



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 / 2019 foram informadas 32 alterações; na competência AGO / 2019 foram informadas 26 alterações e na competência SET / 2019 foram informadas 32 alterações. A Comissão de Monitoramento Regional acorda que o prestador pontua neste indicador (Score 3). Recomendamos a Unidade acompanhar as alterações publicadas no Portal CNESWEB, buscando relatar as alterações realizadas e manter o excelente nível 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 68,16% (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 97,40% (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 79,31% (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 55,61% (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 ou igual a 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, atingindo nota menor que 90% e maior que 70% 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 maior que 90% no trimestre.
11	A08. Protocolo de Acolhimento e de Classificação de Risco	PERTINENTE	2,00	2,00	?Parâmetros Quantitativos? atendidos: protocolo apresentado com apresentação mensal dos pacientes atendidos segundo classificação de risco. Em atendimento aos ?Parâmetros Qualitativos: Acesso e acolhimento garantido; Integralidade na atenção e Fortalecimento da gestão do cuidado?, orientamos a unidade a mencionar no relatório do mês de dezembro as informações que demonstrem as análises do processo de acolhimento com classificação de risco que ocorreram no trimestre, evidenciando o acompanhamento e melhorias que couberem.
12	A09. Alta Hospitalar Responsável	PERTINENTE	2,00	2,00	Participação frequente nas discussões sobre alta responsável. Revisão dos fluxos e instrumentos de registros de alta e encaminhamento para a rede de assistência. Ocorrendo os processos de orientação aos usuários e familiares / cuidadores para a alta e em processo de acompanhamento dos encaminhamentos para a rede de assistência. Equipe de ?alta responsável? atuando.



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 Santa Casa de Misericórdia de Itapeva anexou no 3º trimestre / 2019 os Relatórios dos Custos Hospitalares por Absorção, ou seja, o de custos de cada um dos produtos / procedimentos prioritários (Relatório 1) e o que demonstra a utilização da metodologia de Custos por Absorção (Relatório 2), com a memória de todos os custos diretos / indiretos / fixos / variáveis dos procedimentos selecionados.
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)	PERTINENTE	3,00	3,00	Os documentos comprobatórios anexados estão em conformidade. O percentual de alcance do trimestre foi de 82,67% (Score 3). 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 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	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	Suspensão de 01 cirurgia; Taxa de suspensão:0,36%
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 maior que 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. Porém há a necessidade de alinhar as terminologias com os conceitos norteadores passados pelo NEPH.
30 A23.1. Balanço Patrimonial - Liquidez Corrente (LC)	PERTINENTE	2,00	0,00	A Santa Casa de Misericórdia de Itapeva anexou no 3º Trimestre / 2019 o Balanço Patrimonial / 2018 e a Declaração da Análise Econômica e Financeira, com o resultado apresentado de 0,90.



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 Santa Casa de Misericórdia de Itapeva anexou no 3º Trimestre / 2019 o Balanço Patrimonial / 2018 e a Declaração da Análise Econômica e Financeira, com o resultado apresentado de 0,39.
32 A23.3. Balanço Patrimonial - Solvência Geral (SG)	PERTINENTE	2,00	2,00	A Santa Casa de Misericórdia de Itapeva anexou no 3º Trimestre / 2019 o Balanço Patrimonial / 2018 e a Declaração da Análise Econômica e Financeira, com o 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 de enfermeiros / leito. Score 0,45%

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	NÃO PERTINENTE	3,00	3,00	Dos agrupamentos pactuados , houve o cumprimento respectivo de 95,24%; 95,24% e 85,71% 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 97,22% (Score 3). Recomendamos manter o percentual acima de 85% até 100%.
36 B03. Taxa de ocupação de leitos de terapia intensiva - Adulto	NÃO PERTINENTE	3,00	3,00	Os documentos comprobatórios anexados estão em conformidade. Nas competências JUL / 2019 e AGO / 2019 a taxa de ocupação ultrapassa 100%. O prestador informa que a Unidade de Terapia Intensiva possui 10 leitos cadastrados, sendo 8 leitos para SUS e 2 leitos para os demais convênios, nos meses de Julho e Agosto, devido a necessidade, foram utilizados leitos de convênio por paciente SUS, ocasionando a taxa de ocupação maior que 100%. O percentual de alcance do trimestre foi de 108,97% (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. Na competência SET / 2019 foi informado equivocadamente o nº de Pacientes-dia no Portal CROSS, o correto é 1177 e não 1117. O alcance do trimestre foi de 5,48 dias (Score 2). Recomendamos maior atenção ao inserir dados 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 2,58 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 6,47 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 (GERAL) > 5 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	04 quedas no período, as medidas corretivas foram tomadas. O relatório aponta que foram reforçadas as ações de prevenção. Score 0,38%
43 B10. Índice de rotatividade	PERTINENTE	2,00	2,00	Os documentos comprobatórios anexados estão em conformidade. O alcance do trimestre foi de 8,15 saídas / leito (Score 2). Recomendamos manter o índice de rotatividade igual ou superior à 4 saídas / leito.



SANTA CASA ITAPEVA					
Mapa de Indicadores/B - Indicadores de Produção		Avaliado Como	Pontos Possíveis	Resultado	Observação
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 3,36 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 12/11/2019 às 14h:00min no Auditório deste DRS XVI para avaliação dos indicadores do Ano 2019, 3º trimestre (JULHO/2019, AGOSTO/2019 e SETEMBRO/2019) da SANTA CASA DE ITAPEVA.