

MATRIZ INDICADORES PLANO OPERATIVO - PRÓ SANTA CASA - SANTA CASA DE ITAPEVA

Resp. Aval.	PLANO OPERATIVO											
	Meta	Documento Comprobatório	Score - Alcance da Meta	Variável	JAN/2017	FEV/2017	MAR/2017	Resultado no Período	Análise	Justificativa	Recomendação	
CPA	QT 1	Atender 100% as consultas e exames de UE ortopédicas no mês de referência (estimativa de 420 mês)	1- Planilha de consultas e exames realizadas no ambulatório de ortopedia por município com respectivo custo (prestador). 2- Relatório do "NIR" com número de solicitações (casos atendidos e recusados) (prestador). 3- Relatório de produção SIA das respectivas competências (gestor).	≥ 90% = 05 < 90% ≥ 70% = 02 < 70% = 00	N=Nº Consultas e Exames D=Estimativa (420 Mês) Resultado Pontos	452 420 107,62% 5	404 420 96,19% 5	459 420 109,29% 5	1.315 1.260 104,37% 5	A Comissão solicitou ao Gestor os relatórios do SIA para comprovação. Os documentos comprobatórios serão reformulados e encaminhados para apresentação no próximo período.		
	QT 2	Realizar 100% das cirurgias ortopédicas de média complexidade de UE (no mínimo 12 meses)	1- Planilha do total de cirurgias de ortopedia de média complexidade por município com respectivo custo (prestador). 2- Relatório do "NIR" com número de solicitações (casos atendidos e recusados) (prestador). 3- Relatório de produção SIH das cirurgias de média complexidade das respectivas competências (gestor).	≥ 90% = 05 < 90% ≥ 70% = 02 < 70% = 00	N=Nº Cirurgias Ortopéd. D=Estimativa (12 Mês) Resultado Pontos	45 12 375,00% 5	41 12 341,67% 5	63 12 525,00% 5	149 36 413,89% 5	A Comissão solicitou ao Gestor os relatórios do SIHD para comprovação. Os documentos comprobatórios serão reformulados e encaminhados para apresentação no próximo período, se necessário.		
CCPMIS	QT 3 (B03)	Manter taxa de ocupação igual ou superior 70% na UTI Adulto. Produção anual: 2016 diárias	Quantidade de diárias de internações UTI Adulto ocorridas no período e o número de leitos disponibilizados ao SUS. Relação percentual entre o número de pacientes dia e o número de leitos dia em determinado período.	≥ 90% = 03 < 90% ≥ 80% = 02 < 80% ≥ 70% = 01 < 70% = 00	N=Pac.Dia UTI ADULTO D=Leitos-Dia SUS UTI ADU Resultado Pontos	246 248 99,19% 3	207 224 92,41% 3	241 248 97,18% 3	694 720 96,39% 3	Os Documentos Comprobatórios Apresentados estão em conformidade. O percentual de alcance do trimestre foi de 96,39%. Recomendamos manter o percentual acima de 90% até 100%.		
	QT 4	Manter taxa de ocupação igual ou superior 70% na UTI Neonatal. Produção anual: 2520 diárias	Quantidade de diárias de internações UTI Neonatal ocorridas no período e o número de leitos disponibilizados ao SUS. Relação percentual entre o número de pacientes dia e o número de leitos dia em determinado período.	≥ 90% = 03 < 90% ≥ 80% = 02 < 80% ≥ 70% = 01 < 70% = 00	N=Pac.Dia UTI NEONATAL D=Leitos-Dia SUS UTI NEO Resultado Pontos	316 310 101,94% 3	397 280 141,79% 3	329 310 106,13% 3	1.042 900 115,78% 3	Os Documentos Comprobatórios Apresentados estão em conformidade. O percentual de alcance do trimestre foi de 115,78% quando atinge 100% de ocupação da UTI Neonatal.		
	QT 5 (B05)	Manter o tempo médio de permanência igual ou inferior a 7 dias na especialidade cirúrgica	Relação entre o número de pacientes dia e o total de saídas no mesmo período.	< 7 dias = 02 ≥ 7 dias <= 10 dias = 01 > 10 dias = 00	N=Pac.Dia Espec. Cirúrgica D=Saídas Espec. Cirúrgica Resultado Pontos	602 170 3,54 2	494 170 2,91 2	532 189 2,81 2	1.628 529 3,08 2	Os Documentos Comprobatórios Anexados estão em conformidade. O alcance do trimestre foi de 3,08 dias. Recomendamos manter o tempo médio de permanência abaixo de 7 dias.		
	QL 1 (A01)	Manter em 100% a atualização com a apresentação do relatório das alterações do CNES, gerado pelo SCNES e relatório de alterações do CNES, gerado pela unidade.	Relatório com a data da última atualização do CNES e documento da instituição relatando as atualizações feitas no período, informando mensalmente as ocorrências por data da atualização	Não nos três meses = 00 Sim em 01 mês = 01 Sim em 02 meses = 02 Sim nos três meses = 03	Resultado Pontos	SIM 1	SIM 1	SIM 1	5 3	Quanto ao relatório com a data da última atualização no SCNES, na competência FEVEREIRO/2017, o recorte de tela capturado do portal CNESWEB e inserido no documento, não comprova a data da última atualização, no entanto, a Unidade relata corretamente a data da última atualização no referido documento, verificado pela comissão no portal CNESWEB que a atualização ocorreu na competência avaliado. Quanto ao documento descritivo informando as alterações realizadas, os documentos comprobatórios anexados estão em conformidade. Recomendamos maior atenção quanto à qualificação dos documentos comprobatórios.		
	QL 2 (A11)	Implantar ações da Política Estadual da Humanização (PEH), apresentando relatório/mês das ações da elaboração do Plano Institucional de Humanização (PIH).	Relatório das ações implantadas/implementadas.	Sim = 02 Em implantação = 01 Não = 00	Resultado Pontos	SIM 2	SIM 2	SIM 2	5 2	Significativo apoio do gestor; significativa participação da equipe da unidade no processo de formação em Humanização; apresentaram Plano Institucional de Humanização (PIH) que considera os dispositivos da Política Nacional de Humanização (PNH); Centro Integrado de Humanização (CIH) implantado; horário de visita ampliado e Ouvidoria atuante.		
ARTICULADOR HUMANIZAÇÃO	QL 3 (A09)	Manter índice de satisfação do usuário SUS na maternidade igual ou superior a 80% de bom e ótimo	Quantidade de usuários de avaliação bom e ótimo no período/ Quantidade total de usuários que participaram da pesquisa.	≥ 80% = 03 < 80% ≥ 70% = 02 < 70% ≥ 60% = 01 < 60% = 00	N=Usuários Bom/Ótimo D=Usuários Pesquisa Resultado Pontos	19 20 95,00% 3	19 20 95,00% 3	19 20 95,00% 3	57 60 95,00% 3	Realizada a pesquisa em 10% dos pacientes da maternidade e que a Comissão vai propor uma revisão na forma de apresentação das informações.		
	CD05	QL 4	Apresentar Investigação do nº de Óbitos materno e infantil pela maternidade com inserção dos profissionais envolvidos.	Documentação pertinente a investigação realizada e intervenções feitas	Sim = 02 Parcial = 01 Não = 00	Resultado Pontos	SIM 2	SIM 2	SIM 2	SIM 2	O Prestador apresentou a documentação do Comitê de Mortalidade Infantil do qual faz parte e vai analisar a possibilidade de revisão na apresentação.	
CTAR	QL 5 (A15)	Manter atuantes a realização de reuniões das Comissões obrigatórias (Ética Médica, Controle de Infecção Hospitalar, Óbito, Prontuários)	Ata de reunião de cada uma das Comissões exigidas.	Sim = 02 Parcial = 01 Não = 00	Resultado Pontos	SIM 2	SIM 2	SIM 2	SIM 2	Comissões atuantes.		
	QL 6	Manter protocolos de referência e contra-referência no ambulatório de ortopedia trauma de Urgência/Emergência	Protocolo implantado e relatório mensal do número de intercorrências de atendimentos no ambulatório de ortopedia.	Sim = 02 Em implantação = 01 Não = 00	Resultado Pontos	SIM 2	SIM 2	SIM 2	SIM 2	A Comissão propõe a inclusão do fluxo de acesso no protocolo.		
	QL 7 (B07)	Manter taxa de Mortalidade Institucional menor que 5%.	Relação percentual entre o número de óbitos após 24h de internação e o total de saídas no mês.	≤ 03% = 02 > 03 ≤ 05 = 01 > 05% = 00	N=Nº Óbitos após 24h D=Total Saídas Resultado Pontos	27 623 4,33% 1	37 738 5,01% 0	35 777 4,50% 1	99 2.138 4,63% 1	Taxa de Mortalidade Institucional foi de 4,6% no trimestre.		
	QL 8 (B08)	Apresentar relatório mensal com os Indicadores de infecção hospitalar padronizados pelo Grupo de Vigilância Epidemiológico (GVE)	Apresentar o relatório enviado ao GVE/CVE.	Sim = 02 Não = 00	Resultado Pontos	SIM 2	SIM 2	SIM 2	SIM 2	A Instituição anexou no Sistema CROSS no 1º trimestre/2017 o Relatório padronizado pelo GVE/CVE, com data. Observamos que no mês de fevereiro/2017 a folha 05 da planilha 03 está sem assinatura.		
RESUMO			META	PONTOS POSSÍVEIS	RESULTADO	% ALCANCE						
			META QUANTITATIVA	18	18	100,00%						
			META QUALITATIVA	18	17	94,44%						
			TOTAL.....	36	35	97,22%						