

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

**RAIO X
SAÚDE EM AÇÃO**

**AVALIAÇÃO DE DESEMPENHO ATRAVÉS DE
INDICADORES**

- A. PLANO DIRETOR E OPERATIVO
- B. INSTITUCIONAL
- C. ASSISTENCIAL
- D. ECONÔMICO – FINANCEIRO
- E. ADMINISTRATIVO

DRS: _____ Data: _____

Unidade: _____ CNES _____

Endereço _____ Nº. _____

Município _____ Estado – São Paulo

Telefone (____) _____

E-mail: _____

Gestão: () Estadual () Municipal

() Autarquia

() Adm. Direta

() Gerenciado por OSS Qual? _____

() Filantrópica

Responsável Técnico: _____

Responsável pelo Preenchimento: _____

Telefone de Contato: (____) _____

A. PLANOS

PLANO DIRETOR

Existe Plano Diretor Atual?	SIM	NÃO

PLANO OPERATIVO

Existe Comissão Interna de Acompanhamento das Metas Físicas e Financeiras do Plano Operativo?	SIM	NÃO
Elabora relatórios com as observações das “não conformidades” ao Diretor do Hospital?	SIM	NÃO
O hospital propõe ao Gestor adequações do Plano Operativo?	SIM	NÃO
Faz monitoramento das Metas Pactuadas no Plano Operativo?	SIM	NÃO

Se, **SIM** preencher o quadro abaixo:

Média Complexidade									
	Físico			Produção			Percentual de Alcance		
	2015	2016	2017	2015	2016	2017	2015	2016	2017
Internações									
Ambulatório									

Média Complexidade									
	Financeiro			Produção			Percentual de Alcance		
	2015	2016	2017	2015	2016	2017	2015	2016	2017
Internações									
Ambulatório									

Alta Complexidade									
	Físico			Produção			Percentual de Alcance		
	2015	2016	2017	2015	2016	2017	2015	2016	2017
Internações									
Ambulatório									

Alta Complexidade									
	Financeiro			Produção			Percentual de Alcance		
	2015	2016	2017	2015	2016	2017	2015	2016	2017
Internações									
Ambulatório									

B. INSTITUCIONAL

O Serviço tem Alvará da VISA atualizado?	SIM	NÃO

Se **SIM**, Qual a Data de validade? _____

Auto de Vistoria do Corpo de Bombeiros, esta vigente - AVCB?	SIM	NÃO

Se, **NÃO**, INFORMAR O NÚMERO DE PROTOCOLO.

Nº PROTOCOLO	DATA

O CNES está atualizado?	SIM	NÃO

Se **SIM**, qual a data da última atualização do CNES encaminhada pelo serviço ao Gestor ___/___/___

Acompanha os processos de habilitações de serviços?	SIM	NÃO

A Instituição mantém ações de Capacitação e Treinamento?	SIM	NÃO

Se, **SIM**. Qual? _____

COMISSÕES	SIM	Atuante	Não Atuante	NÃO	Data da Última Reunião
Ética Médica					
Controle de Infecção Hospitalar					
Revisão de Óbito					
Revisão de Prontuário					
Intrahospitalares de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplantes					
Ética de Enfermagem					

A Instituição tem Plano de Atendimento a Desastres e Incidentes com múltiplas vítimas?	SIM	NÃO

Política Estadual de Humanização

Está formalizado na instituição Grupo de Trabalho de Humanização, conforme Resolução SS nº. 116 de 27/11/2012?	SIM	NÃO

Se **SIM**, o Grupo de Trabalho de Humanização é composto por:

Nome do funcionário	Função

Está elaborado e implementado o Plano Institucional de Humanização, conforme Resolução SS nº. 116 de 27/11/2012?	SIM	NÃO

Se **SIM**, preencher o quadro abaixo.

Ações prioritárias	Responsável

A Instituição promove ações de inclusão e participação de rede familiar e afetiva do usuário durante o período de internação?	SIM	NÃO

Se, **SIM**. Quais? _____

Existem mecanismos e/ou canais de comunicação com usuários e acompanhantes?	SIM	NÃO

Se, **SIM**. Quais? _____

Alta Hospitalar Responsável

Existem mecanismos e/ou instrumentos de planejamento de Alta Responsável?	SIM	NÃO

Se, **SIM**. Quais? _____

Existem mecanismos e/ou instrumentos de articulação da unidade com a rede de serviços visando a Alta Responsável?	SIM	NÃO

Se, **SIM**. Quais? _____

C. ASSISTENCIAL

AIH – Total de AIH na apresentação		Total de AIH de altas apresentadas na Competência do Mês de alta	
1º SEMESTRE/2017		1º SEMESTRE/2017	
2º SEMESTRE/2017		2º SEMESTRE/2017	

Caráter de internação: Total de AIH Analisadas (mínimo de 10% do total na apresentação).		Percentual de AIH com Caracterização Correta da Internação	
1º SEMESTRE/2017		1º SEMESTRE/2017	
2º SEMESTRE/2017		2º SEMESTRE/2017	

APAC – Total de Procedimentos Realizados		Total de APAC Apresentadas na Competência	
1º SEMESTRE/2017		1º SEMESTRE/2017	
2º SEMESTRE/2017		2º SEMESTRE/2017	

OBS: 1º Semestre corresponde o período de Janeiro a Junho/2017
2º Semestre corresponde o período de Julho a Dezembro/2017

Há faturamento automático por software, referente ao SUS?	SIM	NÃO

Se, **NÃO**. Quais os profissionais que integram o quadro funcional do faturamento?

Nome do funcionário	Função

São gerados processos de análise e correção das rejeições/glosas aplicadas?	SIM	NÃO

Se, **SIM**. Qual o tempo em média de reapresentação? _____

São analisados os procedimentos não cobertos pelo SUS?	SIM	NÃO

Qual é o valor deste faturamento, não coberto pelo SUS?	

É realizada a análise da produção do centro cirúrgico comparado à capacidade instalada?	SIM	NÃO

Se, **SIM**. Qual a periodicidade? _____

Qual a Taxa de Suspensão de Cirurgia?	Total	Motivo				
		Clínico/Paciente	Médico/RH	Médico Anestesiista	Administrativo	Material e OPM
1º SEMESTRE/2017						
2º SEMESTRE/2017						

Além dos Sistemas de Informação Ambulatorial (SIA) e Hospitalar (SIH) oficiais, utiliza outro?	SIM	NÃO

Se **SIM**, Qual? _____

É controlado o tempo de liberação dos resultados de exames?	SIM	NÃO

Se **SIM**, Qual o tempo? _____

Realiza Atendimento de Urgência/Emergência referenciado na Central de Regulação de Urgências?	SIM	NÃO

A Instituição tem Núcleo Interno de Regulação (NIR)?	SIM	NÃO

Qual Telefone do NIR? _____

O Núcleo Interno de Regulação é composto por:

Nome do Funcionário	Função

A Instituição acessa o Portal CROSS?	SIM	NÃO
A Instituição disponibiliza oferta assistencial no Portal CROSS?	SIM	NÃO

A partir de quando? _____

A Instituição disponibiliza mensalmente a Agenda, no Módulo de Regulação Ambulatorial do Portal CROSS?	SIM	NÃO

A partir de quando? _____

Há análise dos motivos de negativas de vaga para a CROSS?	SIM	NÃO

Quantas negativas se tornaram vaga Zero?	
--	--

A Instituição trabalha com Protocolo de Acolhimento e de Classificação de Risco?	SIM	NÃO

Taxa de Ocupação – LEITO SUS

LEITO SUS	1º SEMESTRE/2017	2º SEMESTRE/2017
Clínica Cirúrgica		
Clínica Médica		
UTI Adulto		

Tempo Médio de Permanência (PACIENTE DIA/SAÍDA)

Tempo Médio de Permanência	1º SEMESTRE/2017	2º SEMESTRE/2017
Clínica Cirúrgica		
Clínica Médica		
UTI Adulto		

Taxa de Mortalidade Institucional (ÓBITO ACIMA DE 24 HORAS/SAÍDAS)

Clínica Médica	Clínica Cirúrgica	UTI Adulto	Geral

Indicadores de Infecção Hospitalar

A Instituição realiza a captação dos dados de Infecção Hospitalar conforme padronização da Vigilância Epidemiológica?	SIM	NÃO
A Instituição encaminha os dados à Vigilância Epidemiológica - VE?	SIM	NÃO

Incidência de Queda de Paciente

Incidência de Queda de Paciente	1º SEMESTRE/2017	2º SEMESTRE/2017
Clínica Cirúrgica		
Clínica Médica		
Total		

Índice de Rotatividade de LEITO

Índice de Rotatividade de Leito	1º SEMESTRE/2017	2º SEMESTRE/2017
Clínica Cirúrgica		
Clínica Médica		
Geral		

Índice de Uso de Sala Cirúrgica	1º SEMESTRE/2017	2º SEMESTRE/2017
Sala Cirúrgica		

É realizado o registro da não utilização de equipamentos pela ausência de RH, equipe médica ou manutenção?	SIM	NÃO

Se, **SIM**. Como é realizado o registro da não utilização de equipamentos pela ausência de recursos humanos ou dimensionamento da equipe médica ou falta de manutenção?

--

A Instituição atende Convênio ou Particular? Informar o nº de Internações do ano de 2017.	Nº de Internações

D. ECONÔMICO/FINANCEIRO

Quais as fontes de Recursos? Informar o valor.

Fontes de Recurso	2015	2016	2017
Total Faturamento - SUS			
Teto MAC			
Estratégico (FAEC)			
Convênio SES/Custeio			
Convênio SES/Investimento			
Convênios/Particulares			
Recurso Municipal			
Outros			
TOTAL			

	Liquidez Corrente	Liquidez Geral	Solvência Geral
Balanço Patrimonial - 2015			
Balanço Patrimonial - 2016			
Balanço Patrimonial - 2017			

Qual o Prazo de Médio de:

Período	Recebimento	Pagamento	Necessidade Capital de Giro
2015			
2016			
2017			

A Instituição realiza apuração dos "Custos por Absorção" Hospitalares?	SIM	NÃO

Se, **SIM**, preencha os quadros abaixo:

Custo por Hora	2015	2016	2017
Centro Cirúrgico			
Centro Obstétrico			

Custo por Atendimento	2015	2016	2017
Pronto Socorro			
Consulta Médica – COM Exames			
Consulta Médica – SEM Exames			

Custo por Paciente Dia/ Especialidade	2015	2016	2017
Clínica Médica			
Clínica Cirúrgica – COM OPM			
Clínica Cirúrgica – SEM OPM			
Pediatria			
Obstetrícia			

Custo Leito-Dia de UTI (por Tipo)	2015	2016	2017
UTI Adulto Tipo II			
UTI Adulto Tipo III			
UTI Pediátrica Tipo II			
UTI Pediátrica Tipo III			
UTI Neonatal Tipo II			
UTI Neonatal Tipo III			

Relação de Funcionários por Leito	2015	2016	2017
Médico			
Enfermeiro			
Auxiliar e Técnico de Enfermagem			
Administrativos			
Total			

Há identificação das áreas que concorrem para o aumento e/ou diminuição de custos?	SIM	NÃO

Se, SIM. Quais as áreas que contribuíram para o Aumento dos Custos, no decorrer dos anos de 2015, 2016 e 2017.

Quais as áreas que contribuíram para a Diminuição dos Custos, no decorrer dos anos de 2015, 2016 e 2017?

Há Interface com outras Unidades Hospitalares de mesmo porte/tipo, para discussão e análise dos custos?	SIM	NÃO

E. ADMINISTRATIVO

RECURSOS HUMANOS

Há processo formal de conferência dos profissionais constantes na lista de plantão presencial com a verificação física daqueles que estão efetivamente trabalhando?	SIM	NÃO
O resultado é submetido à Diretoria ou ao Gestor?	SIM	NÃO

Existe Sistema de Controle Informatizado para RH?	SIM	NÃO

Como é registrada a frequência dos profissionais?

Profissionais	Folha de Ponto	Ponto Eletrônico	Outro
Médicos			
Anestesistas			
Enfermagem			
Administrativo			

Informar o nº de profissionais de acordo com o Vínculo Empregatício:

Profissionais	Médicos	Anestesistas	Outro
Próprio da Instituição			
Contrato/Serviços Terceiros			

Qual o percentual da folha de pagamento em relação ao faturamento?	
--	--

São realizados pagamentos de hora extra?	SIM	NÃO

Os pagamentos de horas extras são submetidos à autorização da Diretoria ou Gestor?	SIM	NÃO
Qual o percentual de horas extras em relação a folha de pagamento?		

Há formação de banco de horas?	SIM	NÃO
Qual a política de banco de horas?		

O quadro funcional está adequado as necessidades da Unidade Hospitalar?	SIM	NÃO

Se, **NÃO**. Quais as necessidades da Unidade Hospitalar?

Profissional	Setor	Horário

CONTRATOS DE TERCEIROS

Realiza e monitora os contratos com as empresas de serviços de Limpeza ?	SIM	NÃO

Se, **SIM**

Nome da Empresa	Valor do Contrato	Data da assinatura e Vigência

Realiza e monitora os contratos com as empresas de serviços de Lavanderia ?	SIM	NÃO

Se, **SIM**

Nome da Empresa	Valor do Contrato	Data da assinatura e Vigência

Realiza e monitora os contratos com as empresas de serviços de Nutrição ?	SIM	NÃO

Se, **SIM**

Nome da Empresa	Valor do Contrato	Data da assinatura e Vigência

Realiza e monitora os contratos com as empresas de serviços de Vigilância?	SIM	NÃO

Se, **SIM**

Nome da Empresa	Valor do Contrato	Data da assinatura e Vigência

Realiza e monitora os contratos com as empresas de serviços de Laboratório?	SIM	NÃO

Se, **SIM**

Nome da Empresa	Valor do Contrato	Data da assinatura e Vigência

Realiza e monitora os contratos com as empresas de serviços de Imagem?	SIM	NÃO

Se, **SIM**

Nome da Empresa	Valor do Contrato	Data da assinatura e Vigência

Realiza e monitora os contratos com as empresas de serviços de Central de Esterilização?	SIM	NÃO

Se, **SIM**

Nome da Empresa	Valor do Contrato	Data da assinatura e Vigência

Realiza e monitora os contratos com as empresas de serviços de manutenção de equipamentos hospitalares?	SIM	NÃO

Se, **SIM**

Nome da Empresa	Valor do Contrato	Data da assinatura e Vigência

CONTROLE DE ESTOQUE

Existe um Sistema de controle de estoque Informatizado?	SIM	NÃO
A Reposição é automática?	SIM	NÃO
É realizada a conferência da solicitação de itens da reposição automática?	SIM	NÃO
É submetida a aprovação do responsável pelas compras?	SIM	NÃO
Há segregação de funções?	SIM	NÃO
No recebimento dos itens é realizada a conferência de acordo com o pedido realizado?	SIM	NÃO
Há dispensação de medicamento à paciente?	SIM	NÃO
Tem estoque de itens para quanto tempo em média?		
Existe descarte de estoque vencido? Qual o percentual?	SIM /Percentual	NÃO
Quanto representa em valor esse descarte?		
Onde é realizado o Descarte?		
Existe padronização de materiais, insumos e OPM?	SIM	NÃO
Existe padronização de medicamentos?	SIM	NÃO

São Paulo, ____ de _____ de 2017.

Diretor:
Nome:

Responsável pelo Preenchimento
Nome: