



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 JAN/2018 foram informadas 19 alterações; na competência FEV/2018 foram informadas 20 alterações sendo 3 inconsistentes e na competência MAR/2018 foram informadas 21 alterações e foi constatada 1 alteração não relatada. A Unidade informa que as 3 inconsistências da competência FEV/2018 se devem ao não apagamento de informações da competência anterior da planilha modelo utilizada. A Comissão de Monitoramento Regional considerando a justificativa da Unidade e a evidência da causa da inconsistência, acorda que o prestador pontua neste indicador (Score 3). Recomendamos a Unidade relatar todas as alterações realizadas e 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 63,80% (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 97,80% (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 64,83% (Score 1). A Unidade informa que com a informatização aumentou o percentual de preenchimento de CID secundário. 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 79,09% (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	PERTINENTE	5,00	5,00	Disponibilização mensal da agenda no módulo de regulação ambulatorial, no Portal CROSS, Módulo Ambulatorial acima de 90% no trimestre.
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.



SANTA CASA ITAPEVA

Mapa de Indicadores/A - Indicadores de Qualificação da Gestão	Avaliado Como	Pontos Possíveis	Resultado	Observação
13 A10. Custos por Absorção	PERTINENTE	2,00	2,00	A Instituição Santa Casa de Misericórdia de Itapeva anexou no Sistema CROSS no 1º trimestre/2018 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.
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)	NÃO PERTINENTE	3,00	0,00	Na competência FEV/2018, o nº total de AIH apresentadas não está em conformidade; no documento comprobatório anexado consta 879 e no Portal CROSS foi digitado 157. O Gestor informa que ocorreu um erro de digitação ao inserir o dado no Portal CROSS. O percentual de alcance do trimestre foi de 21,33% (Score 0). Recomendamos mais atenção, conferir os dados inseridos no Portal CROSS e continuar buscando alternativas para melhorar a rotina de liberação de AIHs que permita o alcance da meta proposta.
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 1º trimestre/2018 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 1º Trimestre/2018 o AVCB nº 318646 válido até 18.09.2020.
26 A19. Taxa de suspensão de cirurgia por motivos administrativos (exceto cirurgias ambulatoriais)	PERTINENTE	2,00	2,00	No período avaliado ocorreram 02 cirurgias suspensas por motivos administrativos Tx 2,46.
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.
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.



SANTA CASA ITAPEVA

Mapa de Indicadores/A - Indicadores de Qualificação da Gestão		Avaliado Como	Pontos Possíveis	Resultado	Observação
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 nos meses de janeiro e fevereiro/2018 o Balanço Patrimonial/2016 e a Declaração da Análise Econômica e Financeira, sendo que no mês de março/2018 anexou o Balanço Patrimonial/2017 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 nos meses de janeiro e fevereiro/2018 o Balanço Patrimonial/2016 e a Declaração da Análise Econômica e Financeira, sendo que no mês de março/2018 anexou o Balanço Patrimonial/2017 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 nos meses de janeiro e fevereiro/2018 o Balanço Patrimonial/2016 e a Declaração da Análise Econômica e Financeira, sendo que no mês de março/2018 anexou o Balanço Patrimonial/2017 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.

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 100% das metas pactuadas no trimestre. Recomendamos a inserção do Plano Operativo da Instituição na próxima competência. Lembramos que esta Comissão em oportunidade anterior já solicitou e o município não cumpriu até o presente momento.
35	B02. Taxa de ocupação (leitos SUS, clínica cirúrgica e clínica médica)	NÃO PERTINENTE	3,00	3,00	Os documentos comprobatórios anexados estão em conformidade. O percentual de alcance do trimestre foi de 85,26% (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 98,33% (Score 3). Recomendamos manter o percentual acima de 90% até 100%.
37	B04. Tempo médio de permanência - especialidade clínica	PERTINENTE	2,00	2,00	Na competência FEV/2018, o nº de pacientes com saída não está em conformidade; no documento comprobatório anexado consta 166 e no Portal CROSS foi digitado 1066. O Prestador informa que ocorreu um erro de digitação ao inserir o dado no Portal CROSS. A Comissão de Monitoramento Regional considerando a justificativa do prestador e a evidência do erro, acorda que a Unidade pontua normalmente pelo alcance do indicador. O alcance do trimestre foi de 5,82 dias (Score 2). Recomendamos mais atenção, conferir os dados inseridos no Portal CROSS e manter o tempo médio de permanência abaixo de 7 dias.
38	B05. Tempo médio de permanência - especialidade clínica cirúrgica	PERTINENTE	2,00	2,00	Os documentos comprobatórios anexados estão em conformidade. O alcance do trimestre foi de 3,08 dias (Score 2). Recomendamos 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 6,00 dias (Score 2). Recomendamos manter o tempo médio de permanência abaixo de 7 dias.
40	B07. Taxa de mortalidade institucional	PERTINENTE	2,00	0,00	Taxa de Mortalidade Institucional > 5% no trimestre.



SANTA CASA ITAPEVA					
Mapa de Indicadores/B - Indicadores de Produção		Avaliado Como	Pontos Possíveis	Resultado	Observação
41	B08. Indicadores de infecção hospitalar	PERTINENTE	2,00	2,00	A Instituição anexou no Sistema CROSS no 1º trimestre/2018 o Relatório padronizado pelo GVE/CVE, devidamente datado e assinado. Parâmetros analisados deverão seguir os seguintes valores: DI PN x VM (18%) DI IPCS (<30% 3 ANOS) DI IU x SV (<7,4%).
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 6,71 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 3,25 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	89,00	
				86,41%	

Observações da Comissão

Segue em anexo a Lista de Presença da Comissão Regional Sustentáveis - SOROCABA, referente à reunião realizada no dia 11/05/2018 às 13h:30min no Auditório deste DRS XVI para avaliação dos indicadores do Ano 2018, 1º trimestre (JANEIRO/2018, FEVEREIRO/2018 e MARÇO/2018) da SANTA CASA DE ITAPEVA.