



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 todo o trimestre avaliado. Quanto ao documento descritivo informando as alterações realizadas no SCNES; na competência JUL/2018 foram informadas 30 alterações e foram constatadas 3 alterações não relatadas; na competência AGO/2018 foram informadas 19 alterações e na competência SET/2018 foram informadas 19 alterações. A Comissão de Monitoramento Regional considerando que as alterações não relatadas na competência JUL/2018 foram realizadas pelo nível federal, acorda que o prestador pontua neste indicador (Score 3). Recomendamos a Unidade manter o nível de qualidade alcançado. |
| 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 68,44% (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 98,00% (Score 1). Recomendamos manter o percentual acima de 25%. |
| 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 46,12% (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 63,07% (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 apresentou um percentual no trimestre >90%. |
| 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, ATINGINDO NO TRIMESTRE MAIS DE 90%. |
| 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 apresentou um percentual no trimestre >90%. Foi sugerida a atualização da planilha de leitos junto ao Portal CROSS. |
| 9 A06. Atualização diária, no Portal CROSS, Módulo Ambulatorial, da recepção dos pacientes agendados | PERTINENTE | 5,00 | 5,00 | Atualização diária, no Portal CROSS - no módulo ambulatorial, da recepção dos pacientes agendados adequada. >90%. |
| 10 A07. Disponibilização mensal da agenda, no Portal CROSS, Módulo Ambulatorial | PERTINENTE | 5,00 | 5,00 | Disponibilização mensal da agenda ambulatorial no Portal CROSS - módulo ambulatorial apresentou um percentual >90%. |
| 11 A08. Protocolo de Acolhimento e de Classificação de Risco | PERTINENTE | 2,00 | 2,00 | Protocolo implantado e apresentação mensal do número de pacientes atendidos. |
| 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. |
| 13 A10. Custos por Absorção | PERTINENTE | 2,00 | 2,00 | A Instituição Santa Casa de Misericórdia de Itapeva anexou no Sistema CROSS no 3º trimestre/2018 o Relatório de Custos Hospitalares por Absorção, priorizando o solicitado na descrição do indicador, assim como os de maior frequência no hospital. |



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 24,25% (Score 0). A Unidade e o Gestor informam que a destinação de emenda federal incremento MAC será aplicada de modo a reduzir as AIHS que aguardam apresentação para pagamento. 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 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 3º trimestre/2018 o Plano de Atendimento a Desastres e Incidentes com Múltiplas Vítimas. O documento anexado no mês de setembro/2018 corresponde à 3ª revisão do plano realizada no mês de outubro/2018. |
| 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 3º 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 não houve cirurgias suspensas. |
| 27 A20. Taxa de recusa de solicitações de Urgência mediadas pela Central de Regulação | PERTINENTE | 5,00 | 0,00 | Percentual de recusa maior que 30%. |
| 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 3º 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 3º 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 3º 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 - índice de 0,37. |

| 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 | Dos 21 agrupamentos pactuados nos subgrupos referentes as ações ambulatoriais e hospitalares, houve o cumprimento respectivo de : 95,23, 90,47 e 90,47. A taxa é de 92,06. |
| 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 90,51% (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 97,42% (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 5,96 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 2,71 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 6,13 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 no Trimestre acima de 5% (5,85%). |
| 41 | B08. Indicadores de infecção hospitalar | PERTINENTE | 2,00 | 2,00 | A Instituição anexou no Sistema CROSS no 3º trimestre/2018 o Relatório padronizado pelo GVE/CVE. |
| 42 | B09. Incidência de queda de paciente | PERTINENTE | 2,00 | 2,00 | No período avaliado ocorreram 07 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 = 0,77. |
| 43 | B10. Índice de rotatividade | PERTINENTE | 2,00 | 2,00 | Os documentos comprobatórios anexados estão em conformidade. O alcance do trimestre foi de 7,37 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 3,46 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 | |



SANTA CASA ITAPEVA

| Mapa de Indicadores/B - Indicadores de Produção | Avaliado Como | Pontos Possíveis | Resultado | Observação |
|---|---------------|------------------|---------------|------------|
| | | | 86,41% | |

Observações da Comissão

Segue em anexo a Lista de Presença da Comissão Regional Sustentáveis - SOROCABA, referente à reunião realizada no dia 13/11/2018 às 09h:30min no Auditório deste DRS XVI para avaliação dos indicadores do Ano 2018, 3º trimestre (JULHO/2018, AGOSTO/2018 e SETEMBRO/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). 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.