



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; na competência ABRIL/2018 a data de assinatura é incompatível com a data da última atualização na base nacional. O Gestor informa que quanto ao problema verificado no documento comprobatório relatório com a data da última atualização, competência ABRIL/2018, trata-se de um erro de digitação. Quanto ao documento descritivo informando as alterações realizadas no SCNES; na competência ABRIL/2018 foram informadas 19 alterações e foram constatadas 2 alterações não relatadas; na competência MAIO/2018 foram informadas 12 alterações e foram constatadas 3 alterações não relatadas e na competência JUNHO/2018 foram informadas 58 alterações. A Comissão de Monitoramento Regional considerando que as alterações não relatadas na competência MAIO/2018 foram realizadas pelo nível federal e o pequeno volume de problemas verificados, acorda que o prestador pontua neste indicador (Score 3). Recomendamos a Unidade relatar todas as alterações realizadas e atentar para a qualificação do documento comprobatório.
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 71,89% (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 98,61% (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 60,92% (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 70,49% (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	NÃO 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	5,00	Disponibilização mensal da agenda no módulo de regulação ambulatorial, no Portal CROSS, Módulo Ambulatorial acima de 90% no trimestre. No mês de Maio a Comissão atribuiu nota 5, considerando que a alteração realizada na agenda foi decorrente da implantação da UNACON.
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 do município de Itapeva 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 2º trimestre/2018 o Relatório de Custos Hospitalares por Absorção, priorizando o solicitado na descrição do indicador, assim como os de maior frequência no hospital.
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 21,47% (Score 0). Recomendamos 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%.
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 2º 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 2º 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 1,23
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.
30 A23.1. Balanço Patrimonial - Liquidez Corrente (LC)	PERTINENTE	2,00	0,00	A Instituição Santa Casa de Misericórdia de Itapeva anexou no 2º Trimestre/2018 o Balanço Patrimonial/2017 e a Declaração da Análise Econômica e Financeira, não pontuando por conta do resultado apresentado de 0,78.



SANTA CASA ITAPEVA

Mapa de Indicadores/A - Indicadores de Qualificação da Gestão	Avaliado Como	Pontos Possíveis	Resultado	Observação
31 A23.2. Balanço Patrimonial - Liquidez Geral (LG)	PERTINENTE	2,00	0,00	A Instituição Santa Casa de Misericórdia de Itapeva anexou no 2º Trimestre/2018 o Balanço Patrimonial/2017 e a Declaração da Análise Econômica e Financeira, não pontuando por conta do resultado apresentado de 0,31.
32 A23.3. Balanço Patrimonial - Solvência Geral (SG)	PERTINENTE	2,00	2,00	A Instituição Santa Casa de Misericórdia de Itapeva anexou no 2º Trimestre/2018 o Balanço Patrimonial/2017 e a Declaração da Análise Econômica e Financeira, pontuando por conta do resultado apresentado de 1,26.
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 as metas pactuadas no trimestre.
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 90,20% (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 98,21% (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 5,73 dias (Score 2). Recomendamos 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 3,00 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 5,38 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 acima de 5% no trimestre.
41 B08. Indicadores de infecção hospitalar	PERTINENTE	2,00	2,00	A Instituição anexou no Sistema CROSS no 2º trimestre/2018 o Relatório padronizado pelo GVE/CVE.
42 B09. Incidência de queda de paciente	PERTINENTE	2,00	2,00	No período avaliado ocorreram 05 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. Incidência = 0,54



SANTA CASA ITAPEVA

Mapa de Indicadores/B - Indicadores de Produção		Avaliado Como	Pontos Possíveis	Resultado	Observação
43	B10. Índice de rotatividade	PERTINENTE	2,00	2,00	O documento comprobatório anexado na competência MAIO/2018 está inconsistente; o nº de saídas SUS no indicador B07 (688) não bate com o indicador B10 (732). A Unidade informa que no documento anexado na competência MAIO/2018 repetiu equivocadamente o nº de saídas da competência anterior e apresenta no momento da avaliação, o documento comprobatório devidamente corrigido. A Comissão de Monitoramento Regional a apresentação do documento corrigido da competência MAIO/2018, acorda que a Unidade pontua 2 pontos. O alcance do trimestre corrigido foi de 7,54 saídas/leito (Score 2). Recomendamos fazer o confronto entre os dados informados nos diferentes indicadores para verificar a coerência das informações fornecidas e 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 3,48 cirurgias/sala/dia (Score 2). Recomendamos buscar manter o Índice de Uso de Sala Cirúrgica igual ou superior à 3 cirurgias/sala/dia.
<b>TOTAL</b>			<b>103,00</b>	<b>89,00</b>	
				<b>86,41%</b>	

### Observações da Comissão

Segue em anexo a Lista de Presença da Comissão Regional Sustentáveis - SOROCABA, referente à reunião realizada no dia 09/08/2018 às 13h:30min no Auditório deste DRS XVI para avaliação dos indicadores do Ano 2018, 2º trimestre (ABRIL/2018, MAIO/2018 e JUNHO/2018) da SANTA CASA DE ITAPEVA. Os representantes do Departamento Regional de Saúde de Sorocaba explanaram sobre as dificuldades de acesso à assistência pactuada de média e alta complexidade em oncologia de abrangência regional (RS ITAPEVA e RS ITAPETININGA). O Gestor Municipal e Prestador justificaram dificuldades na implantação do serviço e faturamento. Diante da referida explanação gestor e prestador foram alertados quanto as atribuições que constam no convênio de assumir a responsabilidade em conjunto com municípios vizinhos pela efetivação de um sistema de referência e contra-referência que assegure à população envolvida acesso a todos os graus de complexidade da assistência neles disponíveis e do artigo 4º da Resolução SS - 95, de 24-11-2017 que estabelece que os Hospitais relacionados que firmaram o Convênio deverão atender, cumulativamente, às exigências do convênio de prestação de serviços de saúde, os seguintes requisitos: item VII - assegurar o atendimento aos demais municípios para os quais é referência tanto na área ambulatorial e/ou na área hospitalar, quanto nas situações de urgência ou emergência e nas eletivas.