

# NAGEH CLIENTES - 2019





- A cada reunião trazer um Hospital para apresentação de case.

Temas propostos: Retorno de pesquisa.

Uso da metodologia NPS –  
Verificar a experiência do paciente ≠ medir a  
satisfação.





- Revisão das fichas de indicadores.
- Novos indicadores:

Indicador de reincidência/ efetividade das resoluções das reclamações. (demanda do grupo)





# Case Hospital Padre Albino





**Case Hospital Padre Albino,  
Utilização de metodologia baseada em NPS  
Maristela P. P. Neves**

Com o avanço da tecnologia, a experiência do cliente tem sido cada vez mais um diferencial competitivo. A compreensão dos feedbacks dos indivíduos e o aprimoramento do relacionamento dos mesmos com a empresa são estratégias para a potencialização do negócio que precisam ser gerenciadas continuamente com o comprometimento dos diferentes stakeholders, sendo as metodologias de apontamento de resultados importantes instrumentos de apoio.





# Revisão das Fichas Técnicas





## Ficha número 35

**Indicador:** Taxa de Preenchimento das Avaliações pelo Usuário

**Objetivo:** Acompanhar o retorno das avaliações pelos usuários

### 1. Cálculo:

**1.1 Fórmula:** 
$$\frac{\text{Número de avaliações preenchidas}}{\text{Total de saídas}} \times 100$$

**1.2 Unidade:** %

### 2. Definição:

Relação porcentual entre o número de avaliações preenchidas e o total de saídas no mês.

**2.1 Número de avaliações preenchidas:** É a somatória dos impressos que foram preenchidos pelos pacientes internados ou pelos respectivos acompanhantes.

**2.2 Total de saídas:** Ver a ficha número 02.



## **2. Definição:**

Relação entre o número de pacientes-dia e o total de saídas em determinado período.

Representa o tempo médio de permanência (dias) que os pacientes ficaram internados no hospital.

**2.1 Número de pacientes-dia:** Ver a ficha número 01.

**2.2 Total de saídas:** É número total de saídas dos pacientes da unidade de internação por alta (curado, melhorado ou inalterado), evasão, transferência externa ou óbito (antes ou após 24 horas).

O óbito fetal ou natimorto, com menos de 20 semanas, peso menor que 500 gramas (ou 1000 gramas) e sem nenhum sinal de vida (respiração, batimento cardíaco, pulsação do cordão umbilical etc.) não deverão ser contabilizados como saídas.





## **Operacionalização**

### **Setor responsável pelos dados:**

### **3. Metodologia de Apuração do Indicador**

#### **3.1 Coleta e origem dos dados:**

O setor responsável pela consolidação dos questionários, pelas planilhas e por sua digitação deverá preencher a planilha CQH 06-01

### **4. Periodicidade:**

**4.1 Compilação e apuração:** ( ) Diário, ( ) Mensal, ( ) Trimestral

**4.2 Apresentação para as partes interessadas:** ( ) Diário, ( ) Mensal, ( ) Trimestral

**4.3 Apresentação Institucional:** ( ) Mensal, ( ) Trimestral "CQH"

### **5. Partes interessadas:**

Diretoria Clínica, Diretoria Técnica, Gerência de Enfermagem, Gerência de Hotelaria, Gerência de Qualidade Hospitalar, Presidência, Superintendência de Administração e Finanças.



## Ficha número 36

**Indicador:** Taxa de Satisfação dos Clientes Internados

**Objetivo:** Acompanhar a satisfação dos clientes internados

### 1. Cálculo:

**1.1 Fórmula:** 
$$\frac{\text{Total de avaliações preenchidas com ótimo e bom}}{\text{Total de avaliações preenchidas corretamente}} \times 100$$

**1.2 Unidade:** %

### **2. Definição:**

Relação porcentual entre o total de avaliações preenchidas com ótimo e bom e o total de avaliações preenchidas com ótimo, bom, ruim e péssimo.

**2.1 Total de avaliações preenchidas com ótimo e bom:** É a somatória dos itens preenchidos com ótimo e bom nos requisitos: atendimento na recepção, atendimento na enfermagem, atendimento médico, alimentação fornecida, limpeza do quarto e roupa de cama

**2.2 Total de avaliações preenchidas corretamente (com ótimo, bom, ruim e péssimo):** É a somatória dos itens preenchidos com ótimo, bom, ruim e péssimo nos requisitos: atendimento na recepção, atendimento na enfermagem, atendimento médico, alimentação fornecida, limpeza do quarto e roupa de cama

Obs.: Não serão consideradas as avaliações em branco ou com múltiplas opções para o mesmo requisito.



## **Operacionalização**

### **Setor responsável pelos dados:**

### **3. Metodologia de Apuração do Indicador**

#### **3.1 Coleta e origem dos dados:**

O setor responsável pela consolidação dos questionários, pelas planilhas e por sua digitação deverá preencher a planilha CQH 06-01

### **4. Periodicidade:**

**4.1 Compilação e apuração:** ( ) Diário, ( ) Mensal, ( ) Trimestral

**4.2 Apresentação para as partes interessadas:** ( ) Diário, ( ) Mensal, ( ) Trimestral

**4.3 Apresentação Institucional:** ( ) Mensal, ( ) Trimestral "CQH"

### **5. Partes interessadas:**

Diretoria Clínica, Diretoria Técnica, Gerência de Enfermagem, Gerência de Hotelaria, Gerência de Qualidade Hospitalar, Presidência, Superintendência de Administração e Finanças.



## Ficha número 37

**Indicador:** Taxa de Insatisfação dos Clientes Internados

**Objetivo:** Acompanhar a insatisfação dos clientes internados

### 1. Cálculo:

**1.1 Fórmula:** 
$$\frac{\text{Total de avaliações preenchidas com ruim e péssimo}}{\text{Total de avaliações preenchidas corretamente}} \times 100$$

**1.2 Unidade:** %

### 2. Definição:

Relação porcentual entre o total de avaliações preenchidas com ruim e péssimo e o total de avaliações preenchidas com ótimo, bom, ruim e péssimo.

**2.1 Total de avaliações preenchidas com ruim e péssimo:** É a somatória dos itens preenchidos com ruim e péssimo nos requisitos: atendimento na recepção, atendimento na enfermagem, atendimento médico, alimentação fornecida, limpeza do quarto e roupa de cama

**2.2 Total de avaliações preenchidas corretamente:** Ver a ficha número 36.



## **Operacionalização**

### **Setor responsável pelos dados:**

### **3. Metodologia de Apuração do Indicador**

#### **3.1 Coleta e origem dos dados:**

O setor responsável pela consolidação dos questionários, pelas planilhas e por sua digitação deverá preencher a planilha CQH 06-01

### **4. Periodicidade:**

**4.1 Compilação e apuração:** ( ) Diário, ( ) Mensal, ( ) Trimestral

**4.2 Apresentação para as partes interessadas:** ( ) Diário, ( ) Mensal, ( ) Trimestral

**4.3 Apresentação Institucional:** ( ) Mensal, ( ) Trimestral "CQH"

### **5. Partes interessadas:**

Diretoria Clínica, Diretoria Técnica, Gerência de Enfermagem, Gerência de Hotelaria, Gerência de Qualidade Hospitalar, Presidência, Superintendência de Administração e Finanças.



# Próxima reunião





- Case do Hospital São Mateus – Hospitalidade.
- Revisão das fichas técnicas de indicadores
- Indicador de reincidência/ efetividade das resoluções das reclamações. (demanda do grupo)





Descrição	Responsável	janeiro	feverei	março	abril	maio	junho	julho	agosto	setemt	outubri	novem	dezem
Nageh Enfermagem	Rosimeire			27			5			4			4
Nageh Financeiro	Eduardo					21			13				
Nageh Pessoas	Cida	30		13			19			18			
Nageh Hotelaria 2014-5187	Adriana		6		25			25			22		
Nageh IRAS													
Nageh Clientes	Luciana		13			15			28			13	

**28/08**







# OBRIGADA !!!

[lpardis@hospitalsantacruz.com.br](mailto:lpardis@hospitalsantacruz.com.br)  
[Nageh.clientes@apm.org.br](mailto:Nageh.clientes@apm.org.br)

