



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 JAN / 2019 foram informadas 43 alterações sendo 1 inconsistente; na competência FEV / 2019 foram informadas 36 alterações e na competência MAR / 2019 foram informadas 35 alterações. A Comissão de Monitoramento Regional considerando que ocorreu apenas uma inconsistências, acorda que o prestador pontua neste indicador (Score 3). Recomendamos a Unidade acompanhar as alterações publicadas no Portal CNESWEB, buscando relatar 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 69,69% (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 97,48% (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 60,82% (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	Quanto aos documentos comprobatórios anexados; na competência FEV / 2019 o nº total de AIH constante do Portal CROSS (148) não bate com o constante no documento comprobatório (145). O gestor informa que se trata de um equívoco ao inserir o nº total de AIH da competência FEV / 2019 no Portal CROSS. A Comissão de Monitoramento Regional considerando que verificando os dados de faturamento hospitalar (SIH) da competência FEV / 2019 constata-se que o documento comprobatório está correto, acorda que o prestador pontua neste indicador. O percentual de alcance do trimestre corrigido foi de 63,79% (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 maior que 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	2,00	Atendimento de urgência e emergência referenciado, mediado pela Central de Regulação, nas 24hs, nos 07 dias da semana menor que 90% e maior que 70% no trimestre. O técnico responsável pelo indicador encaminhou para análise do helpdesk inconsistências encontradas pelo prestador. Foi respondido e-mail pela CROSS sobre a amostragem referente às fichas do sistema que foram consideradas sem resposta pela CROSS, o qual retornou que não foi identificado divergência no resultado do indicador A04. A comissão insere anexo contendo e-mail da abertura até a finalização do chamado.
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 maior que 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.



SANTA CASA ITAPEVA

Mapa de Indicadores/A - Indicadores de Qualificação da Gestão	Avaliado Como	Pontos Possíveis	Resultado	Observação
12 A09. Alta Hospitalar Responsável	PERTINENTE	2,00	2,00	Participação frequente nas discussões sobre alta responsável com DRS e municípios de referência. Efetiva revisão dos fluxos e instrumentos de registros de alta e encaminhamento para a rede de assistência. Processos de orientação aos usuários e familiares / cuidadores para a alta e encaminhamento qualificado para a rede de assistência. Equipes de ?alta responsável? criadas e em funcionamento.
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 / 2019 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	Qualificação dos aspectos: grupalidades, PIH e apoio sistemático da Rede de Articuladores e Núcleo Técnico de Humanização da SES / SP, de acordo com as orientações A11.1 e A11.2
15 A12. Apresentação das contas hospitalares no mês imediato ao do encerramento da AIH (alta hospitalar)	NÃO PERTINENTE	3,00	1,00	Os documentos comprobatórios anexados estão em conformidade. O percentual de alcance do trimestre foi de 73,35% (Score 1). 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 de Ética - não apresentou ATA contendo resumo ou relatório de suas reuniões, documentos sem timbre do hospital.
19 A15.2. Comissões - Controle de infecção hospitalar	NÃO PERTINENTE	0,50	0,00	Comissão de Infecção Hospitalar não anexou lista de presença no mês de janeiro.
20 A15.3. Comissões - Óbito	PERTINENTE	0,50	0,50	Comissão de Revisão de Óbitos atuante, porém o número de óbitos institucionais de janeiro (35) não condiz com aquele informado no indicador B7 (31), assim como o número de óbitos informado em fevereiro (36 para 32).
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	Plano de Atendimento a Desastres e Incidentes com Múltiplas Vítimas - atualizado e em conformidade com o estabelecido na Resolução SS 02 / 2017.
24 A18.1. Licença de Alvará - VISA	PERTINENTE	1,00	1,00	Licença de alvará da VISA válido para o período avaliado.
25 A18.2. Licença de Auto de Vistoria do Corpo de Bombeiros - AVCB	PERTINENTE	1,00	1,00	Auto de Vistoria do corpo de Bombeiros (AVCB) - válido para o período avaliado.
26 A19. Taxa de suspensão de cirurgia por motivos administrativos (exceto cirurgias ambulatoriais)	PERTINENTE	2,00	2,00	Não houve suspensão de cirurgia no período; Taxa de suspensão:0%
27 A20. Taxa de recusa de solicitações de Urgência mediadas pela Central de Regulacao	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 MENOR QUE 10%no trimestre.
29 A22. Educação permanente - capacitações e treinamentos	PERTINENTE	2,00	2,00	A instituição pontua, pois os documentos comprobatórios anexados estão em conformidade, ressalva o olhar atento da equipe dos programas de humanização e a divisão da carga horária utilizada nos treinamentos.



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 1º Trimestre / 2019 o Balanço Patrimonial / 2018 e a Declaração da Análise Econômica e Financeira, não pontuando por conta do resultado apresentado de 0,90.	
31 A23.2. Balanço Patrimonial - Liquidez Geral (LG)	PERTINENTE	2,00	0,00	A Instituição Santa Casa de Misericórdia de Itapeva anexou no 1º Trimestre / 2019 o Balanço Patrimonial / 2018 e a Declaração da Análise Econômica e Financeira, não pontuando por conta do resultado apresentado de 0,39.	
32 A23.3. Balanço Patrimonial - Solvência Geral (SG)	PERTINENTE	2,00	2,00	A Instituição Santa Casa de Misericórdia de Itapeva anexou no 1º Trimestre / 2019 o Balanço Patrimonial / 2018 e a Declaração da Análise Econômica e Financeira, pontuando por conta do resultado apresentado de 1,45	
33 A24. Relação de enfermeiros leitos	PERTINENTE	2,00	2,00	Pelo resultado apresentado este indicador demonstra que a instituição encontra-se dentro do esperado em relação a quantidade ideal de enfermeiros. Score 0,38%	

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 agrupamentos pactuados , houve o cumprimento respectivo de 95,23%; 90,48% e 90,48% de cumprimento da meta, pontuando de acordo com o score. 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 89,39% (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 97,92% (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 5,91 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 2,90 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 5,42 dias (Score 2). Recomendamos manter o tempo médio de permanência abaixo de 7 dias.	
40 B07. Taxa de mortalidade institucional	NÃO PERTINENTE	2,00	1,00	Taxa de Mortalidade Institucional > 3% < 5 (4,57%) no trimestre.	
41 B08. Indicadores de infecção hospitalar	PERTINENTE	2,00	2,00	Indicadores de infecção hospitalar - relatórios padronizados anexados mês à mês.	
42 B09. Incidência de queda de paciente	PERTINENTE	2,00	2,00	06 quedas no período, as medidas corretivas foram tomadas. O relatório aponta que foram reforçadas as ações de prevenção. Score 0,76%	
43 B10. Índice de rotatividade	PERTINENTE	2,00	2,00	Os documentos comprobatórios anexados estão em conformidade. O alcance do trimestre foi de 7,22 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 3,24 cirurgias / sala / dia (Score 2). Recomendamos buscar manter o Índice de Uso de Sala Cirúrgica igual ou superior à 3 cirurgias / sala / dia.	



SANTA CASA ITAPEVA					
Mapa de Indicadores/B - Indicadores de Produção		Avaliado Como	Pontos Possíveis	Resultado	Observação
TOTAL			<b>103,00</b>	<b>87,50</b>	
				<b>84,95%</b>	

### Observações da Comissão

Segue em anexo a Lista de Presença da Comissão Regional Sustentáveis - SOROCABA, referente à reunião realizada no dia 10/05/2019 às 09h:30min no Auditório deste DRS XVI para avaliação dos indicadores do Ano 2019, 1º trimestre (JANEIRO/2019, FEVEREIRO/2019 e MARÇO/2019) da SANTA CASA DE ITAPEVA.