



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 OUT/2018 foram informadas 24 alterações; na competência NOV/2018 foram informadas 18 alterações e foram constatadas 4 alterações não relatadas e na competência DEZ/2018 foram informadas 120 alterações e foram constatadas 2 alterações não relatadas. A Comissão de Monitoramento Regional considerando o pequeno volume de problemas verificados, acorda que o prestador pontua neste indicador (Score 3). Recomendamos a Unidade acompanhar as alterações publicadas no Portal CNESWEB, buscando relatar todas as alterações realizadas.
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 51,53% (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 96,14% (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	NÃO PERTINENTE	1,00	1,00	Os documentos comprobatórios anexados estão em conformidade. O percentual de alcance do trimestre foi de 30,16% (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 57,10% (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 91,45%.
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%.
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 com apresentação mensal dos pacientes atendidos segundo classificação de risco.
12	A09. Alta Hospitalar Responsável	PERTINENTE	2,00	2,00	Promovem discussões sobre alta responsável; apresentaram instrumentos de registros de alta e encaminhamento para a rede de assistência; em qualificação os processos de orientação aos usuários e familiares/cuidadores para a alta e encaminhamento qualificado para a rede de assistência; 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	NÃO PERTINENTE	2,00	1,00	Os relatórios devem trazer TODOS os custos absorvidos detalhadamente, sob pena de não pontuar, caso não seja demonstrada a metodologia de custo por absorção. Não foi anexado relatório dos principais procedimentos contendo todos os custos absorvidos (diretos, indiretos, fixos e variáveis) que comprovem a metodologia de absorção, conforme requer o indicador. Não foi anexado um dos relatórios solicitados (Detalhamento dos custos absorvidos dos principais procedimentos). A Unidade informa que os relatórios apresentados foram elaborados de acordo com as informações estabelecidas pela FEHOSP, PLANISA e a SES/SP e que aguardam nova reunião para realinhamento dos próximos relatórios.
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	Os documentos comprobatórios anexados estão em conformidade. O percentual de alcance do trimestre foi de 56,67% (Score 0). A Unidade e o Gestor informam que a destinação de emenda federal incremento MAC foi aplicada de modo a reduzir as AIHs que aguardavam apresentação para pagamento a partir da competência dezembro, elevando o percentual de alcance. Recomendamos manter o percentual acima de 80%.
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 acima de 80% 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/2018 a 3ª revisão do Plano de Atendimento a Desastres e Incidentes com Múltiplas Vítimas, datado de 08.10.2018. Orientamos que os documentos comprobatórios podem ser anexados uma vez dentro do trimestre.
24 A18.1. Licença de Alvará - VISA	PERTINENTE	1,00	1,00	A Instituição apresentou no trimestre avaliado a Licença da VISA válida até 07/11/2019.
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/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 houveram duas cirurgias suspensas. Tx 0,97%
27 A20. Taxa de recusa de solicitações de Urgência mediadas pela Central de Regulacao	PERTINENTE	5,00	0,00	Percentual de recusa maior que 30%.



SANTA CASA ITAPEVA

Mapa de Indicadores/A - Indicadores de Qualificação da Gestão	Avaliado Como	Pontos Possíveis	Resultado	Observação
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 4º Trimestre/2018 o Balanço Patrimonial/2017 e a Declaração da Análise Econômica e Financeira, não pontuando por conta do resultado apresentado de 0,78 .
31 A23.2. Balanço Patrimonial - Liquidez Geral (LG)	PERTINENTE	2,00	0,00	A Instituição Santa Casa de Misericórdia de Itapeva anexou no 4º 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 4º 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 : 90,47, 95,23 e 95,23. A taxa é de 93,64. Lembramos que os dados devem ser inseridos de acordo com a matriz enviada anteriormente.
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 88,10% (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 96,20% (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 5,98 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 2,51 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 5,21 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.
41 B08. Indicadores de infecção hospitalar	PERTINENTE	2,00	2,00	A Instituição anexou no Sistema CROSS no 4º trimestre/2018 o Relatório padronizado pelo GVE/CVE.



SANTA CASA ITAPEVA					
Mapa de Indicadores/B - Indicadores de Produção		Avaliado Como	Pontos Possíveis	Resultado	Observação
42	B09. Incidência de queda de paciente	PERTINENTE	2,00	2,00	No período avaliado ocorreram 06 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 = 0,75
43	B10. Índice de rotatividade	PERTINENTE	2,00	2,00	Os documentos comprobatórios anexados estão em conformidade. O alcance do trimestre foi de 7,00 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 3,34 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	88,00	
				85,44%	

Observações da Comissão

Segue em anexo a Lista de Presença da Comissão Regional Sustentáveis - SOROCABA, referente à reunião realizada no dia 15/02/2019 às 09h:30min no Auditório deste DRS XVI para avaliação dos indicadores do Ano 2018, 4º trimestre (OUTUBRO/2018, NOVEMBRO/2018 e DEZEMBRO/2018) da SANTA CASA DE ITAPEVA.