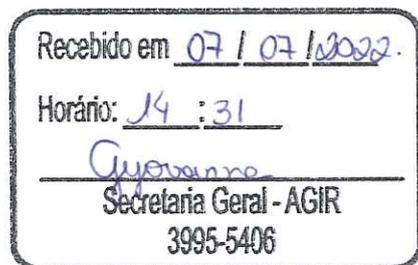


Secretaria de
Estado da
SaúdeESTADO DE GOIÁS
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

Ofício Nº 32348/2022/SES

GOIANIA, 05 de julho de 2022.

Ao Senhor
Lucas Paulo da Silva
Superintendente Executivo
Associação de Gestão Inovação e Resultados em Saúde-AGIR
Av. Olinda com Av. PL-3 nº 960, Torre Business 20º Andar,
Lozandes Corporate Design, Parque Lozandes
Goiânia-GO, CEP: 74.884-120

Assunto: **RELATÓRIO COMACG Nº 014/2022 - COMACG/GAOS/SUPER/SES/GO.**

Senhor Superintendente,

Ao cumprimentá-lo, trata-se do encaminhamento do Relatório COMACG nº 014/2022 - COMACG/GAOS/SUPER/SES/GO (v. 000030109450), elaborado pela COMACG – Comissão de Monitoramento e Avaliação dos Contratos de Gestão, em função dos resultados apresentados no período 15 de julho de 2021 a 14 janeiro de 2022, concernente à execução do 9º Termo Aditivo ao Contrato de Gestão nº - 003/2014 firmados entre a Secretaria de Estado da Saúde de Goiás - SES/GO e a Organização Social de Saúde - OSS Associação de Gestão, Inovação e Resultados em Saúde - AGIR, responsável pelo gerenciamento, operacionalização e execução dos serviços de saúde do Hospital Estadual de Urgências da Região Noroeste de Goiânia Governador Otávio Lage de Siqueira - HUGOL.

À vista disso, após conhecimento, **notifica-se** à Associação de Gestão Inovação e Resultados em Saúde-AGIR, para que manifeste no prazo de 10 (dez) dias a contar do recebimento deste, para defesa e contraditório.

Atenciosamente,

Vinicius Lázaro Peregrino de Oliveira
Superintendente de Performance Interino
Portaria n. 2.027/2022 SES/GO



Documento assinado eletronicamente por **VINICIUS LAZARO PEREGRINO DE OLIVEIRA, Superintendente Interino (a)**, em 06/07/2022, às 18:34, conforme art. 2º, § 2º, III, "b", da Lei 17.039/2010 e art. 3ºB, I, do Decreto nº 8.808/2016.



A autenticidade do documento pode ser conferida no site http://sei.go.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=1 informando o código verificador 000031548251 e o código CRC 9564FB83.

SUPERINTENDÊNCIA DE PERFORMANCE
RUA SC-1 299, S/C - Bairro PARQUE SANTA CRUZ - GOIANIA - GO - CEP 74860-270 - (62)3201-3814.



Referência: Processo nº 202200010028533



SEI 000031548251



ESTADO DE GOIÁS
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
GERÊNCIA DE AVALIAÇÃO DE ORGANIZAÇÕES SOCIAIS

RELATÓRIO COMACG
RELATÓRIO COMACG Nº 014/2022 - COMACG/GAOS/SUPER/SES/GO

9º TERMO ADITIVO AO CONTRATO DE GESTÃO Nº - 003/2014

HOSPITAL ESTADUAL DE URGÊNCIAS DA REGIÃO NOROESTE DE GOIÂNIA GOVERNADOR OTÁVIO LAGE DE SIQUEIRA- HUGOL
15 DE JULHO DE 2021 A 14 JANEIRO DE 2022

ORGANIZAÇÃO SOCIAL DE SAÚDE
ASSOCIAÇÃO DE GESTÃO, INOVAÇÃO E RESULTADOS EM SAÚDE - AGIR

GOIÂNIA, JUNHO DE 2022

1. INTRODUÇÃO

Trata-se da avaliação semestral realizada pela Comissão de Monitoramento e Avaliação dos Contratos de Gestão – COMACG concernente às metas de produção e desempenho referentes ao Contrato de Gestão nº 003/2014- SES/GO, celebrado entre a Secretaria de Estado da Saúde de Goiás (SES/GO) e Organização Social de Saúde (OSS), Associação de Gestão, Inovação e Resultados em Saúde - AGIR, para o gerenciamento, operacionalização e execução das ações e serviços do Hospital Estadual de Urgências da Região Noroeste de Goiânia Governador Otávio Lage de Siqueira (HUGOL).

A COMACG fora instituída pela Portaria nº 020/2018 SES-GO, de 11 de junho de 2018, com o objetivo de monitorar e avaliar os Contratos de Gestão firmados entre a SES/GO e as OSS, acompanhando o desempenho das instituições.

No entanto, por estarem diretamente ligadas à Gerência de Avaliação de Organizações Sociais/Superintendência de Performance (GAOS/SUPER/SES/GO), participaram da avaliação semestral, as demais coordenações da referida Gerência, com o intuito de conferir uma avaliação mais abrangente acerca da atuação da OSS na Unidade Hospitalar.

Preliminarmente, informa-se que para o acompanhamento dos resultados, a GAOS utiliza os sistemas eletrônicos de informação, a saber: Sistema de Prestação de Contas Econômico-Financeiro (SIPEF), para controle financeiro e contábil da execução contratual; Sistema ARGOS – Monitoramento em Saúde e Sistema de Gestão de Organização Social (SIGOS) da Secretaria de Estado da Saúde – (SES), para monitoramento de resultados assistenciais e dos indicadores de qualidade; e *Key Performance Indicators for Health* (KPIH), para o acompanhamento de custos apurados pelas Unidades de Saúde.

Metodologicamente, o monitoramento semestral foi estruturado da seguinte forma: reunião presencial no dia 08 de junho de 2022 com as Coordenações da GAOS para análise dos dados apresentados pela OSS, através do Relatório de Execução por meio do Ofício nº 168859/2022 (v.000030109303).

Cláusula Quinta - DO ACOMPANHAMENTO, DO MONITORAMENTO, DA AVALIAÇÃO E DA FISCALIZAÇÃO, item 5.2. "Os resultados atingidos com a execução deste contrato deverão ser analisados semestralmente pela Comissão de Avaliação que norteará as correções que forem necessárias para garantir à plena eficácia do presente contrato de gestão".

De posse de todos os dados, a GAOS procedeu pela compilação das informações.

É imperioso ressaltar que, dada a complexidade dos dados avaliados, **cada Coordenação** foi responsável pela elaboração do relatório técnico de **sua respectiva área e competência**. Isto é, a partir da avaliação e análise proferida por cada coordenação, conforme seu objeto de trabalho, dentro de sua competência técnica e especificidade, os dados foram compilados e consolidados em um único Relatório da COMACG nº 14-2022 - COMACG/GAOS/SUPER/SES/GO, referente ao período de 15 de julho de 2021 a 14 de janeiro 2022 .

Por oportuno, reforça-se que as análises aqui apresentadas não limitam ou sobrepõem a avaliação individual, diária, contínua, de cada coordenação integrante da referida Gerência, conforme os seus processos de trabalho, já estabelecidos, posto que o Relatório de Execução traz um consolidado de informações referentes a um período específico que pode divergir do período de emissão dos relatórios internos de cada coordenação.

Ressalta-se que em razão da Declaração da Organização Mundial de Saúde - OMS, em 11 de março de 2020, em que a Covid-19, novo coronavírus, tornou-se uma emergência internacional, passando a compor situação de pandemia.

A Lei Federal nº 13.979, de 6 de fevereiro de 2020, dispôs sobre as medidas para enfrentamento da **emergência em saúde pública** de importância internacional decorrente do coronavírus e o Decreto nº 9.633, de 13 de março de 2020, e trouxe a situação de **emergência na saúde pública do Estado de Goiás**, determinando, naquele momento, a necessidade da Secretaria de Saúde do Estado de Goiás uma preparação do sistema público estadual de saúde para atendimento da demanda eminente, com o intuito de se evitar grave risco à saúde pública.

2. ANÁLISE DOS DADOS

2.1. Análise realizada pela Coordenação de Monitoramento e Fiscalização dos Contratos de Gestão (COMFIC)

A Coordenação de Monitoramento e Fiscalização dos Contratos de Gestão (COMFIC), após análise do Relatório de Execução, via ofício 168859/2022 (v.000030109303), de acordo com o monitoramento, conclui que:

2.1.1. Indicadores e Metas de Produção

A Organização Social apresentou as produções do Hospital Estadual de Urgências da Região Noroeste de Goiânia Governador Otávio Lage de Siqueira, no período de 15 de julho de 2021 a 14 de janeiro 2022, quais sejam:

- **Internações Hospitalares:** A Unidade Hospitalar deverá realizar mensalmente saídas hospitalares em clínica cirúrgica, clínica médica, clínica médica pediátrica, clínica cirúrgica pediátrica e queimados com variação de $\pm 10\%$ de acordo com o número de leitos operacionais.

Para o período avaliado, a meta para saídas hospitalares foram de 8.496 (oito mil e quatrocentos e noventa e seis), sendo que a produção apresentada no período foi de 10.360 (dez mil e trezentos e sessenta) saídas hospitalares, alcançando uma eficácia de 121,94%, ou seja, a Unidade cumpriu a meta projetada, conforme demonstra a tabela 01.

A clínica cirúrgica obteve maior produção, alcançando uma eficácia de 154,3%, e a clínica médica pediátrica apresentou uma eficácia de 50,77% no semestre.

Em relação a produção das internações de pacientes com covid, trabalhou-se com uma estimativa de produção, devido ao cenário excepcional de anormalidade, decorrente da pandemia. Portanto, no período a Unidade apresentou uma eficácia de 100% na clínica covid pediátrica, e 59,13% na clínica covid adulto.

- **Cirurgias programadas:** A meta projetada para o semestre foi de 405 (quatrocentos e cinco) cirurgias, sendo que a Unidade apresentou uma produção de 316 (trezentos e dezesseis) cirurgias realizadas, alcançando uma eficácia de 78,02%, ou seja, não cumpriu a meta para o período, sendo que a variação aceitável é de 10% a menor ao centro da meta.

- **Atendimento Ambulatorial:** Contempla-se esta linha as consultas médicas e consultas não médicas, realizadas na atenção especializada, com um meta projetada de 33.468 (trinta três mil quatrocentos sessenta e oito) consultas, sendo que a produção apresentada foi de 32.605 (trinta e dois mil seiscentos e cinco) atendimentos realizados, alcançando uma eficácia de 97,42%, cumprindo a meta para o período, conforme demonstrado na Tabela 03.

As consultas médicas apresentaram uma produção de 16.780 (dezesseis mil, setecentos e oitenta) consultas, sendo que a especialidade que obteve maior produção foi a Ortopedia e Traumatologia com 61,88% da produção. E os atendimentos não médicos, apresentaram uma produção de 15.825 (quinze mil, oitocentos e vinte e cinco) consultas, sendo a enfermagem obteve a maior representatividade.

- **Serviço de Hemodinâmica:** A meta projetada no semestre foi de 1.800 (um mil oitocentos) cirurgias de hemodinâmica, sendo que a produção foi de 1.543 (um mil quinhentos quarenta e três) procedimentos realizados, alcançando uma eficácia de 85,72%, conforme tabela 06.

- **Serviço de Hemoterapia:** Contempla-se esta linha os serviços da Unidade de Coleta e Transfusão (UCT) descritos a seguir: **Bolsas de Sangue Total Coletadas** a meta projetada no semestre para este indicador é de 4.200 (quatro mil e duzentos) bolsas coletadas, sendo realizado 4.252 (quatro mil duzentos cinquenta e dois) total, alcançando uma eficácia de 101,23%; **Inaptidão Clínica** apresenta meta contratada de menor ou igual a 18% de candidatos considerados inaptos, sendo que o percentual atingido no semestre foi de 19,75% para o período, o que demonstra uma eficácia de apenas 91%; **Coletas de Plaquetas por Aférese** apresenta uma meta projetada de 60 (sessenta) doadores, sendo que a produção apresentada no período foi 55 (cinquenta e cinco), alcançando uma eficácia de 91,66%; **Quantitativo de Hemocomponentes Produzidos** com meta projetada no semestre de 9.000 (nove mil) hemocomponentes produzidos a partir de bolsas de sangue coletas, sendo apresentada uma produção de 9.980 (nove mil novecentos e oitenta) alcançando uma eficácia de 110,88%; **Perda de Concentrado de Hemácias por Validade** apresenta meta projetada de foimenor ou igual a 5% de bolsas descartadas, sendo apresentado o percentual de 1,98% bolsas descartadas, alcançando uma eficácia de 160%; **Estoque Excedente (Estratégico) de Concentrado de Hemácias** apresenta meta projetada no período de maior ou igual a 8% na relação entre estoque excedente e estoque mínimo de concentrado de hemácias, sendo a produção apresentada de 28,16%, alcançando uma eficácia de 352% no semestre; **Boletim de Produção Ambulatorial (BPA) apresentado** para faturamento contendo os procedimentos do serviço de UCT e com meta projetada de 100%, e apresentado 116,85% dos procedimentos realizados, alcançando a eficácia de 116,85% no semestre, conforme demonstrado na tabela 07.

- **SADT Externo:** Os exames de apoio diagnóstico são os básicos para um suporte adequado e de qualidade. A meta projetada para este indicador é de 3.244 (três mil duzentos e quarenta e quatro) exames, sendo que a Unidade apresentou uma produção de 3.000 (três mil) exames, alcançando uma eficácia de 92,47%, ou seja, cumprindo a meta para o período, conforme demonstra Tabela 08.

- **Serviço de Atenção Domiciliar:** A meta projetada para este indicador é de 45 atendimentos a partir do 4º mês, e de 90 atendimentos a partir do 6º mês, perfazendo 220 (duzentos e vinte) atendimentos contratados, sendo que a unidade apresentou uma produção de 167 (cento e sessenta e sete) atendimentos domiciliares, alcançando uma eficácia de 75,9%, ou seja, não cumpriu a meta para o período, sendo que a variação aceitável é de 10% a menor ao centro da meta, conforme demonstra a tabela 09.

- **Atendimento de Urgência e Emergência:** Conforme o Contrato de Gestão a produção dos atendimentos de urgência e emergência não há meta estabelecida, porém a Unidade deve informar todos os atendimentos realizados neste setor.

Portanto, a produção apresentada no período foi de 29.063 (Vinte e nove mil sessenta três) atendimentos às urgências, representando uma média de 4.843 atendimentos por mês, conforme demonstrado na Tabela 10.

Tabela 01. Descritivo quantitativo dos serviços contratados e realizados / Internações hospitalares (Julho 2021 a Janeiro 2022).

Linhas de Contração	Meta Mensal	JULHO (15 a 31)	AGOSTO	SETEMBRO	OUTUBRO	NOVEMBRO	DEZEMBRO	JANEIRO (01 a 14)	

Internações Hospitalares	Clínica Médica	477	293	538	497	476	473	458	190
	Clínica Cirúrgica	728	599	1.010	1.128	1.224	1.163	1.167	449
	Clínica Médica Pediátrica	194	51	112	106	95	91	92	44
	Enfermaria queimados	17	9	16	17	14	16	23	9
	Total	1.416	952	1.676	1.748	1.809	1.743	1.740	692

Internação COVID	Estimativa Mensal	JULHO (15 a 31)	AGOSTO	SETEMBRO	OUTUBRO	NOVEMBRO	DEZEMBRO	JANEIRO (01 a 14)
Clínica Covid Pediátrico	775 diárias	425	775	775	775	775	775	350
Clínica Covid Adulto	775 diárias	425	775	775	775	0	0	0

Tabela 02. Descritivo quantitativo dos serviços contratados e realizados / Cirurgias programadas.

Linhas de Contração		Meta Mensal	JULHO (15 a 31)	AGOSTO	SETEMBRO	OUTUBRO	NOVEMBRO	DEZEMBRO	JANEIRO (01 a 14)
Cirurgias Programadas	Programadas Cardíacas Adulto	40	24	41	36	49	43	38	24
	Programadas Cardíacas Pediatra	20	2	5	6	2	7	4	2
	Programadas Cardíacas Neonatal		1	1	0	0	0	0	1
	Programadas Neurocirurgia adulto	15	-				11	16	3
	Total	75	27	47	42	51	61	58	30

Tabela 03. Descritivo quantitativo dos serviços contratados e realizados / Atendimento Ambulatorial.

Linhas de Contração		Meta Mensal	JULHO (15 a 31)	AGOSTO	SETEMBRO	OUTUBRO	NOVEMBRO	DEZEMBRO	JANEIRO (01 a 14)
Atendimentos Ambulatoriais	Consulta Médica	2.988	1469	2857	2717	2715	2.944	2814	1264
	Consulta Não Médica	2.590	1323	2561	2571	2509	2.999	2876	986
	TOTAL	5.578	2792	5418	5288	5224	5943	5690	2250

Tabela 04. Descritivo quantitativo dos serviços contratados e realizados / Atendimento Ambulatorial Médico detalhado.

Atendimento Médico Detalhado	Meta Mensal	JULHO (15 a 31)	AGOSTO	SETEMBRO	OUTUBRO	NOVEMBRO	DEZEMBRO	JANEIRO (01 a 14)
Cardiologia	2988	90	182	117	82	143	143	69
Cardiologia Pediatrica		0	0	5	1	0	0	0
Cirurgia Cardiovascular		47	81	46	56	55	53	20
Cirurgia Geral		75	188	199	213	205	169	105
Clinica Geral		20	44	41	39	46	78	25
Pediatria		8	36	28	25	26	24	1
Cirurgia Pediátrica		5	7	7	4	5	2	2
Neurologia		10	16	18	11	11	18	5
Neurocirurgia		14	22	20	18	15	27	11
Plástica Queimados		96	178	178	161	153	158	35
Ortopedia e Traumatologia		913	1.722	1.711	1.704	1.833	1.728	773
Torácica		17	15	26	17	14	15	1
Urologia		121	251	229	281	340	302	164
Vascular		53	97	83	89	85	83	46
Nefrologia		0	18	9	14	13	14	7
TOTAL			1.469	2.857	2.717	2.715	2.944	2.814

Tabela 05. Descritivo quantitativo dos serviços contratados e realizados / Atendimento Ambulatorial Não Médico detalhado.

Atendimento Não Médico	Meta Mensal	JULHO (15 a 31)	AGOSTO	SETEMBRO	OUTUBRO	NOVEMBRO	DEZEMBRO	JANEIRO (01 a 14)
Enfermagem	2590	1.129	2.225	2.216	2.157	2.655	2.479	901
Buco Maxilo		70	118	131	144	161	170	56
Terapia Ocupacional		6	13	10	6	4	6	3
Fisioterapia		116	203	214	199	179	221	26
Psicologia		0	1	0	0	0	0	0
Fonoaudiologia		2	1	0	3	0	0	0
Total			1.323	2.561	2.571	2.509	2.999	2.876

Tabela 06 . Descritivo quantitativo dos serviços contratados e realizados /Hemodinâmica.

Serviço Hemodinâmica	Meta Mensal	JULHO (15 a 31)	AGOSTO	SETEMBRO	OUTUBRO	NOVEMBRO	DEZEMBRO	JANEIRO (01 a 14)
Procedimentos de Hemodinâmica	300	139	271	274	257	251	245	106

Tabela 07. Serviço de Hemoterapia.

Linhas de Contratação		Meta Mensal	JULHO (15 a 31)	AGOSTO	SETEMBRO	OUTUBRO	NOVEMBRO	DEZEMBRO	JANEIRO (01 a 14)
Hemoterapia (UCT)	Bolsas de Sangue Total Coletadas	700	256	657	704	681	905	831	218
	Inaptação Clínica	≤ 18%	21,50%	15%	16%	16%	17,00%	15,00%	18,00%
	Coletas de Plaquetas por Aferese	10	3	8	8	10	10	11	5
	Quantitativo de Hemocomponentes Produzidos	1.500	587	1504	1598	1583	2.075	1896	737
	Perda de Concentrado de Hemácias por Validade	≤ 5%	3,10%	2%	1%	2%	0%	2,00%	1,80%
	Estoque Excedente (Estratégico) de Concentrado de Hemácias	≥ 8%	18,27%	23,03%	34,88%	10,03%	38,29%	34,10%	10,37%
	Boletim de Produção Ambulatorial (BPA) apresentado	100% dos procedimentos realizados apresentados	100,00%	99,86%	99,41%	99,87%	104,00%	101,00%	97,00%

Tabela 08. Descritivo quantitativo dos serviços contratados e realizados/ SADT Externo.

Linhas de Contratação		Meta Mensal	JULHO (15 a 31)	AGOSTO	SETEMBRO	OUTUBRO	NOVEMBRO	DEZEMBRO	JANEIRO (01 a 14)
SADT Externo (Realizado)	Ecocardiograma Transtorácico	150	11	39	32	36	77	97	60
	Tomografia Computadorizada	450	241	425	397	432	466	470	217
	Total	600	252	464	429	468	543	567	277

Tabela 09 . Descritivo quantitativo dos serviços contratados e realizados/ Serviço de Atenção Domiciliar.

Serviço de Atenção Domiciliar		Meta Mensal	JULHO (15 a 31)	AGOSTO	SETEMBRO	OUTUBRO	NOVEMBRO	DEZEMBRO	JANEIRO (01 a 14)
Atendimentos		90		-		11	35	51	70

Obs: Meta a partir do 4º mês.

Tabela 10. Descritivo quantitativo dos serviços realizados / Urgência e Emergência.

Atendimento de Urgências e Emergências		JULHO (15 a 31)	AGOSTO	SETEMBRO	OUTUBRO	NOVEMBRO	DEZEMBRO	JANEIRO (01 a 14)
		2.417	4.920	4.717	4.930	4.994	4.995	2.090

2.1.2. Indicadores e Metas de Desempenho

Os Indicadores de Desempenho estão relacionados à QUALIDADE da assistência oferecida pela unidade aos usuários, e mensuram a eficiência, efetividade dos processos da gestão.

Os indicadores de Desempenho definidos para o Hospital Estadual de Urgências de Aparecida de Goiânia Caio Louzada- HEAPA , para os meses de Junho a Novembro 2.021, incluem: **1.** Taxa de Ocupação Hospitalar ; **2.** Média de permanência Hospitalar – dias ; **3.** Índice de intervalo de Substituição de leito - horas ; **4.** Taxa de Readmissão em UTI (48horas); **5.** Taxa de Readmissão Hospitalar(em até 29 dias); **6.** Percentual de Ocorrência de Rejeição no SIH ; **7.** Percentual de Suspensão de Cirurgias Programadas por Condições Operacionais (causas relacionadas a organização da unidade); **8.** Percentual de Suspensão de Cirurgias Programadas por Condições Operacionais (causas relacionadas ao paciente); **9.** Percentual de investigação da gravidade de reações adversas a medicamentos (Farmacovigilância); **10.** Razão do quantitativo de consultas ofertadas; **11.** Percentual de Exames de imagem com resultado disponibilizado em até 10 dias; **12.** Percentual de manifestações queixosas recebidas no sistema de ouvidoria de SUS; **13.** Índice de infecção em sítio cirúrgico em cirurgia cardíaca, todos descritos a seguir:

1. Taxa de Ocupação Hospitalar – os dados apresentados neste indicador para o 1º Trimestre demonstra uma média no período de 101,60% alcançando uma porcentagem de execução de 119,52%. Em relação ao 2º semestre a média apresentada no período foi de 97,50% alcançando um porcentagem de execução de 114,70% em relação a meta ser cumprida que é maior ou igual a 85%.

2. Média de permanência Hospitalar (TMP) dias - os dados apresentados neste indicador para o 1º Trimestre demonstra uma média no período de 5,63 alcançando uma porcentagem de execução de 88. Para o 2º Trimestre a média no período foi de 5,62 o que corresponde 88 de porcentagem de execução em relação a meta ser cumprida do indicador que é menor ou igual a 5.

3. Índice de intervalo de Substituição de leito - horas - os dados apresentados neste indicador para o 1º Trimestre demonstra uma média do período de - 6,53 alcançando uma porcentagem de execução de 229 . Em relação ao 2º semestre a média apresentada no período foi de 11,13 alcançando um porcentagem de execução de 149 em relação a meta a ser cumprida que é menor ou igual a 22.

4. Taxa de Readmissão em UTI (48horas) - os dados apresentados neste indicador no 1º Trimestre demonstra uma média alcançada de 0,00% apresentando uma porcentagem de execução de 200%. No 2º trimestre a média alcançada foi 3,70% alcançando um porcentagem de execução de 126 % em relação a meta a ser cumprida que é menor ou igual a 5%.

5. Taxa de Readmissão Hospitalar em até 29 dias- os dados apresentados neste indicador no 1º Trimestre demonstra uma média alcançada de 4,21% apresentando uma porcentagem de execução de 178%. No 2º trimestre a média alcançada foi 3,82% alcançando um porcentagem de execução de 180 % em relação a meta a ser cumprida que é menor ou igual a 20%.

6. Percentual de Ocorrência de Glosas no SIH- os dados apresentados neste indicador no 1º Trimestre demonstra uma média alcançada de 1,41% apresentando uma porcentagem de execução de 59%. No 2º trimestre a média alcançada foi 2,39% alcançando um porcentagem de execução de -39% em relação a meta a ser cumprida que é menor ou igual a 1%.

7. Percentual de Suspensão de Cirurgias Programadas por Condições Operacionais (causas relacionadas a organização da unidade). - os dados apresentados neste indicador no 1º Trimestre demonstra uma média alcançada de 3,90% apresentando uma porcentagem de execução de -190%. No 2º trimestre a média alcançada foi 0,80% alcançando um porcentagem de execução de 120 % em relação a meta a ser cumprida que é menor ou igual a 1 %.

8. Percentual de Suspensão de Cirurgias Programadas por Condições Operacionais (causas relacionadas ao paciente). os dados apresentados neste indicador no 1º Trimestre demonstra uma média alcançada de 2,42% e uma porcentagem de execução de 151% . No 2º trimestre a média alcançada foi 3,73% alcançando um porcentagem de execução de 125,40% em relação a meta a ser cumprida que é menor ou igual a 5 %.

9. Percentual de investigação da gravidade de reações adversas a medicamentos (Farmacovigilância)

10. Razão do quantitativo de consultas ofertadas- os dados apresentados neste indicador no 1º Trimestre demonstra uma média alcançada de 1,06 apresentando uma porcentagem de execução de 106. No 2º trimestre a média alcançada também foi 1,06 alcançando um porcentagem de execução de 106 em relação a meta a ser cumprida que é igual a 1.

11. Percentual de Exames de imagem com resultado disponibilizado em ate 10 dias - os dados apresentados neste indicador no 1º Trimestre demonstra uma média alcançada de 91,84% apresentando uma porcentagem de execução de 131,20%. No 2º trimestre a média alcançada foi 95% alcançando um porcentagem de execução de 135,71% em relação a meta a ser cumprida que é maior ou igual a 70%.

12. Percentual de manifestações queixosas recebidas no sistema de ouvidoria de SUS - os dados apresentados neste indicador no 1º Trimestre demonstra uma média alcançada de 0,48% apresentando uma porcentagem de execução de 190%. No 2º trimestre a média alcançada foi 0,36% alcançando um porcentagem de execução de 192,80% em relação a meta a ser cumprida que é menor que 5%.

13. Índice de infecção em sítio cirúrgico em cirurgia cardíaca- os dados apresentados neste indicador no 1º Trimestre demonstra uma média alcançada de 1,42% apresentando uma porcentagem de execução de 171,60%. No 2º trimestre a média alcançada foi 2,65% alcançando um porcentagem de execução de 147% em relação a meta a ser cumprida que é menor ou igual a 5%.

Portanto, a unidade apresentou no 1º Trimestre uma pontuação global de 7,58, e no 2º Trimestre uma pontuação global de 8,76. No relatório gerencial a OSS apresenta os dados dos indicadores de desempenho com os meses de junho e dezembro fracionados em dias e de forma semestral e não trimestral, conforme anexo técnico III do 9º TA do contrato de gestão nº 003/2014.

Quadro 01. Indicadores de desempenho - 1º Trimestre (Junho a Agosto).

Indicadores de Desempenho	Meta Mensal	Julho	Agosto	Setembro	Média do período	Porcen de Exe
1. Taxa de Ocupação Hospitalar	≥ 85	87,54%	90,70%	91,03%	89,75%	105,
2. Tempo Médio de Permanência Hospitalar (dias)	≤ 7	6,72	7,24	6,78	6,91	10,
3. Índice de Intervalo de Substituição de leito (horas)	≤ 30	22,93	17,81	16,04	18,92	13,
4. Taxa de Readmissão em UTI (em até 48 horas)	≤ 5%	0,34%	2,08%	4,19%	2,20%	156,
5. Taxa de Readmissão Hospitalar (em até 29 dias)	≤ 20%	3,87%	3,83%	3,49%	3,73%	181,
6. Percentual de ocorrências de glosas no SIH	≤ 1%	27,06%	37,19%	31,72%/	31,99%	-2999
7. Percentual de Suspensão de Cirurgias Programadas por Condições Operacionais (Causas relacionadas à organização da Unidade)	≤ 1%	1,63%	1,80%	2,01%	1,81%	19,0
8. Percentual de Suspensão de Cirurgias Programadas por Condições Operacionais (Causas relacionadas ao Paciente)	≤ 5%	1,00%	1,67%	1,13%	1,26%	174,
9. Percentual de investigação da gravidade de reações adversas a medicamentos (Farmacovigilância)	≥ 95%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	105,
10. Razão do quantitativo de consultas ofertadas	1	0,98	1,01	0,99	0,99	99,0
11. Percentual de exames de imagem com resultados disponibilizados em até 10 dias	≥ 70%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	142,
12. Percentual de manifestações queixosas recebidas no sistema de ouvidoria do SUS	< 5%	0,22%	0,14%	0,28%	0,21%	195,
13. Índice de infecção em sítio cirúrgico em cirurgia cardíaca	≤ 5%	2,13%	2,13%	0,00%	1,42%	171,
14. Qualidade dos hemocomponentes produzidos	Concentrado de Hemácias (mensal)	≥ 90%	96,70%	96,70%	96,70%	107,
	Concentrado de Plaquetas por aférese (mensal)	≥ 90%	94,40%	100,00%	100,00%	103,
	Concentrado de Hemácias Desleucocitadas (mensal)	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,0
	Concentrado de Plaquetas randômicas (mensal)	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,0

Quadro 02. Indicadores de desempenho - 2º Trimestre (Outubro a Dezembro).

Indicadores de Desempenho	Meta Mensal	Outubro	Novembro	Dezembro	Média do período	Po de

1. Taxa de Ocupação Hospitalar	> 85	90,42%	92,14%	93,86%	92,14%	
2. Tempo Médio de Permanência Hospitalar (dias)	≤ 7	6,77	6,98	7,31	7,02%	
3. Índice de Intervalo de Substituição de leito (horas)	≤ 30	17,22	14,29	11,48	14,33%	
4. Taxa de Readmissão em UTI (em até 48 horas)	≤ 5%	4,55%	3,14%	1,80%	3,16%	
5. Taxa de Readmissão Hospitalar (em até 29 dias)	≤ 20%	4,23%	3,93%	4,26%	4,14%	
6. Percentual de ocorrências de glosas no SIH	≤ 1%	42,48%	91,70%	44,75%	59,64%	-
7. Percentual de Suspensão de Cirurgias Programadas por Condições Operacionais (Causas relacionadas à organização da Unidade)	≤ 1%	1,77%	1,54%	1,47%	1,59%	
8. Percentual de Suspensão de Cirurgias Programadas por Condições Operacionais (Causas relacionadas ao Paciente)	≤ 5%	1,65%	2,02%	1,64%	1,77%	
9. Percentual de investigação da gravidade de reações adversas a medicamentos (Farmacovigilância)	≥ 95%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	
10. Razão do quantitativo de consultas ofertadas	1	0,97	1,11	1,06	1,04%	
11. Percentual de exames de imagem com resultados disponibilizados em até 10 dias	≥ 70%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	
12. Percentual de manifestações queixosas recebidas no sistema de ouvidoria do SUS	< 5%	0,16%	0,18%	0,14%	0,16%	
13. Índice de infecção em sítio cirúrgico em cirurgia cardíaca	≤ 5%	1,96%	6,00%	0,00%	2,65%	
14. Qualidade dos hemocomponentes produzidos	Concentrado de Hemácias (mensal)	≥ 90%	90,00%	98,00%	92,00%	93,33%
	Concentrado de Plaquetas por aférese (mensal)	≥ 90%	95,00%	100,00%	97,50%	97,50%
	Concentrado de Hemácias Desleucocitadas (mensal)	≥ 90%	-	100,00%	80,00%	90,00%
	Concentrado de Plaquetas randômicas (mensal)	≥ 90%	97,50%	100,00%	94,50%	98,33%

Quadro 03. Indicadores de desempenho Semestral.

Qualidade dos hemocomponentes produzidos	Meta Mensal	Julho	Agosto	Setembro	Outubro	Novembro	Dezembro	Média do período	Por de
Plasma Fresco Congelado (semestral)	≥ 90%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	1
Crioprecipitado (semestral)	≥ 90%	-	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	83,33%	

Quadro 04. Indicadores de avaliação e monitoramento da UCT Semestral.

Indicadores de avaliação e monitoramento da UCT	Meta Semestral	Julho	Agosto	Setembro	Outubro	Novembro	Dezembro	Média do período	P
Percentual de execução do plano de educação permanente	≥ 95%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	
Percentual de manutenção preventivas realizadas nos equipamentos da UCT	≥ 95%	87,50%	100,00%	71,43%	100,00%	100,00%	100,00%	93,15%	
Percentual de calibrações de equipamentos realizadas na UCT	≥ 95%	0,00%	83,33%	14,29%	9,09%	100,00%	100,00%	51,11%	
Percentual de qualificação térmica realizadas em equipamentos da UCT	≥ 95%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	100,00%	100,00%	33,33%	

Quadro 05. Indicadores de avaliação e monitoramento da UCT Trimestral (Julho a Setembro).

Indicadores de avaliação e monitoramento da UCT	Meta Trimestral	Julho	Agosto	Setembro	Média do período	Porcentagem de Execução
Taxa de doadores espontâneos	55 %	41,70%	39,50%	55,20%	45,46%	82,65%
Taxa de doador de repetição	35 %	23,10%	27,40%	28,40%	26,30%	75,14%
Taxa de doador de 1ª vez	50 %	54,20%	44,50%	61,40%	53,36%	106,72%
Taxa de amostras de sangue descartadas por lipemia	< 1 %	0,91%	1,95%	1,54%	1,46%	54,00%
Percentual de satisfação de doadores de sangue	≥ 95%	93,42%	94,65%	95,64%	94,57%	99,54%
Índice de produção de hemocomponentes	2,1	2,25	2,29	2,27	2,27	108,09

Quadro 06. Indicadores de avaliação e monitoramento da UCT Trimestral (Outubro a Dezembro).

Indicadores de avaliação e monitoramento da UCT	Meta Trimestral	Outubro	Novembro	Dezembro	Média do período	Porcentagem de Execução
Taxa de doadores espontâneos	55 %	59,50%	57,50%	71,85%	62,95%	114,45%
Taxa de doador de repetição	35 %	28,80%	22,80%	24,50%	25,33%	87,95%
Taxa de doador de 1ª vez	50 %	60,60%	63,20%	56,60%	60,13%	120,26%
Taxa de amostras de sangue descartadas por lipemia	< 1 %	0,87%	1,34%	2,21%	1,47%	53,00%
Percentual de satisfação de doadores de sangue	≥ 95%	94,44%	95,32%	93,99%	94,58%	99,55%
Índice de produção de hemocomponentes	2,1	2,32	2,29	2,28	3,44	148,27

Quadro 07. Indicadores de avaliação e monitoramento da UCT Mensal (Julho a Setembro).

Indicadores de avaliação e monitoramento da UCT	Meta Mensal	Julho	Porcentagem de Execução	Nota de desempenho	Pontuação global	Valor a receber	Agosto	Porcentagem de Execução	Nota de desempenho	Pontuação global	Valor a receber	Sete
Percentual de atendimento interno a solicitação de hemocomponentes	≥ 95%	100,00%	105,26%	10	10	100,00%	99,30%	104,52%	10	10	100,00%	99,8
Tempo médio do processo de doação de sangue	< 60 minutos	45,20	124,66%	10			47,35	121,08%	10			49,

Quadro 08. Indicadores de avaliação e monitoramento da UCT Mensal (Outubro a Dezembro).

Indicadores de avaliação e monitoramento da UCT	Meta Mensal	Outubro	Porcentagem de Execução	Nota de desempenho	Pontuação global	Valor a receber	Novembro	Porcentagem de Execução	Nota de desempenho	Pontuação global	Valor a receber	Dez
Percentual de atendimento interno a solicitação de hemocomponentes	≥ 95%	98,70%	103,89%	10	10	100,00%	100,00%	105,26%	10	10	100,00%	99,
Tempo médio do processo de doação de sangue	< 60 minutos	49,27	117,88%	10			51,08	114,86%	10			4

2.2. Análise realizada pela Coordenação de Acompanhamento Contábil (CAC)

2.2.1. Objeto da Análise da CAC

A análise empreendida pela CAC teve como objetivo avaliar a movimentação financeira e contábil da Organização Social no período de julho de 2021 a janeiro de 2022, com vistas a verificar se os recursos públicos transferidos à Organização Social foram aplicados visando o cumprimento das ações pactuadas e, conseqüentemente, o alcance dos objetivos do Contrato de Gestão.

2.2.2. Metodologia

Para o acompanhamento financeiro e contábil por parte da CAC/GAOS, empregaram-se quatro etapas distintas, porém correlacionadas entre si:

- Acompanhamento e monitoramento dos dados relativos à movimentação financeira "D+1" (dia seguinte), que consiste na análise do fluxo bancário transmitido pela OSS no primeiro dia útil subsequente a ocorrência, através do Sistema de Prestação de Contas Econômico Financeiro (SIPEF), assinado digitalmente pelo dirigente e pelo contador, ambos responsáveis pela OSS, juntamente com a documentação comprobatória (Contratos, OP's, Notas Fiscais, Certidões Negativas, DARF's, DUAM's etc.) das ocorrências dos extratos bancários;
- Exame da "Prestação de Contas Mensal", que é constituído pela compilação e sistematização dos dados financeiros pagos e transmitidos diariamente, acrescidos dos registros relativos à Folha de Pagamento e Relatórios Contábeis;
- Análise do "kit contábil" composto pelos seguintes documentos: extratos bancários, diários, razões, balancetes, folha de pagamento e CAGED, enviado pela OS, em mídia digital, no prazo máximo de 20 (vinte) dias do mês subsequente;
- Fiscalização *in loco*, em casos pontuais, se assim recomendar o interesse público.

2.2.3. Abrangência da Análise

2.2.3.1. Do SIPEF AUDIT (D+1)

Conforme Fluxograma do *Sipef-Audit*, abaixo, o acompanhamento e fiscalização financeira dos repasses transferidos pela SES, utilizando a metodologia "D+1", se inicia no dia seguinte a ocorrência, ou seja, logo após a Organização Social transmitir a movimentação financeira.

Após a recepção/visualização da transmissão diária, são executadas as etapas abaixo relacionadas, todas via sistema:

- 1º) Exame dos registros financeiros:** análise individualizada dos registros financeiros, ou seja, as entradas e saídas constantes nos extratos bancários e suas respectivas conciliações com as documentações comprobatórias das operações;
- 2º) Validação:** as operações são consideradas "regulares" após exame da equipe técnica, isto é, sem nenhuma ocorrência passível de restrição. Após essa tarefa, os apontamentos no SIPEF passam para o status "sem restrição/ok (o lançamento fica na cor verde)" àquela ocorrência;
- 3º) Restrição:** uma vez detectada quaisquer irregularidades e/ou inconformidades nas documentações comprobatórias e/ou na pertinência dos gastos, os registros financeiros recebem uma marcação "com restrição" (o registro fica rosa) àquela ocorrência;
- 4º) Duplicidade/Indevido:** são lançamentos transmitidos erroneamente em duplicidade/indevido pela OSS através do SIPEF. Uma vez detectada essa irregularidade cabe a OS solicitar o estorno da restrição através de e-mail com as informações pertinentes a cada registro, e em seguida a equipe técnica analisa a solicitação e classifica-a como duplicidade/indevido no SIPEF. Após esse procedimento a OS deverá fazer a aceitação do procedimento para sanar a irregularidade.
 - 5º) Stand By:** Aguarda o contraditório até o prazo máximo de 5 (cinco) dias para reanálise das restrições;
 - 6º) Contraditório:** As operações restritas são diligenciadas à OS, para oportunidade do contraditório. Quando respondidas, os registros financeiros recebem um status "correção aguarda análise (o lançamento fica na cor amarelo)" àquela ocorrência;
 - 7º) Análise do Contraditório:** Avaliação do atendimento das inconsistências apontadas que resultam nas seguintes situações:
 - a) Saneada:** quando houver o atendimento integral dos apontamentos diligenciados via "restrição" (sem restrição - ok);
 - b) Insatisfatória ou Insuficiente:** nos casos em que os diligenciamentos não forem atendidos ou forem insuficientes para sanar os fatos, os quais poderão ser apontados como:
 - Erro Formal;
 - Indícios de Dano ao Erário;
 - Outras Não Conformidades;
 - Duplicidade/Indevido.

Deste modo, a Coordenação de Acompanhamento Contábil (CAC) salienta que a Associação de Gestão, Inovação e Resultados em Saúde (AGIR), gestora responsável pelo Hospital Estadual de Urgências da Região Noroeste Governador Otávio Lage de Siqueira - HUGOL, será notificada pela SES/GO, via Processo nº 202200010032355, a regularizar e/ou a justificar os seguintes apontamentos que foram inseridos por esta Coordenação no Sistema de Prestação de Contas Econômico Financeiro (SIPEF):

A) Divergências relacionadas ao fluxo de caixa, conforme informações constantes no Relatório de Acompanhamento Financeiro e Contábil nº 93/2022 - SES/CAC (000030625743).

B) Regularizar as ocorrências referentes a conta "ANTECIPAÇÃO DE SALÁRIOS E ORDENADOS", relacionada ao adiantamento de pagamentos à UNIMED, no intuito de cobrir despesas com plano de saúde de colaboradores afastados por auxílio-doença, com recursos do Contrato de Gestão.

Observação: Na oportunidade a CAC ressalta que o Parecer n.º 3329/2018-PROT e o Despacho nº 1340/2018 PGE, atestam pela juridicidade de ser mantido o plano de saúde do empregado enquanto suspenso seu contrato de trabalho, porém, faz-se necessário medidas para regularizar e reduzir tais débitos com recursos do Contrato de Gestão, porém, no período em tela, é possível vislumbrar que houve uma curva ascendente. Corroborando com o exposto, o Acordo Coletivo de Trabalho 2020/2021, Cláusula vigésima quarta anota que a AGIR poderá intermediar a contratação de plano de saúde para os seus empregados, cujo pagamento será descontado em folha. Contudo, se o empregado se afastar por período superior a 30 dias, sem o recebimento de salário capaz de suportar o desconto, e não realizar o pagamento da sua mensalidade diretamente na Unidade Hospitalar que estiver vinculado, a OS poderá reter, da primeira remuneração a que ele tiver direito, o valor devido. Ainda, há a previsão de cancelamento do plano de saúde, se o empregado ficar inadimplente por mais de 60 dias. Ainda contribuindo com o tema, a Organização Social, em outras oportunidades, foi conscientizada da necessidade da regularização daquela conta, visto que não há previsão daquele tipo de gasto com recursos provindos do Contrato de Gestão.

C) Restituir à conta do Contrato de Gestão nº 003/2014 - SES/GO, o valor de **R\$ 3.622,31 (três mil seiscentos e vinte e dois reais e trinta e um centavos)**, referente ao pagamento indevido de juros e de multas.

D) Restituir à conta do Contrato de Gestão nº 003/2014 - SES/GO, o valor de **R\$ 2.710,35 (dois mil setecentos e dez reais e trinta e cinco centavos)** E/OU comprovar a regularização da ocorrência relativa a restituição de valores, concernentes à Rescisão da colaboradora Ana Paula Galiza Costa. Em caso de regularização deste apontamento não há necessidade de restituição de valores por parte da OS em epígrafe.

E) Ausência das Certidões Negativas de Débito referente a regularidade fiscal de alguns prestadores de serviços e de alguns fornecedores de materiais junto aos órgãos competentes. A apresentação das CND's por parte da OS é um requisito obrigatório para habitação de todos os processos de compras e de contratações, destacando que, no caso de contratos firmados, esta obrigação deve se estender durante o período da execução contratual e, embora não se possa reter o pagamento devido deste fornecedor/prestador, que deixar de preencher a exigência supramencionada, a permanência desta irregularidade será registrada na prestação de contas desta OS.

F) Ausência das assinaturas nos Termos de Rescisões de Trabalho (TRCT). Na oportunidade, esta Coordenação destaca que nem mesmo a AGIR tem assinados tais documentos, e que os mesmos são inseridos neste sistema sem o mínimo de formalidade contratual. Nos casos em que o empregado não puder por algum motivo e/ou por negligência assinar este documento, a OS terá que inserir as justificativas e documentos de modo comprovar tais ocorrências.

A CAC está no aguardo momentâneo da notificação da AGIR/HUGOL, e, por conseguinte, do retorno das justificativas e documentos que serão remetidos por esta OS.

2.3. Análise realizada pela Coordenação de Qualidade e Segurança Hospitalar (COQSH) referente aos meses de Julho à Janeiro de 2022

2.3.1. Objetivo

A Coordenação de Qualidade e Segurança Hospitalar (COQSH) tem como objetivo proceder o monitoramento da parte qualitativa dos Contratos de Gestão, e após avaliação dos relatórios descritivos que a Unidade encaminha, se faz o acompanhamento das atividades através do instrumento SIGUS, fazendo análise mensal de documentos conforme especificado em Contrato. São realizadas também, visitas técnicas para comprovação e monitoramento dessas documentações.

2.3.2. Apontamentos

Não foram observadas irregularidades referentes as atividades e relatórios das Comissões.

2.3.3. Da Análise (COQSH)

Reconhecemos que as Atas das reuniões e relatórios adotam padrão institucional, contemplam análise crítica, ações estratégicas e foram entregues dentro do prazo.

2.4. Análise realizada pela Coordenação de Economia em Saúde (COES)

2.4.1. Objetivo

O acompanhamento e as análises econômicas relacionadas à execução das atividades assistenciais das Unidades de Saúde são realizados pela Coordenação de Economia em Saúde (COES), que apura os custos das Unidades da SES, conforme dados disponibilizados pela OSS, utilizando Sistema Eletrônico de Custo, sob Consultoria da PLANISA. A análise empreendida pela COES teve como objetivo avaliar o período compreendido entre julho a dezembro de 2021.

2.4.2. Metodologia

A metodologia adotada pela SES-GO para apuração de dados é o sistema de custeio por absorção, que é derivado da aplicação dos princípios de contabilidade e consiste na apropriação de todos os custos de produção aos bens elaborados. Esta apropriação pode ser compreendida pelo Plano de Contas e Estrutura de Centros de Custo de maneira verticalizada, a fim de que se possa identificar e detalhar as ocorrências das despesas, conforme complexidade da estrutura da Unidade e/ou necessidade de questionamento dos dados de custo.

2.4.3. Análise

Os dados para esta análise foram extraídos do sistema KPIH (*Key Performance Indicators for Health*), alimentados pela Organização Social de Saúde Associação de Gestão, Inovação e Resultados em Saúde (AGIR), relativo aos custos do Hospital Estadual de Urgências Governador Otávio Lage de Siqueira

(HUGOL), referentes ao período de julho a dezembro de 2021, sob a consultoria da equipe PLANISA.

2.4.3.1. Relatório de Composição e Evolução de Custos

No período de análise desse relatório de execução, o Hospital Estadual de Governador Otávio Lage de Siqueira – HUGOL, está sob vigência do 9º Termo Aditivo ao Contrato de Gestão nº 003/2014-SES/GO, celebrado entre o Estado de Goiás, por intermédio da Secretaria de Estado da Saúde, e a Associação de Gestão, Inovação e Resultados em Saúde – AGIR, com prazo de vigência de 15 de julho de 2021 e término em 14 de julho de 2022.

Consoante ao 9º Termo Aditivo os repasses financeiros foram feitos em forma escalonada de acordo com a capacidade instalada na unidade e a prestação de serviços. Dessa forma, para do 1º ao 3º mês houve o repasse mensal de R\$ 29.263.283,48, do 4º e 5º mês R\$ 29.552.223,69, no 6º mês R\$ 29.757.112,42 e de 7º a 12º mês R\$ 29.180.633,53.

Tabela 1



Evolução da receita e custos (c/s recursos externos)

Hospital Estadual de Urgências Governador Otávio Lage de Siqueira (HUGOL) 7/2021 - 12/2021

Descrição	7/2021	8/2021	9/2021	10/2021	11/2021	12/2021	
Custo total - Com recursos externos	31.348.791,56	31.292.475,78	32.632.147,10	32.201.830,19	32.019.106,42	32.206.673,97	3
Custo total - Sem recursos externos	31.348.791,56	31.292.475,78	32.632.147,10	32.201.830,19	32.019.106,42	32.206.673,97	3
Receita total	29.263.283,48	29.263.283,48	29.263.283,48	29.552.223,69	29.552.223,69	29.757.112,42	2

Fonte: KPIH/ PLANISA

Observamos, porém, a partir da análise do custo total (Tabela 1) que o hospital é mais oneroso do que foi projetado de receita para o mesmo, em todos os períodos de escalonamento, com maior parte dos custos sendo fixos conforme detalhamento a seguir (Tabela 2):

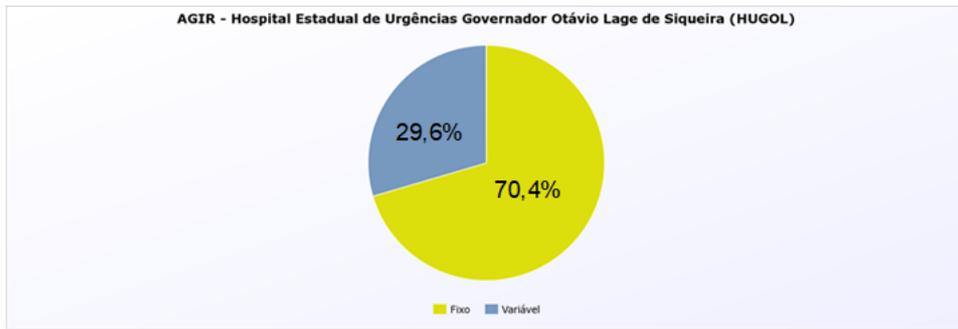
Tabela 2

Relatório de Composição/evolução de Custos		
Hospital Estadual de Urgências Governador Otávio Lage de Siqueira (HUGOL) 7/2021 - 12/2021		
CONTA DE CUSTOS	MÉDIA	%
Custos Fixos		
Pessoal Não Médico	10.407.749,86	32,57
Pessoal Médico	7.482.030,28	23,42
Materiais e Medicamentos de uso no Paciente	11.057,21	0,03
Materiais de Consumo Geral	266.564,48	0,83
Prestação de serviços	3.096.694,28	9,69
Outras Contas (NO)	4.648,63	0,01
Gerais	1.235.972,23	3,87
Total	22.504.716,96	70,44
Custos Variáveis		
Pessoal Médico	1.620.240,98	5,07
Materiais e Medicamentos de uso no Paciente	4.970.676,30	15,56
Materiais de Consumo Geral	121.059,30	0,38
Prestação de serviços	2.421.108,40	7,58
Gerais	312.368,91	0,98
Total	9.445.453,88	29,56
Total Geral	31.950.170,84	100,00

Fonte: KPIH/ PLANISA

No Relatório de Composição/evolução de Custos, em análise custos fixos e variáveis, observamos que a porcentagem de custo maior é referente ao “Pessoal Não Médico”, correspondendo a 32,6% do total de gastos nos custos fixos, seguido de “Pessoal Médico” com 23,4%, conforme Tabela 1. Dentre os custos variáveis, verificamos que “Materiais de uso no Paciente” correspondem a 15,6% do total deste custo, sem variação relevante para o período em análise. Total geral dos custos fixos em 70,4% e 29,6% para custos variáveis, segundo Gráfico 1.

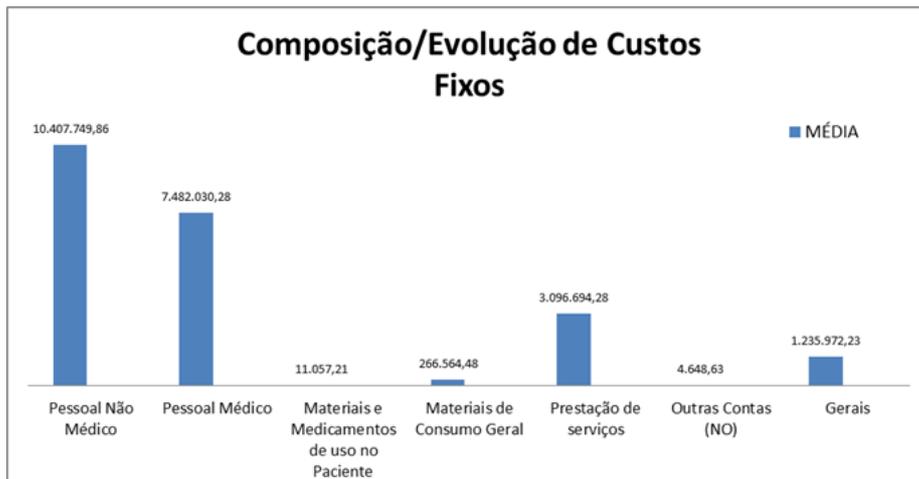
Gráfico 1



Fonte: KPIH/ PLANISA

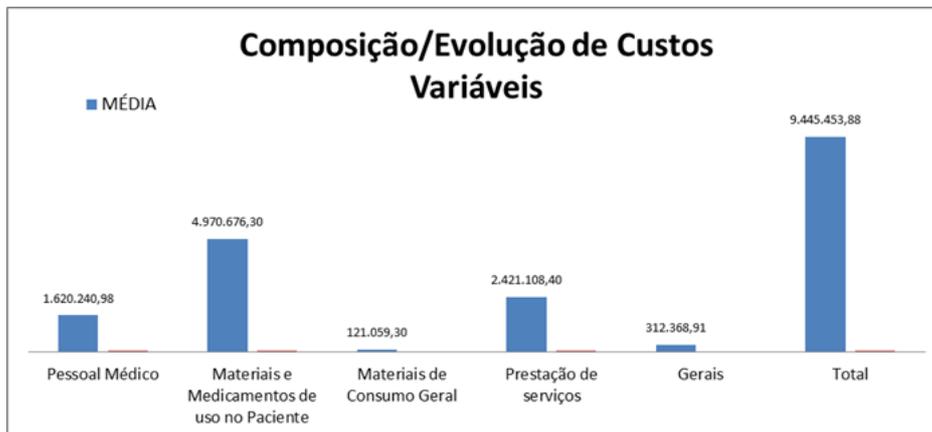
Os gráficos a seguir, demonstram a evolução dos custos fixos (Gráfico 2) e variáveis (Gráfico 3) dentro os grupos de conta de custo presentes na unidade, através das médias, para o período avaliativo.

Gráfico 2



Fonte: KPIH/ PLANISA

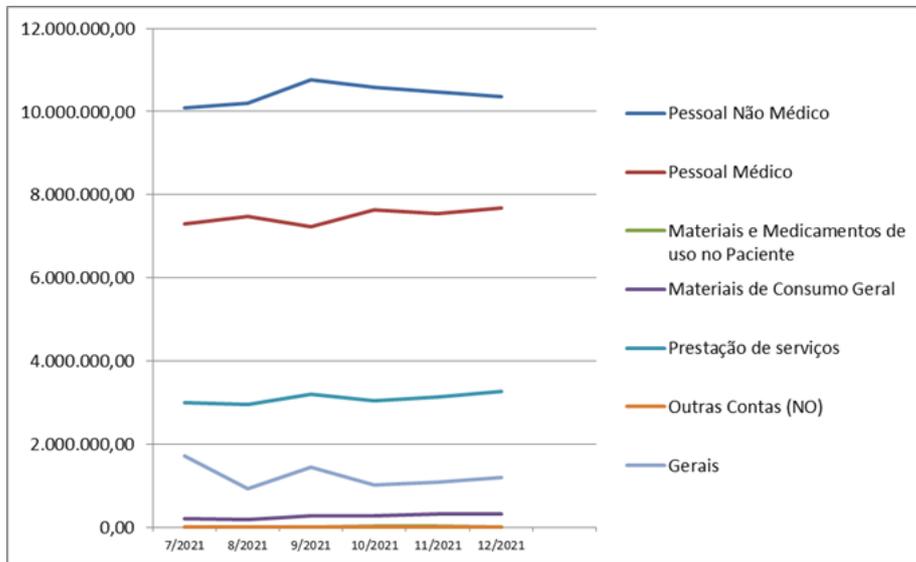
Gráfico 3



Fonte: KPIH/ PLANISA

Observamos ainda, variações relevantes para os grupos de conta, dentre os custos fixos, no período compreendido da análise, conforme visualizamos no Gráfico 4.

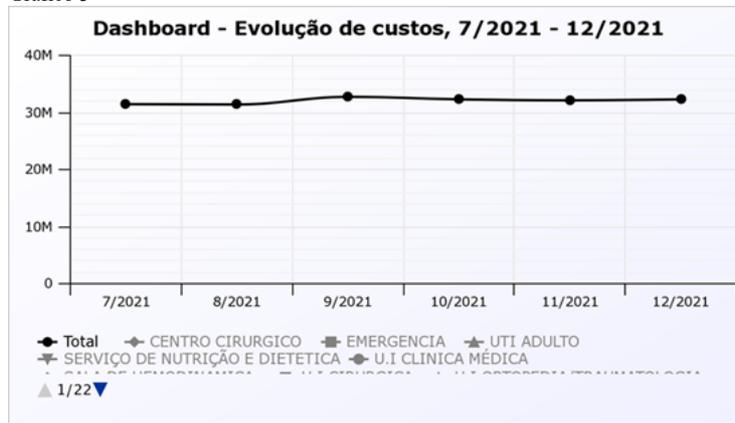
Gráfico 4 – Evolução dos custos fixos



Fonte: KPIH/ PLANISA

Em relação aos custos totais, verificamos um discreto aumento dos custos no mês de setembro 2021, sem variação significativa para o restante do período em análise, conforme Dashboard de Evolução dos custos totais (Gráfico 5).

Gráfico 5



Fonte: KPIH/ PLANISA

2.4.3.2. Benchmark

O gráfico do **Benchmark** demonstra a composição de custos distribuídos por tipo de centro de custo, sendo que os serviços produtivos abarcam 73,2% do total dos custos da unidade, seguidos pelos serviços auxiliares com 23,7% e os serviços administrativos com 3,1%, para o período compreendido entre julho de 2021 a dezembro de 2021, conforme Gráfico 6. Verificamos que o serviço produtivo é o mais dispendioso se comparado aos demais, justificando a assistência ao paciente como a principal fonte de despesa na unidade.

Gráfico 6



Fonte: KPIH/ PLANISA

2.4.3.3. Relatório de Ranking de Custos por Centro de Custo

Tabela 3

Relatório de ranking de custos por centro											
Hospital Estadual de Urgências Governador Otávio Lage de Siqueira (HUGOL) 7/2021 - 12/2021 - Sem valores rateados - Com Recursos Extern											
Descrição	7/2021	Posição	8/2021	Posição	9/2021	Posição	10/2021	Posição	11/2021	Posição	12/2021
CENTRO CIRURGICO	3.870.631,02	1º	4.010.095,45	1º	4.173.552,14	1º	4.216.665,40	1º	4.170.251,32	1º	4.089.685,43
EMERGENCIA	2.582.455,78	2º	2.618.295,84	2º	2.599.337,29	2º	2.746.060,96	2º	2.762.388,21	2º	2.826.867,19
UTI ADULTO	2.429.855,90	3º	2.461.718,00	3º	2.388.244,26	3º	2.547.676,03	3º	2.465.537,16	3º	2.325.991,47
SERVIÇO DE NUTRIÇÃO E DIETÉTICA	1.756.289,15	4º	1.911.748,50	4º	1.808.457,35	4º	1.772.710,94	4º	1.725.896,78	4º	1.827.376,46

Relatório de ranking de custos por centro											
Hospital Estadual de Urgências Governador Otávio Lage de Siqueira (HUGOL) 7/2021 - 12/2021 - Com valores rateados - Com Recursos Extern											
Descrição	7/2021	Posição	8/2021	Posição	9/2021	Posição	10/2021	Posição	11/2021	Posição	12/2021
CENTRO CIRURGICO	4.661.952,42	1º	4.790.237,76	1º	4.999.756,93	1º	5.054.905,23	1º	5.005.697,66	1º	4.978.024,23
EMERGENCIA	3.461.392,69	2º	3.433.108,44	2º	3.487.541,33	2º	3.620.838,68	2º	3.699.035,42	2º	3.807.773,91
UTI ADULTO	3.332.050,81	3º	3.329.644,77	3º	3.294.465,89	3º	3.517.119,28	3º	3.461.141,52	3º	3.237.422,97
U.I CLÍNICA MÉDICA	1.670.786,40	4º	1.768.854,16	4º	1.774.759,41	4º	1.941.328,46	4º	1.740.053,06	4º	1.789.715,20

Fonte: KPIH/ PLANISA

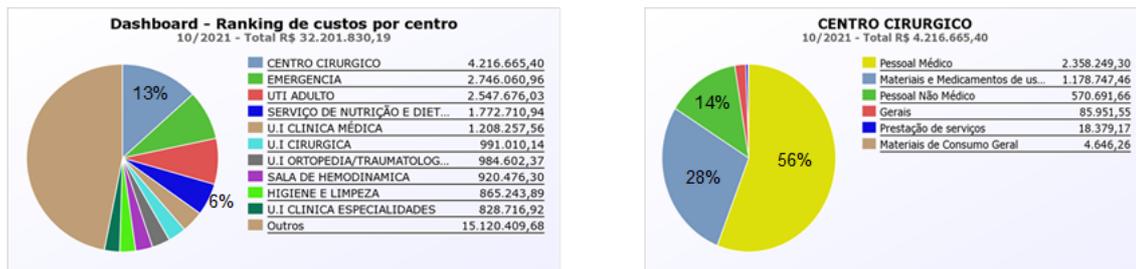
No **Relatório de Ranking de Custos por Centro**, o centro de custo "Centro Cirúrgico", aparece na 1ª posição com/sem rateios em todas as competências do período analisado, seguido pela "Emergência" e "UTI Adulto", sucessivamente, conforme Tabela 3. O "Serviço de Nutrição e Dietética", um serviço auxiliar, aparece na 4ª posição do ranking, quando considerado sem valores rateados. Já para o relatório de ranking de custos com valores rateados, o centro de custo "U.I Clínica Médica", um serviço produtivo, aparece em 4ª posição.

Os maiores gastos no centro de custo "Centro Cirúrgico" se referem a "Pessoal Médico", conforme visualizado em Gráficos 7 e 8, sem e com valores rateados, sequencialmente.

Os Dashboards demonstram em Gráficos 7 e 8, que o "Centro Cirúrgico" obteve 13% do total dos custos na competência outubro de 2021, sendo que 56% desse valor está alocado em "Pessoal Médico", quando considerado os valores não rateados. Em se tratando de valores rateados, obtemos 16% do total dos custos para a competência supracitada, com percentual de 47% de pessoal médico.

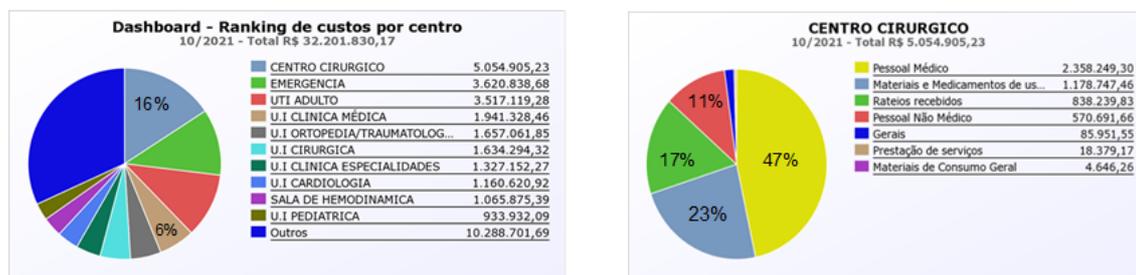
De acordo com a análise observamos que o Centro Cirúrgico se encontra em primeiro lugar no ranking, com valores rateados e sem rateio, sendo mais oneroso do que o projetado para os valores rateados. O custo projetado no P75 para este centro de custo, do 1º ao 6º mês, é de R\$ 4.550.731,19. Fato divergente do serviço de emergência, onde o custo projetado não cobre a demanda apresentada no período, pois o valor projetado para este centro de custo foi de R\$ 2.275.829,40.

Gráfico 7 – Ranking de custos por centro sem rateios



Fonte: KPIH/ PLANISA

Gráfico 8 – Ranking de custos por centro com rateios



Fonte: KPIH/ PLANISA

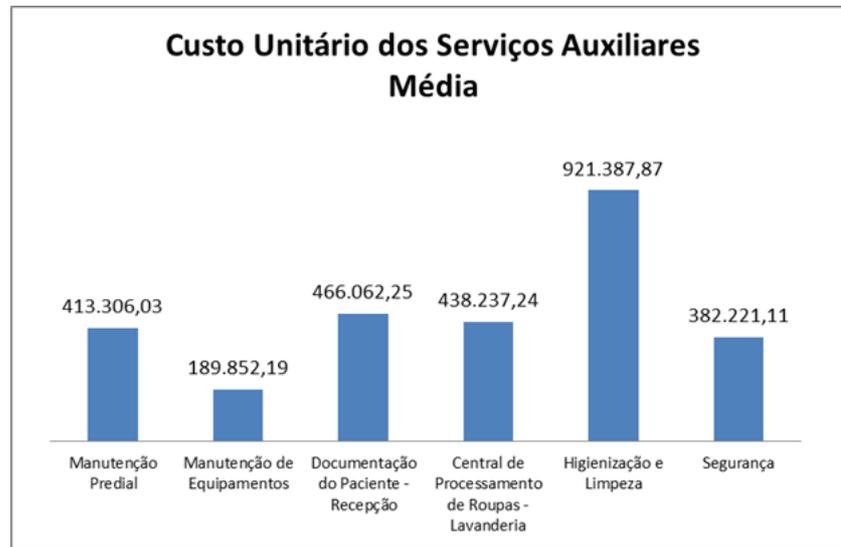
2.4.3.4. Relatório de demonstração de custo unitário dos serviços auxiliares

No **Relatório de Demonstração do Custo Unitário dos Serviços Auxiliares**, os serviços incluídos para este hospital são: manutenção predial, manutenção de equipamentos, recepção, lavanderia, higienização e limpeza, segurança, serviço de nutrição e dietética para o paciente e para o funcionário.

- Para o cálculo de manutenção predial e manutenção de equipamentos somam-se os itens de custos mais o valor do centro de custo;
- Para o cálculo de recepção, os dados são obtidos através dos valores da recepção central;
- Para o cálculo de lavanderia multiplica-se o quilo de roupa suja pelo custo unitário;
- Para o cálculo de higienização e limpeza e também do serviço de segurança multiplica-se o metro quadrado da área pelo custo unitário;
- Para cálculo do serviço de nutrição e dietética do paciente e do funcionário soma-se o valor do total de refeições servidas no período de 24h.

Dentre os Serviços Auxiliares prestados na unidade hospitalar, o de maior custo unitário – média, em todo o período analisado, foi o Serviço de Higienização e Limpeza, seguido da Documentação do Paciente - Recepção (Gráfico 9).

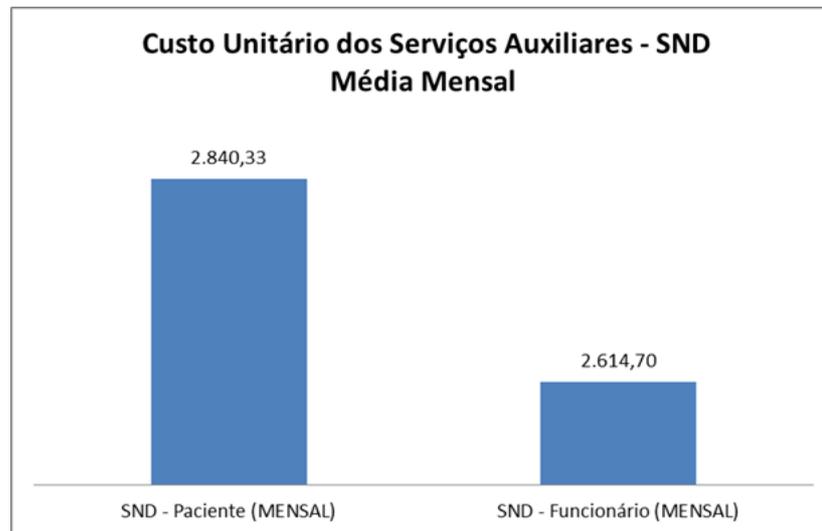
Gráfico 9



Fonte: KPIH/ PLANISA

Para o gráfico a seguir, a análise do Serviço de Nutrição e Dietética - SND baseou-se na Média Mensal do paciente e funcionário, ou seja, a média do custo total da refeição para um único paciente ou funcionário por um mês (Gráfico 10).

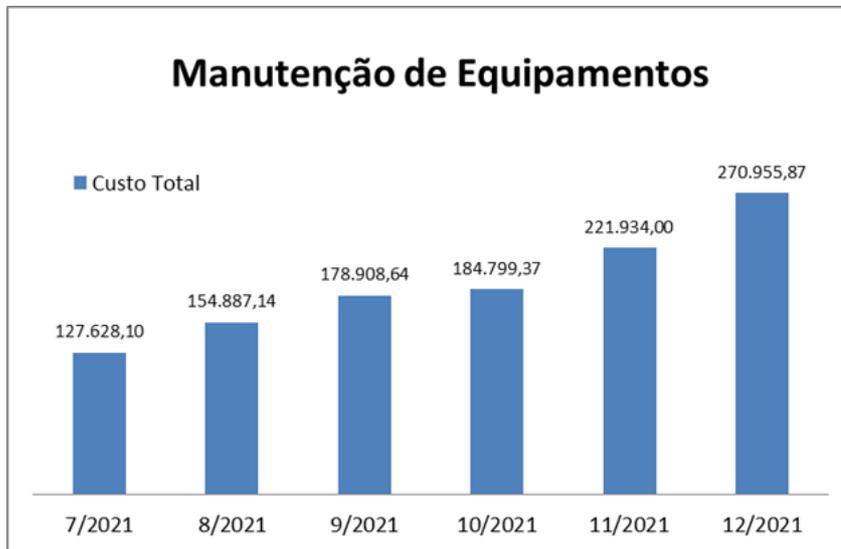
Gráfico 10



Fonte: KPIH/ PLANISA

Observamos ainda, um aumento gradativo dos custos para o serviço de Manutenção de Equipamentos, no decorrer das competências do período em análise (Gráfico 11). Conforme **Relatório de importação de notas fiscais**, extraído do KPIH, constatamos um aumento de gastos com manutenção preventiva e corretiva no centro de custo "Sala Hemodinâmica" a partir da competência setembro de 2021 e para a competência dezembro de 2021, verificamos gastos elevados nos centros de custos "Centro Cirúrgico", acrescido da "Central de Material Esterilizado" e "Tomografia".

Gráfico 11



Fonte: KPIH/ PLANISA

2.4.3.5. Relatório de Demonstração do custo unitário em relação ao nível de ocupação

De acordo com o contrato de gestão a capacidade instalada da unidade é invariável até o 6º mês, com a quantidade de leitos fixos, que é o período de análise deste relatório. De acordo com o quadro retirado do contrato de gestão obtemos a seguinte capacidade (Tabela 4):

Tabela 4

Descrição	Quantidade até 6º mês	Quantidade a partir de 7º mês
Clínica Cirúrgica	150	168
Clínica Médica	110	120
Clínica Médica Pediátrica	30	40
Clínica Cirúrgica Pediátrica	-	20
Clínica de Queimados	10	10
Clínica Covid Pediátrico*	30	-
Clínica Covid Adulto*	30	-
UTI Adulto	59 1*	59 1*
UTI Pediátrica	10	20
UTI Queimados	7	7
UTI Coronariana Pediátrica	10	10
UTI Adulto Covid *	16	10
UTI Pediátrico Covid *	11	-
Leitos Dia	-	12
Leitos Assistenciais Totais	473	466
Salas Cirúrgicas	14	21
Consultórios Ambulatoriais	21	21

Fonte: Contrato de Gestão nº 003/2014-SES/GO

Constatamos que a quantidade de leitos cadastradas no KPIH diverge do contrato de gestão, o que influencia significativamente as análises e resultados de nível de ocupação e custo unitário. Salientamos que não há, nem no sistema do KPIH e nem no processo SEI da unidade, nenhuma sinalização de bloqueio ou redução de leitos.

Faz-se o alerta que na competência outubro de 2021, a diferença entre os leitos operacionais no KPIH e do contrato de gestão são de 94 leitos, fato de significativa importância para a análise de dados da unidade.

2.5. Transparência da OSS

A GAOS também é responsável por acompanhar e receber a documentação das OSS a serem publicada no Portal OSS Transparência/SES.

Em 2016, iniciaram-se estudos para identificar as exigências legais quanto à transparência das entidades privadas sem fins lucrativos que recebem recursos públicos para realização de ações de interesse público, no Estado de Goiás. Assim, considerou-se a necessidade da construção de uma metodologia que orientasse as organizações sociais e seus órgãos supervisores sobre as leis que se referem à transparência pública e sobre como suas previsões seriam cobradas

para efeito de avaliação. Dessa forma, a metodologia foi criada considerando não apenas a lei de acesso à informação, mas ainda as resoluções e recomendações do Tribunal de Contas do Estado de Goiás.

Por determinação legal, todos os órgãos e entidades da administração direta e indireta do Poder Executivo, os demais Poderes, bem como os Tribunais de Contas, o Ministério Público e as entidades privadas sem fins lucrativos, que recebem recursos públicos, devem disponibilizar em seus sites informações por eles produzidas e/ou custodiadas, de forma a garantir o direito constitucional de acesso à informação.

Nesse sentido, a Controladoria Geral do Estado customizou, padronizou e estabeleceu um formato de página de acesso à informação comum a todas as organizações sociais e órgãos supervisores para o alcance da transparência plena.

Em cumprimento ao estabelecido, a Controladoria Geral do Estado vem realizando, avaliação dos sítios de Acesso à Informação das Organizações Sociais OSS com Contrato de Gestão com o Estado e dos seus respectivos Órgãos Supervisores, referente a cada Contrato de Gestão. Os resultados das referidas avaliações tendo sido encaminhadas às OSS contendo as orientações de melhoria a serem realizadas tanto no sítio do Órgão Supervisor como no sítio da Organização social, de forma a que cada Contrato de Gestão esteja apto a alcançar a pontuação máxima no ciclo de avaliação.

Tendo em vista que, a Organização Social de Saúde - OSS Associação de Gestão, Inovação e Resultados em Saúde - AGIR, o qual gerencia o Hospital Estadual de Urgências da Região Noroeste de Goiânia Governador Otávio Lage de Siqueira -HUGOL, foi notificada através do Processo Administrativo 202111867000909 solicitando providências quanto a publicação de dados ainda ausentes e a retificação de informações em desacordo a 2ª Metodologia da Controladoria Geral do Estado de Goiás - CGE, e do processo 202100010026162 do Plano de Ação em que, solicita as implementações corretivas, em relação a divulgação de informações na Página los_Transparência.

3.CONCLUSÃO

Portanto, após avaliação dos dados no semestre, destaca que a OSS cumpriu as metas de produção das saídas hospitalares, atendimentos ambulatoriais serviço de hemoterapia e SADT externo, porém, e não cumpriu as metas das cirurgias eletivas e serviço de atenção domiciliar.

Quanto as cirurgias programadas, ressalta-se que é necessário avaliar a demanda e a meta planejada das cirurgias cardíacas para pediatria e neonatologia, visto que a Unidade alcançou uma eficácia de apenas 25,86% da meta contratada. Em relação ao atendimento ambulatorial sugere-se que nos próximos termos aditivos que especifique as especialidades mínimas a serem ofertadas na Unidade, tanto para as consultas médicas como para as consultas multiprofissionais. O SADT externo é necessário que seja avaliado a demanda dos pacientes que necessitam de ecocardiograma transtorácico, visto que a Unidade em todos os meses do período de avaliação alcançou uma produção abaixo da meta estabelecida, e conseqüentemente, atingindo uma eficácia de 64,7%.

Em relação aos indicadores de desempenho é necessário que a OSS aprimore os processos de trabalho, com intuito de diminuir a suspensão das cirurgias por condições operacionais.

Destaca-se que a AGIR/HUGOL será notificada pela SES/GO, via Sistema de Informações Eletrônicas (SEI), a sanar os apontamentos relacionados ao fluxo de caixa e as restrições efetivadas por esta Coordenação, através do Sistema de Prestação de Contas Econômico Financeiro (SIPEF), pelo envio da Relatório de Acompanhamento Fiscal Contábil (RAFIC) e da Nota Técnica.

A COQSH pontua que tem acompanhado, rotineiramente, os relatórios que são encaminhados pelas OSS, analisando e validando as informações apresentadas, ou destacando a necessidade de melhoria da qualidade da assistência, o que permite um monitoramento contínuo do ajuste firmado com esta Pasta.

Quanto a análise dos custos há necessidade que a OSS realize uma revisão junto com aos consultores de custos sobre os valores que são inseridos no KPIH e a quantidade de leitos, visto que devem estar de acordo com o Contrato de Gestão, e que haja a inserção dos apontamentos/observações no KPIH em todas as mudanças de leito, aparelhos danificados e quaisquer problemas que impactam nos indicadores, taxas de ocupação e custos.

Dessa forma, ressaltamos que as áreas técnicas da SES-GO revejam com as Unidade sobre a operacionalização e real funcionamento dos leitos contratados.

GOIANIA - GO, aos 27 dias do mês de junho de 2022.



Documento assinado eletronicamente por **THAIS DE OLIVEIRA CARNEIRO ALMEIDA, Coordenador (a)**, em 28/06/2022, às 15:49, conforme art. 2º, § 2º, III, "b", da Lei 17.039/2010 e art. 3ºB, I, do Decreto nº 8.808/2016.



Documento assinado eletronicamente por **WELLINGTON COELHO MOREIRA, Coordenador (a)**, em 28/06/2022, às 15:50, conforme art. 2º, § 2º, III, "b", da Lei 17.039/2010 e art. 3ºB, I, do Decreto nº 8.808/2016.



Documento assinado eletronicamente por **NEUDA MARIA PEREIRA, Analista**, em 28/06/2022, às 15:50, conforme art. 2º, § 2º, III, "b", da Lei 17.039/2010 e art. 3ºB, I, do Decreto nº 8.808/2016.



Documento assinado eletronicamente por **CLEONICE FELIX BARBOSA, Subcoordenador (a)**, em 28/06/2022, às 15:52, conforme art. 2º, § 2º, III, "b", da Lei 17.039/2010 e art. 3ºB, I, do Decreto nº 8.808/2016.



Documento assinado eletronicamente por **CRISTIANA DOS REIS SILVA CARVALHO, Coordenador (a)**, em 28/06/2022, às 15:55, conforme art. 2º, § 2º, III, "b", da Lei 17.039/2010 e art. 3ºB, I, do Decreto nº 8.808/2016.



Documento assinado eletronicamente por **REGIANE CORREIA DUTRA E SILVA, Coordenador (a)**, em 28/06/2022, às 15:57, conforme art. 2º, § 2º, III, "b", da Lei 17.039/2010 e art. 3ºB, I, do Decreto nº 8.808/2016.



Documento assinado eletronicamente por **VINICIUS LAZARO PEREGRINO DE OLIVEIRA, Gerente**, em 29/06/2022, às 10:40, conforme art. 2º, § 2º, III, "b", da Lei 17.039/2010 e art. 3ºB, I, do Decreto nº 8.808/2016.



Documento assinado eletronicamente por **LIVIA ROBERTA RODRIGUES CONCEICAO, Coordenador (a)**, em 04/07/2022, às 16:51, conforme art. 2º, § 2º, III, "b", da Lei 17.039/2010 e art. 3ºB, I, do Decreto nº 8.808/2016.



A autenticidade do documento pode ser conferida no site http://sei.go.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=1 informando o código verificador **000030109450** e o código CRC **6DFE9378**.

GERÊNCIA DE AVALIAÇÃO DE ORGANIZAÇÕES SOCIAIS
RUA SC 1 299, S/C - Bairro PARQUE SANTA CRUZ - GOIANIA - GO - CEP 74860-270 - (62)3201-7726.



Referência: Processo nº 202200010028533



SEI 000030109450