



SANTA CASA ITAPEVA

| Mapa de Indicadores/A - Indicadores de Qualificação da Gestão | Avaliado Como | Pontos Possíveis | Resultado | Observação |
|--|----------------|------------------|-----------|--|
| 1 A01. CNES Atualizado | PERTINENTE | 3,00 | 3,00 | 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 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. A Comissão de Monitoramento Regional considerado que ocorreu apenas 1 inconsistência, acorda que o prestador pontua neste indicador (Score 3). Recomendamos a Unidade atentar para a qualificação das alterações relatadas. |
| 2 A02.1. CID secundário informado - Pediatria | PERTINENTE | 1,00 | 1,00 | Os documentos comprobatórios anexados estão em conformidade. O percentual de alcance do trimestre foi de 58,12% (Score 1). Recomendamos manter o percentual acima de 25%, buscando elevar o maior percentual apresentado no trimestre avaliado. |
| 3 A02.2. CID secundário informado - Obstetrícia | PERTINENTE | 1,00 | 1,00 | Os documentos comprobatórios anexados estão em conformidade. O percentual de alcance do trimestre foi de 96,61% (Score 1). Recomendamos manter o percentual acima de 25%, buscando elevar o maior percentual apresentado no trimestre avaliado. |
| 4 A02.3. CID secundário informado - Clínica Médica | PERTINENTE | 1,00 | 1,00 | Os documentos comprobatórios anexados estão em conformidade. O percentual de alcance do trimestre foi de 46,97% (Score 1). Recomendamos manter o percentual acima de 25%, buscando elevar o maior percentual apresentado no trimestre avaliado. |
| 5 A02.4. CID secundário informado - Clínica Cirúrgica | PERTINENTE | 1,00 | 1,00 | Os documentos comprobatórios anexados estão em conformidade. O percentual de alcance do trimestre foi de 72,47% (Score 1). Recomendamos manter o percentual acima de 25%, buscando elevar o maior percentual apresentado no trimestre avaliado. |
| 6 A03. Atualização diária, no Portal CROSS, Módulo Pré-Hospitalar, das informações dos recursos disponíveis para atendimentos às urgências | PERTINENTE | 5,00 | 5,00 | Atualização diária, no Portal CROSS, Módulo Pré-Hospitalar, das informações dos recursos disponíveis para atendimentos às urgências acima de 90% no trimestre. |
| 7 A04. Atendimento de Urgência e Emergência referenciado, mediado pela Central de Regulação, nas 24hs, nos 07 dias da semana | PERTINENTE | 5,00 | 5,00 | Atendimento de urgência e emergência referenciado, mediado pela Central de Regulação, nas 24hs, nos 07 dias da semana acima de 90% no trimestre. |
| 8 A05. Atualização diária, no Portal CROSS, Módulo de Leitos ou Leitos com AIH, da ocupação dos leitos hospitalares | PERTINENTE | 5,00 | 5,00 | Atualização diária, no Portal CROSS, da ocupação dos leitos hospitalares acima de 90% no trimestre. |
| 9 A06. Atualização diária, no Portal CROSS, Módulo Ambulatorial, da recepção dos pacientes agendados | PERTINENTE | 5,00 | 5,00 | Atualização diária, no Portal CROSS, Módulo Ambulatorial, da recepção dos pacientes agendados acima de 90% no trimestre. |
| 10 A07. Disponibilização mensal da agenda, no Portal CROSS, Módulo Ambulatorial | NÃO PERTINENTE | 5,00 | 0,00 | Disponibilização mensal da agenda no módulo de regulação ambulatorial, no Portal CROSS, Módulo Ambulatorial abaixo de 70% no trimestre. A Comissão propôs a ampliação dos procedimentos ofertados pelo sistema CROSS, Módulo Ambulatorial, contemplando as consultas de neurocirurgia. |
| 11 A08. Protocolo de Acolhimento e de Classificação de Risco | PERTINENTE | 2,00 | 2,00 | Protocolo implantado com apresentação mensal dos pacientes atendidos segundo classificação de risco. |
| 12 A09. Alta Hospitalar Responsável | PERTINENTE | 2,00 | 2,00 | Participação frequente nas discussões sobre alta responsável; apresentaram fluxos e instrumentos de registros de alta e encaminhamento hospitalar; apresentaram número de atendimentos do trimestre referente às altas em HA / Diabetes e Puerpério; encaminhamentos enviados para a SMS sendo que as puérperas saem com a consulta agendada na alta hospitalar; equipe atuando para a alta responsável. |
| 13 A10. Custos por Absorção | PERTINENTE | 2,00 | 2,00 | A Instituição Santa Casa de Misericórdia de Itapeva anexou no Sistema CROSS no 4º trimestre/2017 o Relatório de Custos Hospitalares por Absorção, priorizando o solicitado na descrição do indicador, assim como os de maior frequência no hospital, conforme modelo padrão elaborado. |



SANTA CASA ITAPEVA

| Mapa de Indicadores/A - Indicadores de Qualificação da Gestão | Avaliado Como | Pontos Possíveis | Resultado | Observação |
|---|---------------|------------------|-----------|---|
| 14 A11. Política Estadual de Humanização (PEH) | PERTINENTE | 2,00 | 2,00 | 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. |
| 15 A12. Apresentação das contas hospitalares no mês imediato ao do encerramento da AIH (alta hospitalar) | PERTINENTE | 3,00 | 0,00 | Os documentos comprobatórios anexados estão em conformidade. O percentual de alcance do trimestre foi de 22,43% (Score 0). Recomendamos continuar buscando alternativas para melhorar a rotina de liberação de AIHs que permita o alcance da meta proposta. A Unidade e o Gestor informam que o referenciamento da urgência/emergência possibilitou a reorganização da apresentação da produção reduzindo as contas em prateleira, mas refere dificuldade em relação ao déficit do teto MAC que não foi atualizado pelo MS. |
| 16 A13. Apresentação das contas ambulatoriais no mês imediato a realização do procedimento (APAC) | PERTINENTE | 3,00 | 3,00 | Os documentos comprobatórios anexados estão em conformidade. O percentual de alcance do trimestre foi de 100,00% (Score 3). Recomendamos manter o percentual o percentual apresentado no trimestre avaliado. |
| 17 A14. Caracterização correta da internação: Urgência (caráter 2 à 6) / Eletiva (caráter 1) por amostragem | PERTINENTE | 2,00 | 2,00 | Caracterização correta da internação: urgência (caráter 2 à 6) eletivas (caráter 1) - por amostragem igual a 100% no trimestre. |
| 18 A15.1. Comissões - Ética Médica | PERTINENTE | 0,50 | 0,50 | Comissão atuante. |
| 19 A15.2. Comissões - Controle de infecção hospitalar | PERTINENTE | 0,50 | 0,50 | Comissão atuante. |
| 20 A15.3. Comissões - Óbito | PERTINENTE | 0,50 | 0,50 | Comissão atuante. |
| 21 A15.4. Comissões - Prontuários | PERTINENTE | 0,50 | 0,50 | Comissão atuante. |
| 22 A16. Comissão Intra-hospitalar de doação de órgãos e tecidos para transplantes | PERTINENTE | 2,00 | 2,00 | |
| 23 A17. Plano de atendimento a desastres e incidentes com múltiplas vítimas | PERTINENTE | 2,00 | 2,00 | A Instituição Santa Casa de Misericórdia de Itapeva anexou no Sistema CROSS no 4º trimestre/2017 o Plano de Atendimento a Desastres e Incidentes com Múltiplas Vítimas, atualizado na 2ª revisão em 11.09.2017. |
| 24 A18.1. Licença de Alvará - VISA | PERTINENTE | 1,00 | 1,00 | A Instituição apresentou no trimestre avaliado a Licença da VISA válida até 22/09/2018. |
| 25 A18.2. Licença de Auto de Vistoria do Corpo de Bombeiros - AVCB | PERTINENTE | 1,00 | 1,00 | A Instituição anexou no Sistema CROSS no 4º Trimestre/2017 avaliado o AVCB nº 318646 de 22.09.2017. |
| 26 A19. Taxa de suspensão de cirurgia por motivos administrativos (exceto cirurgias ambulatoriais) | PERTINENTE | 2,00 | 2,00 | No período avaliado ocorreram 03 cirurgias suspensas por motivos administrativos Tx 1,20. |
| 27 A20. Taxa de recusa de solicitações de Urgência mediadas pela Central de Regulação | PERTINENTE | 5,00 | 0,00 | Taxa de recusa de solicitações da Central de Regulação de Urgência da CROSS acima de 30% no trimestre. |
| 28 A21. Percentual de Vaga Zero determinada pela Central de Regulação | PERTINENTE | 5,00 | 5,00 | Percentual de Vaga Zero abaixo de 10% no trimestre. |



SANTA CASA ITAPEVA

| Mapa de Indicadores/A - Indicadores de Qualificação da Gestão | | Avaliado Como | Pontos Possíveis | Resultado | Observação |
|---|--|---------------|------------------|-----------|--|
| 29 | A22. Educação permanente - capacitações e treinamentos | PERTINENTE | 2,00 | 2,00 | A Instituição apresentou documentos comprobatórios neste trimestre de avaliação, devendo pontuar neste indicador; Solicito que na próxima avaliação na indicação para capacitação /origem, que encaminhe também a base de informação sobre a necessidade de realizar a respectiva Capacitação/Reciclagem nos profissionais, e o impacto destas no processo de trabalho da equipe que recebeu a ação. Ex.: Falha na técnica de execução, reclamação na ouvidoria, aumento do índice de infecção, aprimoramento, o porquê foi necessário realizar a reciclagem dos profissionais, para que possamos acompanhar e apoiar a instituição. |
| 30 | A23.1. Balanço Patrimonial - Liquidez Corrente (LC) | PERTINENTE | 2,00 | 0,00 | A Instituição Santa Casa de Misericórdia de Itapeva anexou no Sistema CROSS no trimestre avaliado o Balanço Patrimonial/2016 e a Declaração da Análise Econômica e Financeira, devidamente assinado pelo contador e demais representantes. A Instituição não pontua, por conta do resultado apresentado. |
| 31 | A23.2. Balanço Patrimonial - Liquidez Geral (LG) | PERTINENTE | 2,00 | 0,00 | A Instituição Santa Casa de Misericórdia de Itapeva anexou no Sistema CROSS no trimestre avaliado o Balanço Patrimonial/2016 e a Declaração da Análise Econômica e Financeira, devidamente assinado pelo contador e demais representantes. A Instituição não pontua, por conta do resultado apresentado. |
| 32 | A23.3. Balanço Patrimonial - Solvência Geral (SG) | PERTINENTE | 2,00 | 2,00 | A Instituição Santa Casa de Misericórdia de Itapeva anexou no Sistema CROSS no trimestre avaliado o Balanço Patrimonial/2016 e a Declaração da Análise Econômica e Financeira, devidamente assinado pelo contador e demais representantes. A Instituição pontua, por conta do resultado apresentado. |
| 33 | A24. Relação de enfermeiros leitos | PERTINENTE | 2,00 | 2,00 | Relação de enfermeiros leito dentro do esperado nos meses de NOV/2017 e DEZ/2017, no entanto, no mês OUT/2017 o nº de leitos difere do SCNES. A Instituição informa que devido ao credenciamento da habilitação de gestação de alto risco foi solicitado pelo MS a inclusão de leitos UCINCO e UCINCA, mesmo não estando em funcionamento. |

SANTA CASA ITAPEVA

| Mapa de Indicadores/B - Indicadores de Produção | | Avaliado Como | Pontos Possíveis | Resultado | Observação |
|---|--|---------------|------------------|-----------|--|
| 34 | B01. Taxa de alcance da produção conveniada/contratada | PERTINENTE | 3,00 | 3,00 | A Instituição cumpriu respectivamente 94,11; 100% e 100% das metas pactuadas. Taxa 98,03%. |
| 35 | B02. Taxa de ocupação (leitos SUS, clínica cirúrgica e clínica médica) | PERTINENTE | 3,00 | 3,00 | Os documentos comprobatórios anexados estão em conformidade. O percentual de alcance do trimestre foi de 94,62% (Score 3). Recomendamos manter o percentual acima de 85% até 100%. |
| 36 | B03. Taxa de ocupação de leitos de terapia intensiva - Adulto | PERTINENTE | 3,00 | 3,00 | Os documentos comprobatórios anexados estão em conformidade. O percentual de alcance do trimestre foi de 96,60% (Score 3). Recomendamos manter o percentual acima de 90% até 100%. |
| 37 | B04. Tempo médio de permanência - especialidade clínica | PERTINENTE | 2,00 | 2,00 | Os documentos comprobatórios anexados estão em conformidade. O alcance do trimestre foi de 5,50 dias (Score 2). Recomendamos manter o tempo médio de permanência abaixo de 7 dias. |



SANTA CASA ITAPEVA

| Mapa de Indicadores/B - Indicadores de Produção | | Avaliado Como | Pontos Possíveis | Resultado | Observação |
|---|---|----------------|------------------|---------------|---|
| 38 | B05. Tempo médio de permanência - especialidade clínica cirúrgica | PERTINENTE | 2,00 | 2,00 | Quanto ao documento comprobatório da competência NOV/2017; há uma inconsistência no denominador do indicador (Nº de pacientes com Saída); no Portal CROSS foi digitado 214 e no documento comprobatório consta 204. A Unidade informa que foi um erro de digitação ao inserir o dado no Portal CROSS. A Comissão de Monitoramento Regional considerando que o equívoco não altera o Score final, acorda que a Unidade pontua neste indicador. O alcance do trimestre corrigido foi de 2,82 dias (Score 2). Recomendamos maior atenção ao inserir os dados no Portal CROSS e manter o tempo médio de permanência abaixo de 7 dias. |
| 39 | B06. Tempo médio de permanência - UTI Adulto | PERTINENTE | 2,00 | 2,00 | Os documentos comprobatórios anexados estão em conformidade. O alcance do trimestre foi de 5,47 dias (Score 2). Recomendamos manter o tempo médio de permanência abaixo de 7 dias. |
| 40 | B07. Taxa de mortalidade institucional | NÃO PERTINENTE | 2,00 | 0,00 | Taxa de Mortalidade Institucional > 5% no trimestre. |
| 41 | B08. Indicadores de infecção hospitalar | PERTINENTE | 2,00 | 2,00 | A Instituição anexou no Sistema CROSS no 4º trimestre/2017 o Relatório padronizado pelo GVE/CVE, devidamente datado e assinado. |
| 42 | B09. Incidência de queda de paciente | PERTINENTE | 2,00 | 2,00 | No período avaliado ocorreram quedas de pacientes, porém, dentro do índice esperado. O relatório aponta que foram reforçadas as ações de prevenção conforme protocolo de quedas, preconizados pelo Ministério da Saúde. |
| 43 | B10. Índice de rotatividade | PERTINENTE | 2,00 | 2,00 | Os documentos comprobatórios anexados estão em conformidade. O alcance do trimestre foi de 7,82 saídas/leito (Score 2). Recomendamos manter o índice de rotatividade igual ou superior à 4 saídas/leito. |
| 44 | B11. Índice de uso de sala cirúrgica | PERTINENTE | 2,00 | 2,00 | Os documentos comprobatórios anexados estão em conformidade. O alcance do trimestre foi de 3,38 cirurgias/sala/dia (Score 2). Recomendamos buscar manter o Índice de Uso de Sala Cirúrgica igual ou superior à 3 cirurgias/sala/dia. |
| TOTAL | | | 103,00 | 84,00 | |
| | | | | 81,55% | |

Observações da Comissão

Segue em anexo a Lista de Presença da Comissão Regional Sustentáveis - SOROCABA, referente à reunião realizada no dia 09/02/2018 às 14h:30min no Auditório deste DRS XVI para avaliação dos indicadores do Ano 2017 4º trimestre (OUTUBRO/2017, NOVEMBRO/2017 e DEZEMBRO/2017) da SANTA CASA DE ITAPEVA.