considerada cumprida.

Tabela 13.Taxa de Cesariana em Primíparas

	Abril	Maio	Junho	Trimestre
Nº de partos em primíparas	80	97	97	274
nº de cesáreas em primíparas	43	47	43	133
% de cesariana em primíparas	53,75%	48,45%	44,33%	48,54%

Fonte: Relatórios Gerenciais/Sistema de Gestão

2.5- Proporção de Óbitos Maternos Investigados

Este indicador tem a finalidade de o hospital monitorar a mortalidade materna que é um indicador de saúde feminina e que representa acesso da mulher à assistência à saúde e a adequação do sistema de saúde em responder suas necessidades. A meta é 100% dos óbitos maternos investigados. É dado pela relação entre o número de óbitos maternos investigados e o número total de óbitos maternos multiplicado por 100. Não houve ocorrência de óbitos maternos no período avaliado.A meta foi considerada cumprida para este indicador.

2.6 Proporção de Óbitos Fetais Analisados

A finalidade é que o hospital monitore os óbitos fetais ocorridos durante determinado período e possa determinar suas causas, registre no banco de dados oficiais e que sirva de indicador para políticas públicas de saúde.

A meta é 50% de óbitos fetais analisados com peso igual ou menor que 2.500g e é dado pela relação entre número de óbitos fetais com peso $\leq 2.500g$ analisados e o número total de óbitos fetais com peso $\leq 2.500g$ multiplicado por 100. A Unidade encaminhou o Relatório da Comissão de Óbitos, com a análise dos óbitos no período. Ocorreram 11 óbitos no período analisado, com investigação de 100% destes. Portanto, meta cumprida para o referido indicador.

Tabela 14. Óbitos Fetais Analisados

INVESTIGAÇÃO DE ÓBITOS FETAIS				
	Abril	Maior	Junho	Trimestre
Total de óbitos fetais com peso <2.500g	3	4	4	11
Proporção de Óbitos fetais Investigados	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%

Fonte: Relatórios Gerenciais/Sistema de Gestão

2.7- Proporção de Recém Nascidos vacinados contra Hepatite B e com a BCG

2.7.1 Proporção de RN nascidos vivos vacinados contra Hepatite B até a 12ª hora de vida

O indicador é dado pela relação entre o número de RN nascidos vivos vacinados contra Hepatite B até a 12ª hora de vida e o número total de RN nascidos vivos, multiplicado por 100. A meta é 100% dos RN vacinados contra Hepatite B até a 12ª hora de vida. A Unidade apresentou relatório do número de recém-nascidos vacinados contra Hepatite B no período avaliado.

2.7.2 Proporção de RN nascidos vivos vacinados com a vacina BCG com peso $\geq 2.000g$

O indicador é dado pela relação entre o número de RN nascidos vivos vacinados com a vacina BCG com peso $\geq 2.000g$ até a data da alta e o número total de RN nascidos vivos

com peso $\geq 2.000\text{g} \times 100$. A meta é 100% dos RN vacinados com a vacina BCG com peso $\geq 2.000\text{g}$ até a data da alta. A Unidade apresentou relatório do número de recém-nascidos vacinados com a BCG no período avaliado, atingindo a meta de 100% de para a vacinação de BCG, conforme apresentado no quadro abaixo.

Tabela 15. Recém -nascidos vacinados

	Abril	Mai	Junho	Trimestre
Total de recém-nascidos	212	243	221	676
Total de Recém-nascidos com a 1º dose da vacina contra Hepatite B	212	243	221	676
% de vacinados contra Hepatite B	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%
Total de recém-nascidos com peso > 2000g	209	238	214	661
Total de Recém-nascidos vacinados com BCG	209	238	213	660
% de vacinados contra BCG	100,00%	100,00%	99,53%	99,85%

Fonte: Relatórios Gerenciais / Sistema de Gestão

O indicador referente à vacinação contra BCG não atingiu a meta no trimestre .Porém, a Unidade justificou seu não atingimento, com o argumento de que os casos em que não foi realizada a vacinação ocorreram por não atenderem ao protocolo nacional de neonatologia.Portanto, os descontos serão apontados, mas não serão efetivados, pois esta Diretoria acatou as justificativas apresentadas.

3.INDICADORES OPERACIONAIS

3.1 Revisão de Prontuários

A Resolução 1.638/2002, do Conselho Federal de Medicina, torna obrigatória a criação da Comissão de Revisão de Prontuários nas instituições de saúde. O prontuário é peça fundamental no setor de saúde, uma vez que materializa as informações dos pacientes, colhidas ao longo de todo o processo de assistência, que o mesmo recebe.

Na Tabela 16 verifica-se que, no trimestre em análise, **10,49%** dos prontuários dos pacientes foram revisados, destes, **100%** estavam completos. Não há meta estabelecida para este indicador.

Tabela 16– Revisão de prontuários

REVISÃO DE PRONTUÁRIOS MÉDICOS				
	Abril	Maió	Junho	trimestre
total de prontuários	625	720	656	2001
total de prontuário revisados	70	70	70	210
%	11,20%	9,72%	10,67%	10,49%

Fonte: Relatórios Gerenciais/Sistema de Gestão

4.RELACIONADOS À GESTÃO DE PESSOAS

Reflete o número de profissionais médicos com título de especialista na Unidade.

Não há meta estabelecida para este indicador.

Tabela 17-Relação Total de Médicos – Médicos Especialistas

MÉDICOS ESPECIALISTAS				
	Abril	Maió	Junho	Trimestre
Nº de médicos especialistas	32	34	34	100
Total de médicos	62	64	64	190
	51,61%	53,13%	53,13%	52,63%

Fonte: Relatórios Gerenciais/Sistema de Gestão

EXTRA-CONTRATUAIS

Os indicadores extra-contratuais, apesar de não estarem previstos em Contrato de Gestão tem sua importância vinculada à necessidade do acompanhamento e avaliação do desempenho relacionadas às atividades concernentes à assistência e à gestão. De modo que não apresentam valoração financeira nem meta estipulada, mas de maneira geral tem sua avaliação dimensionada por parâmetros construídos em âmbito nacional.

5. INDICADORES DE GESTÃO ASSISTENCIAL

5.1 Taxa de Ocupação Operacional

Taxa de Ocupação Operacional é a relação percentual entre o número de pacientes/dia e o número de leitos/dia em determinado período, multiplicado por 100. O valor de referência utilizado é o dado pela portaria n.º 1101/GM de 12 de junho de 2002, que estabelece como parâmetro a Taxa de Ocupação entre 80 e 85%.

A Taxa de Ocupação teve média geral de **122,87 %** no período avaliado.

Tabela 18 - Taxa de Ocupação Operacional Geral

TAXA DE OCUPAÇÃO – ABRIL A JUNHO -2017				
	Abril	Maio	Junho	Média Trimestre
Taxa de ocupação geral	120,34%	125,62%	122,64%	122,87%

Fonte: Relatórios Gerenciais/Sistema de Gestão

Tabela 19- Taxa de Ocupação Operacional por Clínica

TAXA DE OCUPAÇÃO – ABRIL A JUNHO -2017				
	Abril	Maio	Junho	Média Trimestre
Clínica Médica	112,42%	104,10%	112,90%	109,81%
Clínica Obstétrica	129,21%	133,60%	133,72%	132,18%
Clínica Pediátrica	99,48%	111,41%	97,43%	102,77%
Clínica Cirúrgica	112,29%	137,50%	133,54%	127,78%
Clínica Ortopédica	188,51%	190,70%	171,11%	183,44%
UTI adulto	101,33%	100,32%	97,00%	99,55%

Fonte: Relatórios Gerenciais/Sistema de Gestão

5.2 Tempo Médio de Permanência – TMP (dias)

Caracteriza-se pela relação entre o total de pacientes/dia e o total de pacientes que tiveram saída do hospital em determinado período, incluindo os óbitos. Representa o tempo médio em dias que os pacientes ficaram internados no hospital.

O valor de referência da Portaria MS nº 1101/2002 é de 5,2 dias para Clínica Médica, 3,0 dias para Clínica Obstétrica e 6,0 dias para Pediatria (valores de referência dado pela portaria n.º 1101/MS – 2002).

A tabela abaixo demonstra o TMP/mês por clínica, e apresentou uma média geral de **4,90 dias**, respectivamente, no período avaliado.

Tabela 20. Tempo Médio de Permanência Geral

TEMPO MÉDIO DE PERMANÊNCIA – ABRIL A JUNHO -2017				
	Abril	Maio	Junho	Média Trimestre
Tempo médio de permanência	5,02	4,70	4,9	4,90

Fonte: Relatórios Gerenciais/Sistema de Gestão

Tabela 21. Tempo Médio de Permanência por Clínica

TEMPO MÉDIO DE PERMANÊNCIA – ABRIL A JUNHO -2017				
	Abril	Maio	Junho	Média Trimestre
Clínica Médica	9,4	9,46	9,08	9,31
Clínica Obstétrica	2,45	2,52	2,52	2,50
Clínica Pediátrica	7,60	6,5	6,7	6,93
Clínica Cirúrgica	4,52	4,34	4,93	4,60
Clínica Ortopédica	5,47	5,22	5,25	5,31
UTI adulto	9,50	12,44	7,09	9,68

Fonte: Relatórios Gerenciais/Sistema de Gestão

5.3 Índice de rotatividade de Leitos:

O indicador mede a rotatividade do leito hospitalar na unidade (quantos pacientes utilizam o mesmo leito no mês).

A tabela abaixo apresenta o Índice de rotatividade/mês por clínica. A média geral atingida para este indicador foi de **7,75** no período avaliado. O valor de referência é dado pela portaria n.º 1101/MS - 2002, que é de 4 a 6 pacientes leito/mês para internamento.

Tabela 22. Índice de rotatividade por Clínica

ÍNDICE DE ROTATIVIDADE DOS LEITOS – ABRIL A JUNHO -2017

	Abril	Mai	Junho	Média Trimestre
Índice de rotatividade dos leitos	7,42	8,30	7,54	7,75

Fonte: Relatórios Gerenciais/Sistema de Gestão

Tabela 23. Índice de rotatividade por Clínica

	Abril	Mai	Junho	
Clínica Médica	3,7	3,4	2,72	3,27
Clínica Obstétrica	16,3	16,41	15,9	16,20
Clínica Pediátrica	4,04	5,3	4,3	4,55
				8,58
Clínica Cirúrgica	7,8	9,81	8,12	
Clínica Ortopédica	10,7	14	11,33	12,01
UTI adulto	3,3	2,5	4,1	3,30

Fonte: Relatórios Gerenciais/Sistema de Gestão

5.4 Taxa de Mortalidade Institucional

É obtida através da relação entre o número de óbitos após 24h de internação e o número de saídas (altas e óbitos) no mesmo período, multiplicado por 100. A Referência é 2,63% - Portaria 1101/GM – 2002.

Na Tabela 24, observa-se que a Unidade apresentou uma Taxa de Mortalidade Institucional, no trimestre, de **3,05%**, acima do valor de referência.

Tabela 24. Taxa de Mortalidade Institucional

TAXA DE MORTALIDADE INSTITUCIONAL – ABRIL A JUNHO -2017

	Abril	Mai	Junho	Média Trimestre
Óbitos no período >24h	24,00	25	12	20,33
saídas	625	720	656	667,00
Taxa de mortalidade institucional	3,84%	3,47%	1,83%	3,05%

Fonte: Relatórios Gerenciais/Sistema de Gestão

5.5- Taxa de Mortalidade Operatória

É obtido através da relação entre o número de óbitos operatórios (relacionados com o ato operatório) ocorridos até 07 dias da cirurgia e o número total de cirurgias, multiplicado por 100. A Referência é de 2% - Portaria 1101/GM – 2002. A taxa de mortalidade apresentada foi de **0,69%** no período avaliado.

Tabela 25. Taxa de Mortalidade Operatória

TAXA DE MORTALIDADE OPERATÓRIA – ABRIL A JUNHO -2017

	Abril	Mai	Junho	Média Trimestre
Óbitos	4,00	2	2	2,66
Cirurgias Executadas	340	427	385	384,00
Taxa De Mortalidade Operatória	1,18%	0,47%	0,52%	0,69%

Fonte: Relatórios Gerenciais/Sistema de Gestão

5.6 - Taxa de Cirurgia de Urgência

A atividade cirúrgica da Unidade no período foi de **1.152** cirurgias, sendo **825** em caráter de urgência e **327** eletivas. O percentual de cirurgias de urgência foi de **71,61%**.

Tabela 26. Taxa de Cirurgia de Urgência

TAXA DE CIRURGIA DE URGÊNCIA

	Abril	Mai	Junho	trimestre
Total de cirurgias de urgência executadas	259	277	289	825
Total de cirurgias (eletivas+ urgência) executadas	340	427	385	1152
taxa de cirurgia de urgência	76,18%	64,87%	75,06%	71,61%

Fonte: Relatórios Gerenciais/Sistema de Gestão

5.7 Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico- SADT

O SADT é uma modalidade de prestação de serviço ofertada nas unidades de saúde, sendo responsável pela realização de exames complementares das linhas de cuidado da atenção básica e da atenção especializada. O objetivo do SADT é apoiar a realização de um diagnóstico assertivo dos casos de usuários de uma determinada região.

Pode-se observar, na tabela 27, que o Hospital Fernando Bezerra realizou, no trimestre de Abril a Junho/17, **30.124** exames, destacando-se o maior nº de exames em Patologia Clínica **23.781**.

Tabela 27– SADT

TAXA DE CIRURGIA DE URGÊNCIA				
	Abril	Maio	Junho	trimestre
Total de cirurgias de urgência executadas	259	277	289	825
Total de cirurgias (eletivas+ urgência) executadas	340	427	385	1152
taxa de cirurgia de urgência	76,18%	64,87%	75,06%	71,61%

Fonte: Relatórios Gerenciais/Sistema de Gestão

5.8 Turnover

O Turnover demonstra a rotatividade dos funcionários da unidade, sendo este um indicador de gestão. É um termo usado para designar as entradas e saídas de funcionários em determinado período de tempo; o cálculo de turnover tem a função de demonstrar a percentagem de substituições de funcionários antigos por novos e, conseqüentemente, analisar a capacidade da unidade em manter os seus funcionários.

Na tabela 28 verifica-se as informações mensais dos números de admissões e demissões ocorridas no trimestre em análise. Observa-se que, nesse período, a Unidade apresentou percentual de **9,13%**; portanto, acima do preconizado no índice do PROAHSA (2%).

Tabela 28. Turnover

TURNOVER				
	Abril	Maio	Junho	Trimestre
Nº de Admissões	1	9	27	37
Nº de Demissões	6	2	16	24
Total de Funcionário	334	339	345	1018
Turnover (%)	1,05%	1,65%	6,44%	9,13%

Fonte: Relatórios Gerenciais/Sistema de Gestão

6.COMISSÕES

Hospital Regional Fernando Bezerra possui as seguintes Comissões em funcionamento: Controle de Infecção Hospitalar, Revisão de Prontuários Médicos, Comissão de Óbitos e Comissão de Ética Médica. A Unidade enviou todas as atas que comprovam a realização das reuniões. Ressalta-se que a existência dessas Comissões é exigência do Contrato de Gestão, porém, não representa variável financeira.

Quadro 02 – Resumo da Execução dos Indicadores

HRFB- RESUMO INDICADORES – TRIMESTRE 2017 – ABRIL A JUNHO				
Indicador	Contratado	Realizado	%	Status
1. INDICADOR DE PRODUÇÃO				
1.1 Saídas Hospitalares	2040	2001	98,09%	Meta cumprida
1.2 Atendimento de Urgência	19500	19271	98,83%	Meta cumprida
1.3 Atendimento Ambulatorial	7500	8061	107,48%	Meta cumprida
1.4 Cirurgias traumato ortopédicas	300	288	96,00%	Meta cumprida
2. INDICADORES DE QUALIDADE				
2.1 Qualidade da Informação				
2.1.1 Apresentação de Autorização de Internação Hospitalar	Apresentação de 90% AIH referente às saídas em cada mês de competência. Entrega do relatório até o 20º dia útil do mês subsequente.	2378	105,31%	Meta cumprida
2.1.2 Porcentagem de Declaração de Diagnósticos Secundários por Especialidade	14% Clínica Médica / 22% Clínica Cirúrgica	CM 267/479 CC	59,60% CM 78,78%CC	Meta cumprida
2.1.3 Taxa de Identificação da Origem do Paciente	90% dos CEPs válidos	Relatório enviado	99,81%	Meta cumprida
2.2 Atenção ao Usuário				
2.2.1 Pesquisa de Satisfação	Envio da Planilha de Consolidação dos três grupos até o 20º dia útil do mês subsequente.	Envio da planilha no prazo determinado com o resultado da pesquisa realizada	Pesquisa realizada com 25,63% de pacientes internados e 13,27% na área ambulatorial	Meta cumprida
2.2.2 Resolução de Queixa	Entrega do relatório e resolução de 80% das queixas recebidas	Entrega do relatório no prazo determinado com 100% das queixas resolvidas	Entrega do relatório no prazo determinado com 100% das queixas resolvidas	Meta cumprida

Quadro 03– Resumo da Execução dos Indicadores

HRFB– RESUMO INDICADORES – TRIMESTRE 2017 – ABRIL A JUNHO				
Indicador	Contratado	Realizado		Status
2.3 Controle de Infecção Hospitalar				
2.3.1 Densidade de Infecção Hospitalar em UTI	Envio do relatório da CCIH até o 20º dia útil do mês subsequente	Entrega do relatório da CCIH no prazo determinado	0,00	Meta cumprida
2.3.2 Densidade de Incidência de IH em Corrente Sanguínea associada a CVC	Envio do relatório da CCIH até o 20º dia útil do mês subsequente	Entrega do relatório da CCIH no prazo determinado	0,00	Meta cumprida
Densidade de incidência de pneumonia associada a PAV em UTI	Envio do relatório da CCIH até o 20º dia útil do mês subsequente	Entrega do relatório da CCIH no prazo determinado	0,00	Meta cumprida
taxa de utilização de ventilação mecânica na UTI	Envio do relatório da CCIH até o 20º dia útil do mês subsequente	Entrega do relatório da CCIH no prazo determinado	90,61%	Meta cumprida
2.3.3 Taxa de Utilização de CVC na UTI Adulto	Envio do relatório da CCIH até o 20º dia útil do mês subsequente	Entrega do relatório da CCIH no prazo determinado	94,49%	Meta cumprida
2.4 Mortalidade Operatória				
2.4.1 Taxa de Mortalidade Operatória	Envio do relatório da Comissão de Óbito até o 20º dia útil do mês subsequente	Entrega do relatório da Comissão de Óbito no prazo determinado	2,66%	Meta cumprida
2.4.2 Taxa de Cirurgia de Urgência	Envio do relatório da Comissão de Óbito até o 20º dia útil do mês subsequente	Entrega do relatório da Comissão de Óbito no prazo determinado	72,85%	Meta cumprida
2.5 Taxa de Cesariana em primíparas				
	Envio do relatório da Comissão de Óbito até o 20º dia útil do mês subsequente	Entrega do relatório da Comissão de Óbito no prazo determinado	71,61%	Meta cumprida
2.6 Proporção de óbitos maternos investigados				
	100% dos óbitos maternos investigados	100% dos óbitos maternos investigados	100,00%	Meta cumprida
2.7 Proporção de óbitos fetais analisados				
	50% de óbitos fetais analisados com peso igual ou menor que 2.500g	100% de óbitos fetais analisados com peso igual ou menor que 2.500g	100,00%	Meta cumprida
	100% vacinados contra Hepatite B	99,83%vacinados contra Hepatite B	100,00%	Meta cumprida
	100% vacinados contra BCG	100% vacinados contra BCG	99,85%	Meta não cumprida/justificativa apresentada

7. ANÁLISE FINANCEIRA

O Hospital Regional Fernando Bezerra recebe, mensalmente recursos no valor de R\$2.284.841,06, para a manutenção das atividades. Este valor é dividido em fixo e variável, respectivamente 70% e 30%.

O recebimento da parte variável dependerá do cumprimento de metas contratuais de produção e de qualidade, conforme percentuais específicos nas tabelas abaixo.

Tabela 29 - Repasse de Gestão – Mensal

HOSPITAL FERNANDO BEZERRA		Abril a Junho de 2017	
REPASSE DE RECURSO			
Repasse Mensal	100%	R\$	2.284.841,06
Recurso fixo	70%	R\$	1.599.388,74
Recurso variável	30%	R\$	685.452,32
Repasse Mensal TOTAL =		R\$	2.284.841,06
RECURSO VARIÁVEL			
Repasse Produção	20%	R\$	456.968,21
Internação	70%		319.877,75
Urgência	20%		91.393,64
Ambulatório	10%		45.696,82
Repasse Qualidade	10%	R\$	228.484,11

Considerando o trimestre de abril á junho de 2017 o valor acumulado de receitas contabilizando todos os repasses e rendimentos de aplicações financeiras são de R\$6.855.161,31, conforme tabela abaixo:

Tabela 30 - Repasse de Gestão – Acúmulo do Trimestre

<i>Hospital Fernando Bezerra - Trimestre Ano V</i>	ABRIL/17	MAIO/17	JUNHO/17	Total Trimestre
RECEITAS OPERACIONAIS	R\$	R\$	R\$	R\$
Repasse Contrato de Gestão (Fixo+Variável)	2.284.841,06	2.284.841,06	2.284.841,06	6.854.523,18
Repasse Contrato de Gestão (Odontologia)	0,00	0,00	0,00	0,00
Plano de Investimento Autorizado pela SES	0,00	0,00	0,00	0,00
Rendimento de Aplicações Financeiras	265,62	278,81	93,70	639,13
Reembolso de Despesas	0,00	0,00	0,00	0,00
Outras Receitas	0,00	0,00	0,00	0,00
Desconto (Meta Não Atingida)	0,00	0,00	0,00	0,00
TOTAL DE REPASSES/RECEITAS	2.285.106,68	2.285.119,87	2.284.934,76	6.855.161,31

FORTE: RELATÓRIOS MENSIS SISTEMA DE GESTÃO, SUJEITOS A ALTERAÇÕES.

* Repasse informado de acordo com a modalidade contratual, por competência.

As despesas da unidade referente a Recursos Humanos é composto pelos vínculos de celetistas, autônomos, comprovados por recibos de pagamentos autônomos (RPA) e

contratos com pessoas jurídicas, esse tipo de despesa perfaz em média um percentual de 73,89% mês em relação à receita mensal.

Tabela 31 - Despesa com Recursos Humanos

COMPARATIVO RECURSOS HUMANOS - Hospital Fernando Bezerra - Trimestre - Abril a Junho de 2017									
CATEGORIA PROFISSIONAL	TIPO	ABRIL/17			MAIO/17			JUNHO/17	
		QTD	REMUNERAÇÃO	% relação custo mês ABR/MAI	QTD	REMUNERAÇÃO	% relação custo mês MAI/JUN	QTD	REMUNERAÇÃO
ADMINISTRATIVO	CLT	155	233.405,93	11,06%	158	259.229,69	-5,04%	159	246.164,65
MÉDICOS		14	157.461,58	9,22%	14	171.975,66	-6,28%	14	161.176,93
OUTROS PROFISSIONAIS DE SAÚDE		170	265.578,37	10,71%	173	294.022,82	-6,25%	183	275.650,84
BENEFÍCIOS			1.314,64	119,07%		2.880,00	19,40%		3.438,59
IMPOSTOS+PROVISÕES			221.256,15	14,32%		252.931,92	6,61%		269.639,65
SUBTOTAL 01		339	879.016,67	11,61%	345	981.040,09	-2,55%	356	956.070,66
MÉDICOS	PESSOA JURÍDICA	44	701.963,70	5,91%	47	743.433,71	-0,59%	47	739.083,70
OUTROS PROFISSIONAIS DE SAÚDE		0	0,00	#DIV/0!	0	0,00	#DIV/0!	0	0,00
MÉDICOS	PESSOA FÍSICA	0	0,00	#DIV/0!	0	0,00	#DIV/0!	0	0,00
OUTROS PROFISSIONAIS DE SAÚDE		26	24.589,62	-18,47%	19	20.046,91	-70,62%	11	5.890,55
ADMINISTRATIVO		4	4.497,61	2,11%	5	4.592,60	10,62%	2	5.080,33
SUBTOTAL 02		74	731.050,93	5,06%	71	768.073,22	-2,35%	60	750.054,58
TOTAL RH (CLT+TERCERIZADO)		413	1.910.067,60	8,64%	416	1.749.113,31	-2,48%	416	1.706.125,24
TOTAL DA REPASSE/RECEITAS			R\$ 2.285.106,68	0,00%		R\$ 2.285.119,87	-0,01%		R\$ 2.284.934,76
TOTAL RH % EM RELAÇÃO A PARCELA			70,46%	8,64%		76,54%	-2,45%		74,67%
PRODUÇÃO			9.809	3,55%		10.157	-7,78%		9.367
CUSTO MÉDIO - RH /PRODUÇÃO			R\$ 164,14	4,91%		R\$ 172,21	5,77%		R\$ 182,14
TURNOVER			0,44			1,63			6,23
OBS: TOTAL CLT EM RELAÇÃO A PARCELA			38,47%			42,93%			41,84%

FONTE: RELATÓRIOS MENSIS SISTEMA DE GESTÃO, SUJEITOS A ALTERAÇÕES.
* Repasse informado de acordo com a modalidade contratual, por competência.

No comparativo das despesas da unidade entre o trimestre passado e o trimestre atual observa-se que o percentual de variação do custo médio/mensal do Hospital Regional Fernando Bezerra é de 1,59%, ou seja, no trimestre anterior o custo médio/mensal por produção foi de R\$244,91 e no trimestre atual foi de R\$248,81, conforme se pode observar abaixo.

Tabela 32 – Comparativo do Trimestre Anterior com o Trimestre Atual

COMPARATIVO DA MÉDIA TRIMESTRAL - HOSPITAL FERNANDO BEZERRA					
DESCRIÇÃO	QTD MÉDIA	HFB	% relação custo HFB	QTD MÉDIA	HFB
		TRIMESTRE ATUAL			TRIMESTRE ANTERIOR
1. PESSOAL	347	938.709,14	5,82%	336	887.090,02
ADMINISTRATIVO	157	246.266,76	1,09%	156	243.614,02
MÉDICOS	14	163.638,06	8,08%	14	151.307,25
OUTROS PROFISSIONAIS DE SAÚDE	175	278.417,34	5,17%	167	264.722,90
BENEFÍCIOS		2.544,41	29,91%		1.958,53
IMPOSTOS+PROVISÕES		247.942,57	9,96%		225.487,32
2. INSUMOS		332.052,58	6,06%		313.092,17
3. MATERIAS/CONSUMOS DIVERSOS		121.938,21	-1,18%		123.397,50
4. SEGUROS /TRIBUTOS		2.745,35	234,10%		621,72
5. DESPESAS GERAIS		80.026,34	3,08%		77.638,56
6. SERVIÇOS TERCEIRIZADOS		937.676,24	-6,21%		999.791,29
7. MANUTENÇÃO		19.105,99	-9,41%		21.090,56
9. Despesas com Plano de Investimento Autorizado pela SES		519,67	-98,55%		35.819,41
TOTAL DESPESAS OPERACIONAIS		2.432.773,51	-1,06%		2.458.741,25
TOTAL DA REPASSE/RECEITAS (MÉDIA TRIMESTRAL)		2.285.053,77	2,18%		2.335.991,83
DEFICIT/ SUPERAVIT		R\$ (147.719,74)	20,34%		R\$ (122.749,42)
PRODUÇÃO MÉDIA		9.778	2,61%		10.039
TOTAL DE DESPESAS/PRODUÇÃO		R\$ 248,81	1,59%		R\$ 244,91

FONTE: RELATÓRIOS MENSIS SISTEMA DE GESTÃO, SUJEITOS A ALTERAÇÕES.
* Repasse informado de acordo com a modalidade contratual, por competência.

Observa-se que as variações dos custos nas unidades são influenciadas pelo tipo de classificação de risco dos pacientes a depender da sua gravidade, além disso, outros fatores também provocam alteração no resultado como, por exemplo: o tempo de permanência do paciente na unidade, a localização do Hospital, entre outros.

Em relação ao comparativo das receitas com as despesas da unidade, no trimestre de janeiro á março de 2017 a unidade apresentou um déficit de (R\$368.248,27), já no trimestre de abril á junho de 2017 observa-se que a unidade apresentou um déficit de (R\$443.159,22). A unidade diminuiu suas despesas em -1,06%.

Tabela 33 – Comparativo 2º Trimestre de 2017 - Receitas X Despesas

MÊS	RECEITA	DESPESA	DESPESA MÉDIA TRIMESTRAL	RESULTADO	
JAN/17	2.336.855,04	2.431.943,67	2.458.741,25	(95.088,63)	TRIMESTRE ANTERIOR
FEV/17	2.335.748,96	2.433.104,80		(97.355,84)	
MAR/17	2.335.371,48	2.511.175,29		(175.803,81)	
ABR/17	2.285.106,68	2.330.531,80	2.432.773,51	(45.425,12)	RESULTADO TRIMESTRE
MAI/17	2.285.119,87	2.532.259,12		(247.139,25)	
JUN/17	2.284.934,76	2.435.529,61		(150.594,85)	
			-1,06%		(443.159,22)

FONTE: Relatórios mensais - Sistema de Gestão, sujeito a alterações após análise documental

NOTA: -1,06% REFERENCIA DIMINUIÇÃO DA DESPESA MÉDIA EM RELAÇÃO AO TRIMESTRE ANTERIOR.

No que concerne ao apontamento de descontos, em relação ao cumprimento de metas contratuais valoradas, observa-se, conforme análise assistencial, que nos itens de qualidade, que o Hospital Regional Fernando Bezerra, não cumpriu todas as metas havendo assim apontamento de desconto, conforme demonstrado no quadro abaixo.

Tabela 34 - Apontamentos de descontos

CÁLCULO DO APONTAMENTO DE DESCONTOS				
		DESCONTOS	TOTAL DE MESES	TOTAL DESCONTO
Produção	INTERNAÇÃO	0%	0	R\$ -
	URGÊNCIA	0%	0	R\$ -
	AMBULATÓRIO	0%	0	R\$ -
Qualidade	DA INFORMAÇÃO	20%	0	R\$ -
	CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR	20%	0	R\$ -
	TAXA CESARIANA EM PRIMÍPARAS	15%	0	R\$ -
	PROPORÇÃO DE ÓBITOS MATERNO-INVESTIGADOS	15%	0	R\$ -
	PROPORÇÃO DE ÓBITOS FETAIS INVESTIGADOS	15%	0	R\$ -
	PROPORÇÃO DE RECÉM-NASCIDOS VASCINADOS	15%	3	R\$ 102.817,85
	TOTAL DESCONTOS:			
BASE PARA CÁLCULO: ANÁLISE ASSISTENCIAL CONFORME T.A. Nº 01 DO CONTRATO DE GESTÃO 001/2017				

Em relação às prestações apresentadas, referente ao período abril à junho de 2017, informamos que estas foram encaminhadas de acordo com Manual de Orientações versão 2.0 e analisada pela equipe financeira da DGMMAS.

As prestações de contas dos meses de abril à junho de 2017 foram classificadas como **REGULAR com ressalva**, devido as informações abaixo apresentadas:

Análises documentais das prestações de contas do trimestre, pode-se observar as seguintes considerações:

- 1) **Recursos Humanos** – Não houve nenhuma divergência de valores significativos, ajustar conforme entendimento da SES, cientificado pela O.S.S.
- 2) **Itens de Consumo** – Não acatada despesa considerada como ajuste de inventário.
- 3) **Itens de Serviço** – Não acatada despesa com táxi e trabalhista.

Despesas não permitidas e/ou inseridas em contas divergentes, segue relato:

Abril 2017

- 1) **Item 2.2. Medicamentos** – Não considerada inserção na planilha a despesa de valores referentes aos itens registrados na conta Outras Entradas e Outras Saídas do relatório de estoque enviado no valor de R\$836,38, considerado ajuste de Inventário, dessa forma não acatado pelo Contrato de Gestão.

Maio 2017 –

1)Item 4.3.1. Juros – Retirados Juros no valor de R\$1.211,51 seguida orientação do parecer Gerência Geral de Assuntos Jurídicos (GGAJ – SES/PE) de 27 de julho de 2015.

2)Item 5.5. Outras Despesas Gerais

- De acordo com as Normas de Reembolso da O.S.S o valor disposto para por alimentação deve ser considerado até R\$20,00, não considerado diferença de R\$17,90 do funcionário.
- Retirados valores de R\$801,40 referentes às despesas trabalhistas processuais da colaboradora Maria dos Santos Silva, com base no parecer Nº 0173/2017 de 13 de março 2017 da Procuradoria Geral do Estado (Procuradoria Consultiva).

Junho 2017

1)Item 2.1. Materiais Descartáveis/Materiais de Penso - Não consideramos na planilha de cálculo os valores referentes a ajustes de Inventário do relatório de estoque no total de R\$778,61 uma vez que o Contrato de Gestão não considera esses valores como custo.

2)Item 2.2. Medicamentos - Não consideramos na planilha de cálculo os valores referentes a ajustes de Inventário do relatório de estoque no total de R\$40,72 uma vez que o Contrato de Gestão não considera esses valores como custo.

3)Item 3.1. Material de Higienização e Limpeza - Não consideramos na planilha de cálculo os valores referentes a ajustes de Inventário do relatório de estoque no total de R\$40,91 uma vez que o Contrato de Gestão não considera esses valores como custo.

4)Item 3.3. Material de Expediente - Não consideramos na planilha de cálculo os valores referentes a ajustes de Inventário do relatório de estoque no total de R\$11,30 uma vez que o Contrato de Gestão não considera esses valores como custo.

5)Item 3.6. Material de Manutenção - Não consideramos na planilha de cálculo os valores referentes a ajustes de Inventário do relatório de estoque no total de R\$14.183,35 uma vez que o Contrato de Gestão não considera esses valores como custo.

6)Item 3.8. Outras Despesas com Materiais Diversos - Não consideramos na planilha de cálculo os valores referentes a ajustes de Inventário do relatório de estoque no total de R\$5,00 uma vez que o Contrato de Gestão não considera esses valores como custo.

7)Item 5.5. Outras Despesas Gerais

- Retirados valores de R\$2.694,14 referentes às despesas trabalhistas processuais (Cartório Marcio Leite), com base no parecer Nº 0173/2017 de 13 de março 2017 da Procuradoria Geral do Estado (Procuradoria Consultiva).
- Não acatada despesa apresentada por meio de recibo (Maria Bonita) no valor de R\$11,00 sem identificação de CNPJ, por não ser considerado documento contábil para fins de comprovação.

PRAZOS

unidade apresentou dificuldades no cumprimento da entrega das pastas tão como das solicitações das correções de inconsistências.

RECOMENDAÇÕES

- Cumprimento do prazo de entrega.

8. CONCLUSÃO

No período de Abril a Junho de 2017, o Hospital Regional Fernando Bezerra cumpriu as metas de produção contratadas. A Unidade atingiu as médias referentes às metas contratadas de 98,09% para o indicador Saídas Hospitalares, 107,48% para indicador Atendimentos de urgência e 98,83% para Atendimentos Ambulatoriais.

Referente à Qualidade da Informação, a Unidade, em comento, cumpriu todas as metas: apresentação de AIH (105,35%), declaração de diagnósticos secundários em clínica médica e clínica cirúrgica (59,60% e 78,78%), respectivamente, e taxa de identificação da origem do paciente (99,81%) cumprindo a meta do indicador pelo envio do relatório no prazo preconizado em contrato.

Quanto à Atenção ao Usuário, nos quesitos de pesquisa de satisfação e resolução das queixas recebidas, o HRFB **cumpriu as metas** do trimestre em análise, pois apresentou os relatórios, com as informações dos indicadores, dentro do prazo contratual.

Com relação aos outros indicadores, denominados de operacionais, a Unidade informou apenas em seus relatórios sobre Revisão de prontuários (10,49% do total de prontuários). E, quanto aos contratuais denominados "Relacionados a gestão de pessoas", a Unidade informou apenas o percentual de médicos com Título de especialista. Não há meta estipulada para estes indicadores, nem valoração financeira. A Unidade foi informada da necessidade do envio das informações a respeito dos demais indicadores para os próximos relatórios.

Com relação ao Controle de Infecção Hospitalar, nos indicadores densidade de infecção hospitalar em UTI adulto/pediátrica (0%), densidade de incidência de infecção hospitalar em corrente sanguínea associada a CVC (0%), Densidade de incidência de pneumonia associada a ventilação mecânica em pacientes de UTI (0%), taxa de utilização de CVC em UTI adulto (94,49%), taxa de ventilação mecânica em UTI (90,61%). Entregou os relatórios no prazo determinado em contrato; sendo assim, **as metas foram consideradas cumpridas.**

Também, no que concerne à Taxa de Cesáreas em Primíparas, Proporção de Óbitos Maternos Investigados, Proporção de Óbitos Fetais com peso menor ou igual a 2.500g Analisados o HRFB cumpriu as metas, pois entregou os relatórios dos indicadores e atingiu os percentuais preconizados. Em relação ao indicador Proporção de Recém Nascidos vacinados contra Hepatite B e BCG, atingiu os seguintes percentuais: respectivamente, 100% e 99,85%, apresentando justificativas para o não atingimento com relação ao indicador de vacinação de BCG, que foi acatada por esta Diretoria, por isso os descontos foram apontados conforme recomendação contratual, mas não serão efetivados.

O Hospital Regional Fernando Bezerra possui, já implantadas e em pleno funcionamento, as seguintes comissões: Controle de Infecção Hospitalar, Revisão Prontuários Médicos, Comissão de óbitos e Comissão de Ética Médica. A Unidade enviou todas as atas que comprovam a realização das reuniões.

Além dos indicadores previstos em contrato, foram analisados no trimestre de abril a junho, os seguintes indicadores: Taxa de Mortalidade Institucional (3,05%), SADT (30.124 exames), Taxa de Ocupação Operacional (122,87%), Tempo Médio de Permanência (4,9), Índice de Rotatividade (7,75), Turnover (9,13%), Taxa de Mortalidade Operatória (0,69%) e Cirurgia de Urgência (71,61%).

Referente à análise financeira, verificamos que a unidade diminuiu seus custos em -1,06%, que apresentou as Prestações de Contas referentes ao período abril a junho de 2017, de acordo com Manual de Orientações versão 2.0 e que estas foram classificadas como **REGULAR com ressalva**.

Quanto às recomendações da Comissão Mista de Avaliação, dispostas no relatório anual do exercício de 2016, ressaltamos que já estão sendo cumpridos por esta Diretoria, em relação ao relatório do trimestre em análise, os seguintes quesitos: avaliações em períodos trimestrais; o indicador de Cirurgias Traumato ortopédicas incluído para acompanhamento nos relatórios; ajuste das metas de produção conforme pactuado no processo de realinhamento; inclusão da informação de cumprimento de meta de todos os indicadores, conforme preconizado em contrato; informações sobre o funcionamento das comissões; informação da conclusão da análise da Prestação de Contas no relatório trimestral.

Por fim, os relatórios mensais, enviados pela Unidade em comento, atenderam, de um modo geral, a expectativa, levando em consideração sua organização, apresentação, sistematização e valorização de todas as categorias que trabalham para que o serviço funcione com qualidade.

Recife, novembro de 2017

Análise Assistencial



Mariãa Cunha

**Coordenadora de Análise e Prestação de Contas.
DGMMAS/SEAS/SES**

Análise Financeira



Michel Cleber
Superintendente de Gestão Clínica –
DGMMAS
Mat. n°337.518-8



Danielly Martins
Gerente de Acompanhamento Contábil Financeiro
dos Contratos de Gestão- DGMMAS
Mat. N°339.071-3

ANEXOS(período: Abril a Junho de 2017)

Anexo 1: Relatório de Atividade Assistencial - Sistema de Gestão da SES

Anexo 2: Relatório de Indicador de Qualidade - Sistema de Gestão da SES

Anexo 3: Relatório de Indicador da Parte Variável- Sistema de Gestão – SES

Anexo 4: Boletim Diário de Atendimento (BID)

**PARECER DA COMISSÃO TÉCNICA DE ACOMPANHAMENTO INTERNO,
CONFORME LEI 15.210/13.**

Diante das razões e fundamentos acima elencados, esta Comissão Técnica de Acompanhamento Interno dos Contratos de Gestão, ratifica o presente Relatório Trimestral do período de Abril a Junho de 2017, referente ao Hospital Regional Fernando Bezerra, tendo em vista ter restado comprovado que o referido instrumento contratual vem sendo executado através de uma gestão eficaz, oferecendo um atendimento de qualidade à população usuária do SUS, tudo em conformidade com os termos do inciso IV, do parágrafo único do artigo 15 da Lei Estadual nº 15.210/2013.

Outrossim, visando o cumprimento do artigo 16, da lei acima, essa Comissão encaminhará o presente Relatório Anual de Monitoramento à Comissão Mista de Avaliação para proceder a análise definitiva do mesmo e demais providências.

Recife, novembro de 2017.


Michel Dieber Gomes de Lima

Mat. nº 337.518-8


Danielly Martins Barbosa da Silva

Mat. nº 339.071-3


Katiana Alves Moreira

Mat. nº 336.951-0


Andréa Franklin de Carvalho

Mat. nº 244.668-5


Tereza Cristina da Silva

Mat. nº 357.436-9