

ATA DA REUNIÃO DA COMISSÃO DE ACOMPANHAMENTO DO CONVÊNIO Nº 92/2018 DE CONTRATUALIZAÇÃO ENTRE A SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE SANTOS E A SOCIEDADE PORTUGUESA DE BENEFICÊNCIA (HOSPITAL SANTO ANTÔNIO), PARA AVALIAÇÃO DAS METAS QUANTITATIVAS E QUALITATIVAS DO PERÍODO DE AGOSTO, SETEMBRO E OUTUBRO DE 2024, 4º (QUARTO) TRIMESTRE DO PLANO OPERATIVO) – Aos 12 (doze) dias do mês de dezembro de 2024 (dois mil e vinte e quatro), junto às dependências do Departamento de Regulação – Saúde (DEREG), sito à Rua Barão de Paranapiacaba, 241 – Encruzilhada – Santos – SP, deu-se início à REUNIÃO às 15:00 horas, onde compareceram: pela **SOCIEDADE PORTUGUESA DE BENEFICÊNCIA: Fleuri Gomes de Melo Filho e Néria Lúcia dos Santos (membros titulares da Comissão), pelo Dereg: Eloisa Fraga Lopes Galasso (DEREG), Flávia Mendes de Souza (COREG) e Andreza Galvão de Camargo (SEAUDIT) como membros titulares de Comissão; Silvia de Almeida Mendes Andrade (SECONVAG) e Geovana Domingo Nunes (COACE) como membros suplentes da mesma. Pelo Conselho Municipal de Saúde, AUSENTE A REPRESENTAÇÃO.** Demais participantes também assinam a lista de presença ao seu final. Iniciada a reunião, é dado andamento à avaliação dos indicadores, conforme segue:

METAS QUANTITATIVAS					
ITEM	INDICADOR	AÇÃO	META	PONTUAÇÃO	FONTE DE INFORMAÇÃO
1	REGULAÇÃO DE PROCEDIMENTOS AMBULATORIAIS	Apresentar mensalmente a agenda de primeiras consultas para o Gestor Municipal e/ou Estadual	<p>Disponibilizar:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 20 (vinte) vagas de avaliação em oncologia cirúrgica (30% do indicador); - 40 (quarenta) vagas de avaliação em oncologia clínica (30% do indicador); - Agenda de cintilografia, conforme pactuado com o Gestor (25% do indicador) com teto financeiro limitado a R\$20.000,00 (vinte mil reais); - Relação de pacientes avaliados e registro de continuidade do tratamento (15% do indicador). <p>OBSERVAÇÃO: As agendas deverão ser disponibilizadas pelo hospital até o dia 10 (dez) de cada mês.</p>	<p>Disponibilizou 100% do pactuado: 85 pontos;</p> <ul style="list-style-type: none"> - Entre 99% e 80%: 70 pontos; - Entre 79% e 70%: 50 pontos; <p>Abaixo de 70%, não pontua.</p>	<ul style="list-style-type: none"> 1 - Relatório apresentado pela Instituição demonstrando a oferta do quantitativo na rede de oncologia junto ao sistema CROSS; 2 - Relação de pacientes providenciada pelo prestador. 3 - Relatório da COACE informando sobre a agenda de cintilografia
<p>AVALIAÇÃO DO INDICADOR: NO TOCANTE AO RECEBIMENTO DA AGENDA MENSAL DAS VAGAS DE ONCOLOGIA CIRÚRGICA E CLÍNICA, DISPONIBILIZADAS PELO SISTEMA CROSS, CONFORME PACTUADO COM O GESTOR MUNICIPAL, FOI APRESENTADO PELO HOSPITAL O NÚMERO DE VAGAS DENTRO DO TETO FINANCEIRO DO CONVÊNIO, INFERIOR AO QUANTITATIVO DO INDICADOR, MAS QUE SERÁ CONSIDERADO PARA FINS DE ATENDIMENTO DO MESMO POR QUESTÕES FINANCEIRAS. ATRIBUI-SE ENTÃO OS 60% PRECONIZADOS PARA ESSAS PARTES DO INDICADOR. QUANTO A CINTILOGRAFIA, O INDICADOR FOI ATENDIDO DENTRO DO</p>					

QUANTITATIVO DE PACIENTES ENCAMINHADOS PARA ATENDIMENTO JUNTO AO HOSPITAL (TETO PREVIAMENTE COMBINADO DE R\$ 20.000,00 (VINTE MIL REAIS) EM EXAMES POR MÊS, CONFORME RELATÓRIO DA COACE, **ATINGINDO OS 25% DESSA PARTE DO INDICADOR**. A RELAÇÃO DE PACIENTES ATENDIDOS NO PERÍODO FOI ENCAMINHADA PELO HOSPITAL DANDO CUMPRIMENTO AOS **15% DESSA PARTE DO INDICADOR**. NO SOMATÓRIO, O INDICADOR FOI ALCANÇADO EM 100%

PONTUAÇÃO: 85 (OITENTA E CINCO) PONTOS.

2	CIRURGIAS EM ONCOLOGIA	Realizar as cirurgias oncológicas preconizadas para o CACON.	Cumprir quantitativo de cirurgias em oncologia estipulado na Portaria GM/MS nº 1.399, de 17 de dezembro de 2019, qual seja, 650 cirurgias/ano = 163 por trimestre.	<p>Realizou no trimestre:</p> <p>163 cirurgias ou mais: 85 pontos;</p> <p>- Entre 100 e 162 cirurgias: 70 pontos;</p> <p>- Entre 60 e 99 cirurgias: 50 pontos;</p> <p>Realizou menos que 60 cirurgias, não pontua.</p>	Relatório emitido pelo Sistema de Informação Hospitalar Descentralizado (SIHD) junto a SEACONT-DEREG.
---	-------------------------------	--	--	---	---

AVALIAÇÃO DO INDICADOR: CONFORME PLANILHA APRESENTADA PELA SEÇÃO DE AVALIAÇÃO E CONTROLE (SEACONT), ELABORADA COM BASE NOS SISTEMAS OFICIAIS DO MINISTÉRIO DA SAÚDE, NO PERÍODO AVALIADO O HOSPITAL REALIZOU 82 (OITENTA E DUAS) CIRURGIAS ONCOLÓGICAS. DESTA FORMA, O HOSPITAL PONTUA PARCIALMENTE.

PONTUAÇÃO: 50 (CINQUENTA) PONTOS

3	REGULAÇÃO DE VAGAS HOSPITALARES	Enviar diariamente o censo com a distribuição dos leitos de internação SUS para a Central de Regulação Municipal.	(A) Disponibilizar diariamente 100% dos leitos SUS, conforme CNES.	<p>Disponibilizou 100% do pactuado: 85 pontos;</p> <p>Entre 99% e 80%: 70 pontos;</p> <p>- Entre 79% e 70%: 50 pontos</p> <p>Abaixo de 70%: não pontua.</p> <p>Não disponibilizou: não pontua.</p>	Relatório disponibilizado pelo gestor municipal através da SECONVAG-DEREG.
		Enviar diariamente o censo com a distribuição dos	(B) Disponibilizar diariamente 7 (sete) leitos de UTI.	Disponibilizou 100% (7 leitos): 85 pontos;	Relatório da supervisão de regulação in loco X Censo Hospitalar.

		leitos de UTI para a Central de Regulação Municipal.		<p>Entre 99% e 80%: 70 pontos;</p> <p>- Entre 79% e 70%: 50 pontos</p> <p>Abaixo de 70%: não pontua.</p> <p>Não disponibilizou: não pontua.</p>	
--	--	--	--	---	--

AValiação DO INDICADOR: COM RELAÇÃO A **PARTE "A" DO INDICADOR**, CONFORME RELATÓRIO APRESENTADO PELA SECONVAG, COM RELAÇÃO À DISPONIBILIZAÇÃO DOS LEITOS SUS, O HOSPITAL DEU ATENDIMENTO À 100% DESSA PARTE DO INDICADOR. **PONTUA 85 PONTOS.**

COM RELAÇÃO A **PARTE "B" DO INDICADOR**, CONFORME RELATÓRIO APRESENTADO PELA SECONVAG, COM RELAÇÃO À DISPONIBILIZAÇÃO DOS LEITOS DE UTI, O HOSPITAL DEU ATENDIMENTO À 100% DESSA PARTE DO INDICADOR. **PONTUA 85 PONTOS**

PONTUAÇÃO TOTAL DO INDICADOR: 170 (CENTO E SETENTA) PONTOS

METAS QUALITATIVAS

ITEM	INDICADOR	AÇÃO	META	PONTUAÇÃO	FONTE DE INFORMAÇÃO
4	TAXA DE OCUPAÇÃO	Otimizar os recursos disponíveis.	Manter taxa de ocupação dos leitos de UTI em no mínimo 85%.	<p><u>Manteve ocupação maior ou igual a 85%: 80 pontos;</u></p> <p>- Entre 84,9 e 80%: 60 pontos;</p> <p>Abaixo de 80%: não pontua.</p>	Relatório disponibilizado pela supervisão de regulação in loco fornecido pela SECONVAG/ Dereg.

AValiação DO INDICADOR: CONFORME RELATÓRIO APRESENTADO PELA SECONVAG, COM RELAÇÃO À TAXA DE OCUPAÇÃO DOS LEITOS DE UTI, O HOSPITAL APRESENTOU AS SEGUINTE TAXAS PARA O PERÍODO: 93,09% PARA O MÊS DE AGOSTO DE 2024; 101,43% PARA O MÊS DE SETEMBRO DE 2024; E 101,38% PARA O MÊS DE OUTUBRO DE 2024, COM MÉDIA PARA O PERÍODO DE 98,60%, EM ATENDIMENTO AO INDICADOR.

PONTUAÇÃO: 80 (OITENTA) PONTOS

5	INTEGRAÇÃO COM O COMPLEXO REGULADOR MUNICIPAL	Constituir interface com a Central de Regulação Municipal.	<p>- Manter Núcleo Interno de Regulação (NIR) conforme regulamentação, atendendo aos seguintes requisitos mínimos:</p> <p>- Médico horizontal ou diarista</p>	<p><u>Atendeu entre 90% a 100% do indicador: 80 pontos;</u></p>	1- Relatório de visita <i>in loco</i> realizado pelo gestor municipal por meio de equipe do Dereg.
---	--	--	---	--	--

			(20% do indicador); -Enfermeira diarista (20% do indicador); -Assistente Social (20% do indicador); - Atendimento 24 horas (20% do indicador); -Adesão aos Protocolos Municipais (20% do indicador).	Atendeu entre 89,90% a 80% do indicador: 60 pontos ; Abaixo de 80%: não pontua.	2-Relatório disponibilizado pelo gestor municipal através da SECONVAG-DEREG por meio de indicador.
		Tempo de resposta	Manter tempo de resposta (aceite ou recusa) em até 1 hora.	Respondeu 100% da solicitação em 1 hora: 80 pontos Respondeu entre 99% e 90% da solicitação em 1 hora: 60 pontos Abaixo de 90%: não pontua	Relatório emitido pela CRV / Dereg/SMS
		Taxa de Recusa	Manter taxa de recusa em no máximo 15%	Aceite de 85% ou mais = 80 pontos Aceite menor que 85% = não pontua	Relatório disponibilizado pelo gestor municipal através da SECONVAG-DEREG por meio de indicador

AValiação do Indicador: COM RELAÇÃO À PRIMEIRA PARTE DO INDICADOR, CONFORME INFORMADO EM OUTRAS AVALIAÇÕES, DE TODA A REGULAMENTAÇÃO DISPOSTA EM PORTARIA PARA FUNCIONAMENTO DO NIR, O HOSPITAL NÃO ATENDE A QUESTÃO DO FUNCIONAMENTO 24 (VINTE E QUATRO) HORAS, ATENDENDO PARCIALMENTE O INDICADOR – **60 (SESSENTA) PONTOS.** COM RELAÇÃO À SEGUNDA PARTE DO INDICADOR, NO TOCANTE AO TEMPO DE RESPOSTA, O HOSPITAL RESPONDEU EM 1 (UMA) HORA APROXIMADAMENTE 24,46% DOS CASOS, **NÃO ATENDENDO AO INDICADOR – NÃO PONTUA.** QUANTO A TERCEIRA PARTE DO INDICADOR, O HOSPITAL APRESENTOU UMA TAXA DE RECUSA DE 82,86%. PORÉM, PELO FATOS DA SUA PRODUÇÃO ULTRAPASSAR MENSALMENTE O TETO FINANCEIRO REPASSADO PELO GESTOR, NÃO HAVERÁ PENALIZAÇÃO NESTE QUESITO CONFORME ANTERIORMENTE PACTUADO – **80 (OITENTA) PONTOS.**

PONTUAÇÃO TOTAL DO INDICADOR: 140 (CENTO E QUARENTA) PONTOS.

6	COMISSÕES INSTITUCIONAIS	Demonstrar a efetiva atuação das Comissões de CCIH, Prontuário, Óbitos e Humanização.	Apresentar cópias das atas das reuniões realizadas no período avaliado com no mínimo 60% de presença dos membros das comissões.	Apresentou ata de todas as Comissões: 50 pontos; Não apresentou, não pontua.	Cópias das atas e documentos do indicador alusivos ao período devidamente assinados.
---	---------------------------------	---	---	---	--

AValiação do Indicador: APRESENTADAS PELO HOSPITAL AS ATAS DAS SEGUINTE COMISSÕES:

CCIH: ATA BIMESTRAL REALIZADAS EM SETEMBRO/2024;
REVISÃO DE PRONTUÁRIOS: REALIZADAS EM SETEMBRO E OUTUBRO;
REVISÃO DE ÓBITOS: REALIZADAS EM SETEMBRO E OUTUBRO;
HUMANIZAÇÃO: ATA BIMESTRAL REALIZADA EM AGOSTO E OUTUBRO.

SEGUNDO INFORMADO PELO HOSPITAL, ÀS VEZES AS REUNIÕES SÃO DESLOCADAS DE DATAS, MAS SE REFEREM AO PERÍODO AVALIADO; AS REUNIÕES DA HUMANIZAÇÃO SÃO BIMESTRAIS. A JUSTIFICATIVA FOI ACEITA PELA COMISSÃO SENDO ATRIBUÍDA A PONTUAÇÃO DO INDICADOR.

PONTUAÇÃO DO INDICADOR: 50 (CINQUENTA) PONTOS

7	COMISSÃO DE CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR (CCIH)	Manter a Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH) em funcionamento e de acordo com a legislação e vigor	Manter taxa de infecção hospitalar inferior a 5% (cinco por cento)	<p>Alcançou 100% da meta: 50 pontos</p> <p>Alcançou entre 99,9% e 70% da meta: 30 pontos</p> <p>Alcançou percentual abaixo de 70%: não pontua</p>	Relatório demonstrativo apresentado pelo prestador, devidamente assinado.
---	---	---	--	--	---

AVALIAÇÃO DO INDICADOR: APRESENTADO PELO HOSPITAL GRÁFICO DEMONSTRATIVO COM AS TAXAS DE INFECÇÃO HOSPITALAR DO HOSPITAL PARA O PERÍODO AVALIADO, COM AS SEGUINTE TAXAS: 0,47% PARA O MÊS DE AGOSTO, 0,65% PARA O MÊS DE SETEMBRO E 1,31% PARA O MÊS DE OUTUBRO DE 2024, DANDO ATENDIMENTO AO INDICADOR.

PONTUAÇÃO DO INDICADOR: 50 (CINQUENTA) PONTOS

8	SATISFAÇÃO DOS CLIENTES EXTERNOS E INTERNOS	Realizar avaliação da satisfação dos clientes internos e externos.	Apresentar pesquisa de satisfação realizada no período avaliado, com percentual de aprovação acima de 80%.	<p>Apresentou dentro do percentual pactuado: 50 pontos;</p> <p>Abaixo do percentual pactuado: 10 pontos;</p> <p>Não apresentou, não pontua.</p>	Relatórios apresentados pelo prestador, devidamente assinados
---	--	--	--	--	---

AVALIAÇÃO DO INDICADOR: APRESENTADO PELO HOSPITAL GRÁFICO DEMONSTRATIVO COM PESQUISA DE SATISFAÇÃO REALIZADA NO HOSPITAL, COM OS SEGUINTE PERCENTUAIS DE SATISFAÇÃO: 87,09% PARA O MÊS DE AGOSTO, 95,73% PARA O MÊS DE SETEMBRO E 90,24% PARA O MÊS DE OUTUBRO DE 2024, DANDO ATENDIMENTO AO INDICADOR.

PONTUAÇÃO DO INDICADOR: 50 (cinquenta) pontos

9	MANUTENÇÃO PREVENTIVA DE EQUIPAMENTOS	Comprovar o bom estado de conservação e de funcionamento dos equipamentos disponibilizados no convênio.	Apresentar os contratos ou relatórios de manutenção dos equipamentos de Ar condicionado para áreas críticas (Centro Cirúrgico e UTI), Elevadores, Radioterapia, Raio X, Tomografia e Ultrassonografia.	<p>Apresentou 100% dos contratos ou relatórios: 40 pontos;</p> <p>- Entre 80% e 99,9%: 30 pontos;</p> <p>Abaixo de 80%, não pontua.</p>	Relatórios apresentados pelo prestador, devidamente assinados.
---	--	---	--	--	--

AVALIAÇÃO DO INDICADOR: APRESENTADOS PELO HOSPITAL OS RELATÓRIOS DE MANUTENÇÃO DOS EQUIPAMENTOS MENCIONADOS NO INDICADOR E DENTRO DO PERÍODO AVALIADO.

PONTUAÇÃO DO INDICADOR: 40 (QUARENTA) PONTOS

10	TAXA DE MORTALIDADE INSTITUCIONAL	Manter controle dos processos de trabalho na área de U/E da Instituição	Manter a taxa de mortalidade institucional menor ou igual a 4% ao mês.	Manteve em 4% ou menos: 50 pontos; Acima de 4%, não pontua.	Relatório emitido pelo prestador, devidamente assinado.
----	--	---	--	---	---

AVALIAÇÃO DO INDICADOR: APRESENTADO PELO HOSPITAL QUADRO DEMONSTRATIVO COM AS TAXAS DE MORTALIDADE INSTITUCIONAL PARA O PERÍODO, QUAIS SEJAM: 3,74% PARA O MÊS DE AGOSTO, 3,63% PARA O MÊS DE SETEMBRO E 2,83% PARA O MÊS DE OUTUBRO DE 2024, QUE SE MOSTRAM ABAIXO DO PERCENTUAL MENCIONADO NO INDICADOR.

PONTUAÇÃO DO INDICADOR: 50 (CINQUENTA) PONTOS

11	GESTÃO DE SEGURANÇA DO PACIENTE	Manter ações para a promoção da segurança do paciente e a melhoria da qualidade, conforme RDC 36 de 25 de julho de 2013.	Manter o monitoramento dos protocolos de segurança do paciente, preconizado na RDC 36, através de indicadores e manter equipe para auditoria de riscos (40% do indicador); Manter gestão de riscos (Identificação de riscos, análise, avaliação e monitoramento) (40% do indicador); Manter sistemática de notificação de eventos adversos. (20% do indicador).	Apresentou entre 90 e 100% das ações mencionadas no indicador: 50 pontos; - Apresentou entre 89,90% e 70% das ações: 30 pontos; - Apresentou abaixo de 70% das ações: não pontua.	1- Relatório de visita <i>in loco</i> realizado pelo gestor municipal por meio de equipe do Dereg.
----	--	--	---	--	--

AVALIAÇÃO DO INDICADOR: CONFORME RELATÓRIO TÉCNICO EMITIDO PELA EQUIPE DO Dereg/SMS, FOI VERIFICADO QUE O HOSPITAL COMPROVOU AS PRÁTICAS DE GESTÃO DE SEGURANÇA DO PACIENTE, COM ALCANCE DE 100% NA AFERIÇÃO DO INDICADOR PARA O PERÍODO AVALIADO.

PONTUAÇÃO: 50 (CINQUENTA) PONTOS

12	GESTÃO DA QUALIDADE	Implantar/ Definir metodologia de Sistema de Gestão de Qualidade, garantindo a melhoria contínua dos processos	Implantar por trimestre novas práticas do Sistema de Gestão da Qualidade conforme metodologia definida, como por exemplo: Gestão de Processos, Gestão de Documentos, sistemática de auditorias internas, busca pela melhoria contínua, entre outras)	Apresentou nova prática SGQ: 50 pontos Não apresentou: não pontua	1- Relatório de visita <i>in loco</i> realizado pelo gestor municipal por meio de equipe do Dereg.
----	----------------------------	--	--	--	--

AVALIAÇÃO DO INDICADOR: CONFORME RELATÓRIO TÉCNICO EMITIDO PELA EQUIPE DO Dereg/SMS, FOI VERIFICADO QUE O HOSPITAL COMPROVOU AS PRÁTICAS DE GESTÃO DE QUALIDADE, COM ALCANCE DE 100% NA AFERIÇÃO DO INDICADOR PARA O PERÍODO AVALIADO.

PONTUAÇÃO: 50 (CINQUENTA) PONTOS

QUADRO DE PONTUAÇÃO E PORCENTAGEM A RECEBER REFERENTE ÀS METAS QUANTITATIVAS SCORE TOTAL 340 PONTOS
001 a 85 pontos – 25 % da parte variável
86 a 165 pontos – 50 % da parte variável
166 a 245 pontos – 75 % da parte variável
246 a 340 pontos – 100 % da parte variável
QUADRO DE PONTUAÇÃO E PORCENTAGEM A RECEBER REFERENTE ÀS METAS QUALITATIVAS SCORE TOTAL 660 PONTOS
001 a 259 pontos – 25 % da parte variável
260 a 459 pontos – 50 % da parte variável
460 a 559 pontos – 75 % da parte variável
560 a 660 pontos – 100% da parte variável

Na somatória de pontos, o hospital totalizou 305 (trezentos e cinco) pontos nos **INDICADORES QUANTITATIVOS**, que corresponde ao pagamento de 100% (cem por cento) da parte variável; e quanto aos **INDICADORES QUALITATIVOS**, a pontuação foi de 560 (quinhentos e sessenta) pontos, que corresponde ao pagamento de 100% (cem por cento) da parte variável. Nada mais havendo a acrescentar, encerra-se a presente ata, que foi digitada por mim, _____ e assinada por todos os presentes em lista própria que acompanha a presente ata como parte integrante e indissociável.

ATA DA REUNIÃO DA COMISSÃO DE ACOMPANHAMENTO DO CONVÊNIO Nº 92/2018 DE CONTRATUALIZAÇÃO ENTRE A SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE SANTOS E A SOCIEDADE PORTUGUESA DE BENEFICÊNCIA (HOSPITAL SANTO ANTÔNIO), PARA AVALIAÇÃO DAS METAS QUANTITATIVAS E QUALITATIVAS DO PERÍODO DE AGOSTO, SETEMBRO E OUTUBRO DE 2024, 4º (QUARTO) TRIMESTRE DO PLANO OPERATIVO), REALIZADA NO DIA 12 DE DEZEMBRO DE 2024.

LISTA DE PRESENÇA

MEMBROS TITULARES DA COMISSÃO PELA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

ELOISA FRAGA LOPES GALASSO (DEREG) _____

FLÁVIA MENDES DE SOUZA (COREG) _____

ANDREZA GALVÃO DE CAMARGO (SEAUDIT) _____

MEMBROS SUPLENTE DA COMISSÃO PELA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

SILVIA DE ALMEIDA MENDES ANDRADE (SECONVAG) _____

GEOVANA DOMINGOS NUNES (COACE) _____

MEMBROS TITULARES DA COMISSÃO PELA SOCIEDADE PORTUGUESA DE BENEFICÊNCIA

FLEURI GOMES DE MELO FILHO _____

NERIA LUCIA DOS SANTOS _____

REPRESENTAÇÃO DO CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE:

AUSENTE A REPRESENTAÇÃO _____