

Resp. Aval.	PLANO OPERATIVO										
	Item	Meta	Score - Alcance da Meta	Variável	OUT/2017	NOV/2017	DEZ/2017	Resultado no Período	Avaliado Como		
CPA	01	QT 1	Atender 100% as consultas e exames de UE ortopédicas no mês de referência (estimativa de 420 mês)	≥ 90% = 05	<b>N=Nº Consultas e Exames</b> <b>D=Estimativa (420 Mês)</b> <b>Resultado</b> <b>Pontos</b>	799	670	729	2.198	Pertinente	
				< 90% ≥ 70% = 02		420	420	420	1.260		
				< 70% = 00		190,24%	159,52%	173,57%	174,44%		
						5	5	5	5		5
		Análise:	Dúvidas: No relatório custo detalhado estão computados ambulatório e internação?? Se sim, orientação: Neste indicador deve ser computados custos apenas ambulatorial. Poucos municípios aparecem no relatório do NIR, discriminar recusas.								
		Justificativa:	A Unidade esclarece que o relatório apresentado com o valor da AIH trata-se de informação complementar e que a partir do próximo trimestre enviará apenas a informação ambulatorial. Quanto aos municípios que constam atendimento refere-se à demanda encaminhada no período.								
		Recomendação:	Percebe-se quantitativo alto de consultas e exames para poucas cirurgias realizadas. Sugerimos verificação pelo município da possibilidade de revisão do pactuação com o objetivo de proporcionar maior resolutividade ao paciente. Enviar listagem dos pacientes atendidos em consultas. A Comissão continua solicitando ao Gestor os relatórios do SIA para comprovação.								
	02	QT 2	Realizar 100% das cirurgias ortopedicas de média complexidade de U.E. (no mínimo 12 mês)	≥ 90% = 05	<b>N=Nº Cirurgias Ortopéd.</b> <b>D=Estimativa (12 Mês)</b> <b>Resultado</b> <b>Pontos</b>	12	12	12	36	Pertinente	
				< 90% ≥ 70% = 02		12	12	12	36		
				< 70% = 00		100,00%	100,00%	100,00%	100,00%		
				5		5	5	5	5		
	Análise:	Outubro: Das 12 cirurgias realizadas 9 tiveram alta em julho e agosto/2017. Novembro: Das 12 cirurgias realizadas 8 tiveram alta em agosto e setembro/2017. Dezembro: Das 12 cirurgias realizadas 8 tiveram alta em setembro/2017.									
	Justificativa:	A Instituição informa que existem realmente AIH de prateleira, porém sendo apresentadas dentro do prazo para faturamento que é de três meses depois da saída do paciente.									
	Recomendação:	A Comissão continua recomendando totalizar a quantidade de cirurgias por mês.									
03	QT 3 (B03)	Manter taxa de ocupação igual ou superior 70% na UTI Adulto. Produção anual: 2016 diárias	≥ 90% = 03	<b>N=Pac.Dia UTI ADULTO</b> <b>D=Leitos-Dia SUS UTI ADU</b> <b>Resultado</b> <b>Pontos</b>	241	232	238	711	Pertinente		
			< 90% ≥ 80% = 02		248	240	248	736			
			< 80% ≥ 70% = 01		97,18%	96,67%	95,97%	96,60%			
			< 70% = 00		3	3	3	3		3	
	Análise:	Os documentos comprobatórios anexados estão em conformidade. O percentual de alcance do trimestre foi de 96,60% (Score 3).									
	Justificativa:										
	Recomendação:	Manter o percentual acima de 90% até 100%.									
04	QT 4	Manter taxa de ocupação igual ou superior 70% na UTI Neonatal. Produção anual: 2520 diárias	≥ 90% = 03	<b>N=Pac.Dia UTI NEONATAL</b> <b>D=Leitos-Dia SUS UTI NEO</b> <b>Resultado</b> <b>Pontos</b>	351	347	285	983	Pertinente		
			< 90% ≥ 80% = 02		310	300	310	920			
			< 80% ≥ 70% = 01		113,23%	115,67%	91,94%	106,85%			
			< 70% = 00		3	3	3	3		3	
	Análise:	Os documentos comprobatórios anexados estão em conformidade. O percentual de alcance do trimestre foi de 106,85% (Score 3).									
	Justificativa:	A Unidade informa que para poder atender a região, por ser referência de gestação de alto risco, a quantidade de leitos é insuficiente, ocasionando a abertura de leito extra rotineiramente.									
	Recomendação:	Corrigir o modelo do documento comprobatório, campo CLÍNICA, alterar de UTI ADULTO para UTI NEONATAL. Manter a Taxa de Ocupação em UTI NEONATAL (SUS) acima de 90% até 100%.									

Resp. Aval.	PLANO OPERATIVO										
	Item	Meta	Score - Alcance da Meta	Variável	OUT/2017	NOV/2017	DEZ/2017	Resultado no Período	Avaliado Como		
CCPMIS	05	QT 5 (B05)	Manter o tempo médio de permanência igual ou inferior a 7 dias na especialidade cirúrgica	< 7 dias = 02	N=Pac.Dia Espec. Cirúrg.	502	596	607	1.705	Pertinente	
				≥7 dias <= 10 dias = 01	D=Saidas Espec. Cirúrgica	197	204	204	605		
				> 10 dias = 00	Resultado	2,55	2,92	2,98	2,82		
				Pontos	2	2	2	2	2		
	<b>Análise:</b>		Os documentos comprobatórios anexados estão em conformidade. O alcance do trimestre foi de 2,82 dias (Score 2).								
	<b>Justificativa:</b>										
	<b>Recomendação:</b>		Manter o tempo médio de permanência abaixo de 7 dias.								
	06	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.	Não nos três meses = 00	Resultado	Sim	Sim	Sim		Pertinente	
				Sim em 01 mês = 01							
				Sim em 02 meses = 02							
Sim nos três meses = 03				Pontos		1	1	1	3		3
<b>Análise:</b>		Quanto ao documento comprobatório relatório com a data da última atualização, está em conformidade em todas as competências do trimestre avaliado. Quanto ao documento descritivo informando as alterações realizadas no SCNES; na competência OUT/2017 foram informadas 20 alterações; na competência NOV/2017 foram informadas 12 alterações e na competência DEZ/2017 foram informadas 29 alterações, sendo que 1 alteração informada está inconsistente. A Comissão de Monitoramento Regional considerado que ocorreu apenas 1 inconsistência, acorda que o prestador pontua neste indicador (Score 3).									
<b>Justificativa:</b>		A Unidade informa que foi realizado o desligamento do profissional em NOV/2017, porém em DEZ/2017 o SCNES apresentou mensagem de erro no CPF do profissional necessitando realizar novo desligamento.									
<b>Recomendação:</b>		Atentar para a qualificação das alterações relatadas.									
ARTICULADOR HUMANIZAÇÃO	07	QL 2 (A11)	Implantar ações da Política Estadual da Humanização (PEH), apresentando relatório/mês das ações da elaboração do Plano Institucional de Humanização (PIH).	Sim = 02	Resultado	Sim	Sim	Sim	Sim	Pertinente	
				Em implantação = 01							
				Não = 00							
				Pontos		2	2	2	2		2
	<b>Análise:</b>		A unidade tem implementado as ações conforme Plano Institucional de Humanização (PIH).								
	<b>Justificativa:</b>										
	<b>Recomendação:</b>		Os relatórios mensais tem sido apresentados, são atas das reuniões realizadas pelo Centro Integrado de Humanização (CIH) e o Grupo de Trabalho de Humanização (GTH) que demonstram a implementação da Política Estadual de Humanização (PEH) de acordo com o Plano Institucional de Humanização (PIH) já enviado. Orientamos que os documentos sejam elaborados em papel timbrado, datados e assinados pelo responsável do CIH com lista de presença anexa constando: nome, cargo/função, e-mail e assinatura, enviados através do e-mail: nth.ras8@gmail.com.								
	08	QL 3 (A09)	Manter índice de satisfação do usuário SUS na maternidade igual ou superior a 80% de bom e ótimo	≥ 80% = 03	N=Usuários Bom/Ótimo	90	100	92	282	Pertinente	
				< 80% ≥ 70% = 02		D=Usuários Pesquisa	99	108	102		309
				< 70% ≥ 60% = 01		Resultado	90,91%	92,59%	90,20%		91,26%
< 60% = 00				Pontos		3	3	3	3		3
<b>Análise:</b>		Verificado que todos os itens avaliados nos três meses apresentaram índice ≥ 80%.									
<b>Justificativa:</b>		São 10 itens de avaliação que o cliente faz, sendo assim, somando o percentual de ótimo e bom (última coluna do anexo) e como média obtém-se o resultado percentual. A partir do resultado percentual aplica-se regra de três para obtenção do número absoluto. Foi possível aumentar o nº de pesquisa conforme orientação em avaliação anterior.									
<b>Recomendação:</b>		Alinhamento referente a metodologia e apresentação dos dados.									

Resp. Aval.	PLANO OPERATIVO												
	Item	Meta	Score - Alcance da Meta	Variável	OUT/2017	NOV/2017	DEZ/2017	Resultado no Período	Avaliado Como				
CDQS	09	QL 4	Apresentar Investigação do nº de Óbitos materno e infantil pela maternidade com inserção dos profissionais envolvidos.	Sim = 02	Resultado	Sim	Sim	Sim	Sim	Pertinente			
				Parcial = 01		Pontos	2	2	2		2		
				Não = 00		Análise: Foram encaminhados os documentos comprobatórios pertinentes a esta avaliação.							
				Justificativa:									
Recomendação:		solicito que nas próximas avaliações conste as intervenções realizadas, com base nos problemas levantados tanto pela comissão de revisão de prontuários obstétricos, como pela comissão de revisão de óbito, esclareço que se não constar em Ata os encaminhamentos (Ação a serem implementadas) não será possível pontuar como 02, será pontuado como atendendo parcialmente ao indicador.											
CTAR	10	QL 5 (A15)	Manter atuantes a realização de reuniões das Comissões obrigatórias (Ética Médica, Controle de Infecção Hospitalar, Óbito, Prontuários)	Sim = 02	1- Ética Médica	Sim	Sim	Sim	Sim	Pertinente			
				Parcial = 01		2- Controle Infec. Hospit.	Sim	Sim	Sim		Sim		
				Não = 00		3- Óbito	Sim	Sim	Sim		Sim		
				4- Prontuários		Sim	Sim	Sim	Sim				
	Análise:		Comissões atuantes										
	Justificativa:												
	Recomendação:		Manter Comissões atuantes										
	11	QL 6	Manter protocolos de referência e contra-referência no ambulatório de ortopedia trauma de Urgência/Emergência	Sim = 02	Resultado	Não	Sim	Sim	Sim	Pertinente			
				Em implantação = 01		Pontos	0	2	2		2		
				Não = 00		Análise: A Comissão avaliou o documento apresentado, no momento da avaliação, e considerou que o mesmo está adequado.							
				Justificativa:		A instituição atendeu a solicitação para a atualização anual.							
	Recomendação:		<u>Protocolo de abril de 2015 (?)</u> . Sugestão: atualizar protocolos segundo periodicidade pré-estabelecida (6 meses? 1 ano?). Sugestão de alterar indicador para "Manter <b>ATUALIZADOS</b> os protocolos de referência e contra-referência no ambulatório de ortopedia trauma de Urgência/Emergência"										
	12	QL 7 (B07)	Manter taxa de Mortalidade Institucional menor que 5%.	≤ 03% = 02	N=Nº Óbitos após 24h	49	52	32	133	Pertinente			
> 03 ≤ 05 = 01				D=Total Saídas		730	695	804	2.229				
> 05% = 00				Resultado		6,71%	7,48%	3,98%	5,97%				
Análise:				Taxas de mortalidade institucional elevadas									
Justificativa:		Complexidade do nosocômio e perfil epidemiológico da população atendida.											
Recomendação:		Análise aprofundada dos óbitos evitáveis, em torno de 40% do total. Elaborar plano de ação diante das constatações, como já sugerido na avaliação do 3o. Trimestre											
13	QL 8 (B08)	Apresentar relatório mensal com os Indicadores de infecção hospitalar padronizados pelo Grupo de Vigilância Epidemiológico (GVE)	Sim = 02	Resultado	Sim	Sim	Sim	Sim	Pertinente				
			Não = 00		Pontos	2	2	2		2			
			Análise:		Apresentou os relatórios mensais, no momento da avaliação.								
			Justificativa:										
Recomendação:		Parâmetros analisados deverão seguir os seguintes valores: DI PN x VM (18%) DI IPCS (<30% 3 ANOS) DI IU x SV (<7,4%)											

**MATRIZ DE INDICADORES PLANO OPERATIVO - PRÓ SANTA CASA 2 - SANTA CASA DE ITAPEVA (4º TRIM/2017)**

Resp. Aval.		PLANO OPERATIVO							
Item	Meta	Score - Alcance da Meta	Variável	OUT/2017	NOV/2017	DEZ/2017	Resultado no Período	Avaliado Como	
<b>RESUMO</b>	<b>META</b>	<b>PONTOS POSSÍVEIS</b>	<b>RESULTADO APRESENTADO</b>	<b>RESULTADO AVALIAÇÃO</b>	<b>% ALCANCE AVALIAÇÃO</b>				
	META QUANTITATIVA	18,00	18,00	18,00	100,00%				
	META QUALITATIVA	18,00	16,00	16,00	88,89%				
	<b>TOTAL.....</b>	<b>36,00</b>	<b>34,00</b>	<b>34,00</b>	<b>94,44%</b>				
<b>OBSERVAÇÕES GERAIS</b>	Avaliação do Programa PRÓ-SANTA-CASA-2 da SANTA CASA DE ITAPEVA, competências OUT/2017, NOV/2017 e DEZ/2017, realizada no dia 09/02/2018 às 09:30hs no Auditório do DRS XVI SOROCABA.								