

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 ANTONIO), PARA AVALIAÇÃO DAS METAS QUANTITATIVAS E QUALITATIVAS DO PERÍODO DE FEVEREIRO, MARÇO E ABRIL DE 2023 (SEGUNDO TRIMESTRE DO PLANO OPERATIVO) – Aos 26 (vinte e seis) dias do mês de junho de 2023 (dois mil e vinte e três), 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 10:00 horas, onde compareceram: pela SOCIEDADE PORTUGUESA DE BENEFICÊNCIA: Néria Lúcia dos Santos e Fleuri Gomes de Melo Filho (Sociedade Portuguesa de Beneficência), membros titulares da comissão, pelo Dereg: Flávia Mendes de Souza (COREG) e Andreza Galvão de Camargo (SEAUDIT) – membros titulares da comissão; Thais Cardoso Soares (SEACONT), Marizangela Lima Soares (COACE) e Silvia de Almeida Mendes Andrade (SECONVAG) – membros suplentes da comissão; pelo Conselho Municipal de Saúde: AUSENTE A REPRESENTAÇÃO. Participou da reunião Juliana de Souza Morado (Beneficência)). 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%); - 40 (quarenta) vagas de avaliação em oncologia clínica (30%); - agenda de cintilografia, conforme pactuado com o Gestor (25%); - relação de pacientes avaliados e registro de continuidade do tratamento (15%). <p>OBSERVAÇÃO: As agendas deverão ser disponibilizadas pelo hospital até o dia 10 (dez) de cada mês.</p> | <p>Disponibilizou 100% do pactuado: 60 pontos;</p> <ul style="list-style-type: none"> - entre 99% e 80%: 40 pontos; - entre 79% e 70%: 20 pontos; Abaixo de 70%, não pontua. | <ul style="list-style-type: none"> 1 - Relatório elaborado pelo gestor municipal através da SEAGEN-DEREG confirmando o recebimento da agenda mensal 2 – Relatório apresentado pela Instituição demonstrando a oferta do quantitativo na rede de oncologia 3 - Relação de pacientes providenciada pelo prestador. |
| <p><u>AVALIAÇÃO DO INDICADOR:</u> Quanto ao item 1, no tocante ao recebimento da agenda mensal das vagas de oncologia cirúrgica e clínica, em razão da disponibilização de vagas por meio do sistema CROSS, que não permite uma visualização pela regulação municipal, foi apresentada comprovação pelo hospital, por meio da apresentação de amostragem do relatório do sistema CROSS, bem como a relação dos pacientes avaliados, dando atendimento ao indicador. Quanto a cintilografia, o indicador foi atendido dentro do quantitativo de pacientes encaminhados para atendimento junto</p> | | | | | |

ao hospital (teto previamente combinado de R\$ 20.000,00 (vinte mil reais) em exames por mês, conforme relatório da SEAGEN).

PONTUAÇÃO: 60 (sessenta) 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><u>Realizou no trimestre:</u></p> <p><u>163 cirurgias ou mais: 60 pontos;</u></p> <p>- entre 100 e 162 cirurgias: 40 pontos;</p> <p>- entre 60 e 99 cirurgias: 20 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 relatório apresentado pela Seção de Avaliação e Controle (SEACONT), no período avaliado o hospital realizou 97 (noventa e sete) cirurgias oncológicas. Desta forma, o hospital pontua parcialmente.

PONTUAÇÃO: 20 (vinte) 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><u>Disponibilizou 100% do pactuado: 80 pontos;</u></p> <p>Não disponibilizou, não pontua.</p> | Relatório disponibilizado pelo gestor municipal através da SECONVAG-DEREG. |
| | | Enviar diariamente o censo com a distribuição dos leitos de UTI para a Central de Regulação Municipal. | B) Disponibilizar diariamente 7 (sete) leitos de UTI. | <p><u>Disponibilizou 100% (7 leitos): 100 pontos;</u></p> <p>Não disponibilizou, não pontua.</p> | Relatório da supervisão de regulação in loco X Censo Hospitalar. |

AVALIAÇÃO DO INDICADOR: Conforme informado pela SECONVAG, houve a disponibilização de 100% (cem por cento) dos leitos SUS, de acordo com o censo enviado pelo hospital, atingindo desta forma, **80 (oitenta) PONTOS** no item "a". Informa também a SECONVAG que os 07 (sete) leitos de UTI foram disponibilizados em sua totalidade, de forma que o hospital alcança **100 (cem) pontos** no item "b".

PONTUAÇÃO: 180 (cento e sessenta) pontos

| | | | | | | | | | |
|----------|---|---|--|----------|----|----------|---|---|---|
| 4 | REGULAÇÃO DE VAGAS EM OFTALMOLOGIA | Disponibilizar mensalmente a agenda de primeiras consultas, procedimentos cirúrgicos ambulatoriais/hospitalares para o Gestor Municipal por e-mail: seagen@santos.sp.gov.br, até o dia 20 antecedente ao mês. | Apresentar agenda mensal com a seguinte distribuição de vagas: <table border="1" data-bbox="758 510 1062 600"> <tr> <td>Catarata</td> <td>25</td> </tr> <tr> <td>Glaucoma</td> <td>4</td> </tr> </table> | Catarata | 25 | Glaucoma | 4 | Disponibilizou no trimestre pactuado: 20 pontos; Não disponibilizou, não pontua. | Relatório disponibilizado pela SEAGEN/ Dereg. |
| Catarata | 25 | | | | | | | | |
| Glaucoma | 4 | | | | | | | | |

AVALIAÇÃO DO INDICADOR: Conforme informado em relatório pela SEAGEN, no período avaliado foram disponibilizadas todas as vagas pactuadas, com atendimento a 100% do indicador.

PONTUAÇÃO: 20 PONTOS

METAS QUALITATIVAS

| ITEM | INDICADOR | AÇÃO | META | PONTUAÇÃO | FONTE DE INFORMAÇÃO |
|------|-------------------------|-----------------------------------|---|---|--|
| 5 | TAXA DE OCUPAÇÃO | Otimizar os recursos disponíveis. | Manter taxa de ocupação dos leitos de UTI em no mínimo 85%. | Manteve ocupação maior ou igual a 85%: 100 pontos; - entre 84,9 e 80%: 60 pontos; Abaixo de 80%: não pontua. | Relatório disponibilizado pela supervisão de regulação in loco fornecido pela SECONVAG/ Dereg. |

AVALIAÇÃO DO INDICADOR: Informado pela SECONVAG que o hospital manteve a ocupação da UTI no percentual de ocupação de 100%, em atendimento ao indicador.

PONTUAÇÃO: 100 (cem) pontos

| | | | | | |
|---|--|--|---|--|---|
| 6 | INTEGRAÇÃO COM O COMPLEXO REGULADOR MUNICIPAL | Manter NIR (Núcleo Interno de Regulação) multiprofissional com funcionamento das 24 horas (sete dias da semana) constituindo | - Manter NIR em conformidade com a legislação em vigor (Portaria de consolidação nº 02 de 28/09/2017, em seu artigo 6º, inciso IV. - Funcionamento 24 horas. | Aderiu entre 95% a 100% dos protocolos no trimestre: 80 pontos; Aderiu entre 94,9% a 90% dos | 1- Relatório de visita <i>in loco</i> realizado pelo gestor municipal por meio de equipe do Dereg. 2-Relatório disponibilizado pelo gestor |
|---|--|--|---|--|---|

| | | | | | |
|--|--|--|--|--|---|
| | | interface com a Central de Regulação Municipal, com adesão dos protocolos. | | protocolos no trimestre: 30 pontos; Abaixo de 90%: não pontua. | municipal através da SECONVAG-DEREG por meio de indicador. |
| | | Tempo de resposta | Manter tempo de resposta (aceite ou recusa) em até 1 hora. | <u>Respondeu 100% da solicitação em 1 hora: 100 pontos</u> Respondeu entre 99% e 90% da solicitação em 1 hora: 40 pontos Abaixo de 90%: não pontua | Relatório emitido pela CRV / Dereg/SMS |
| | | Taxa de Recusa | Manter taxa de recusa em no máximo 15% | <u>Aceite de 85% ou mais = 120 pontos</u> Aceite menor que 85% = não pontua | Relatório disponibilizado pelo gestor municipal através da SECONVAG-DEREG por meio de indicador |

AVALIACÃO DO INDICADOR: Com relação à primeira parte do indicador, conforme informado pela SECONVAG, de toda a regulamentação disposta em portaria para funcionamento do NIR, o hospital não atende apenas a questão do funcionamento 24 (vinte e quatro) horas, de forma que atende parcialmente ao indicador – **30 PONTOS**. Com relação à segunda parte do indicador, no tocante ao tempo de resposta, o hospital atendeu parcialmente ao indicador, pois o percentual de atendimento ficou em 90%, recebendo **40 PONTOS** de pontuação. Quanto à terceira parte do indicador, o hospital apresentou uma taxa de recusa de 96%. Porém, pelo fato da sua produção ultrapassar mensalmente o teto financeiro repassado pelo gestor, não haverá penalização neste quesito, recebendo **120 PONTOS**.

PONTUAÇÃO TOTAL DO INDICADOR: 190 PONTOS

| | | | | | |
|---|---------------------------------|---|---|---|--|
| 7 | 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. | <u>Apresentou ata de todas as Comissões: 40 pontos;</u> Não apresentou, não pontua. | Cópias das atas e documentos do indicador alusivos ao período devidamente assinados. |
|---|---------------------------------|---|---|---|--|

AVALIACÃO DO INDICADOR: Apresentadas pelo hospital as Atas da CCIH, Prontuário, Óbitos e Humanização realizadas no período avaliado. No período avaliado, só houve 1 (uma) reunião das comissões de prontuário e óbitos.

PONTUAÇÃO DO INDICADOR: 40 (quarenta) pontos

| | | | | | |
|---|---|---|--|---|---|
| 8 | 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><u>Alcançou 100% da meta: 40 pontos</u></p> <p><u>Alcançou entre 99,9% e 70% da meta: 20 pontos</u></p> <p><u>Alcançou percentual abaixo de 70%: não pontua</u></p> | Relatório demonstrativo apresentado pelo prestador, devidamente assinado. |
| <p><u>AValiação do Indicador:</u> Apresentada pelo hospital relatório com taxa de Infecção com percentual abaixo do preconizado pelo indicador.</p> <p><u>PONTUAÇÃO DO INDICADOR: 40 (quarenta) pontos</u></p> | | | | | |
| 9 | 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><u>Apresentou dentro do percentual pactuado: 30 pontos;</u></p> <p>Abaixo do percentual pactuado: 10 pontos;</p> <p>Não apresentou, não pontua.</p> | Relatórios apresentados pelo prestador, devidamente assinados |
| <p><u>AValiação do Indicador:</u> Apresentado pelo hospital relatórios com nível de satisfação dos clientes acima de 80% no período, atendendo ao indicador.</p> <p><u>PONTUAÇÃO DO INDICADOR: 30 (trinta) pontos</u></p> | | | | | |
| 10 | 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><u>Apresentou 100% dos contratos ou relatórios: 30 pontos;</u></p> <p>- entre 80% e 99,9%: 10 pontos;</p> <p>Abaixo de 80%, não pontua.</p> | Relatórios apresentados pelo prestador, devidamente assinados. |
| <p><u>AValiação do Indicador:</u> Apresentados os relatórios de manutenção dos elevadores, dos aparelhos de raio-x, tomografia, ultrassonografia, ar condicionado, atendendo ao indicador. Solicitado ao hospital que a equipe de manutenção do equipamento de radioterapia faça a inserção de uma conclusão sobre o status de funcionamento do equipamento.</p> <p><u>PONTUAÇÃO DO INDICADOR: 30 (trinta) pontos</u></p> | | | | | |

| | | | | | |
|----|--|---|--|---|---|
| 11 | 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: 40 pontos; Acima de 4%, não pontua. | Relatório emitido pelo prestador, devidamente assinado. |
|----|--|---|--|---|---|

AVALIAÇÃO DO INDICADOR: Apresentado relatório com taxa de mortalidade institucional abaixo de 4% no período avaliado.

PONTUAÇÃO DO INDICADOR: 40 (quarenta) PONTOS

| | | | | | |
|----|--|--|--|---|---|
| 12 | 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. Manter gestão de riscos (Identificação de riscos, análise, avaliação e monitoramento); <i>Manter sistemática de notificação de eventos adversos.</i> | Apresentou 100% das ações mencionadas no indicador: 50 pontos; - apresentou parcialmente: 25 pontos; - não apresentou: não pontua. | 1- Relatório de visita <i>in loco</i> realizado pelo gestor municipal por meio de equipe de Auditoria do Dereg. |
|----|--|--|--|---|---|

AVALIAÇÃO DO INDICADOR: Conforme relatório técnico realizado 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

| | | | | | |
|----|----------------------------|--|--|--|---|
| 13 | 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 de Auditoria do Dereg. |
|----|----------------------------|--|--|--|---|

AVALIAÇÃO DO INDICADOR: Conforme relatório técnico realizado 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 320 PONTOS

001 a 100 pontos – 25 % da parte variável

101 a 180 pontos – 50 % da parte variável

181 a 239 pontos – 75 % da parte variável

| |
|--|
| 240 a 320 pontos – 100 % da parte variável |
| QUADRO DE PONTUAÇÃO E PORCENTAGEM A RECEBER REFERENTE ÀS METAS QUALITATIVAS |
| SCORE TOTAL 680 PONTOS |
| 001 a 279 pontos – 25 % da parte variável |
| 280 a 479 pontos – 50 % da parte variável |
| 480 a 579 pontos – 75 % da parte variável |
| 580 a 680 pontos – 100% da parte variável |

Na somatória de pontos, o hospital totalizou **280** (duzentos e oitenta) 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 **570** (quinhentos e setenta) pontos, atingindo o percentual de 75% (setenta e cinco por cento) para recebimento da parte variável.

Nada mais havendo a acrescentar, encerra-se a presente ata, que foi digitada por mim, Maria José Lima do Carmo Martinatti _____ e assinada por todos os presentes.

MEMBROS DA COMISSÃO PELA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

FLÁVIA MENDES DE SOUZA (COREG) _____

ANDREZA GALVÃO DE CAMARGO (SEAUDIT) _____

SILVIA DE ALMEIDA MENDES ANDRADE (SECONVAG) _____

MARIZANGELA LIMA SOARES _____

MEMBROS DA COMISSÃO PELO SOCIEDADE PORTUGUESA DE BENEFICÊNCIA

NÉRIA LÚCIA DOS SANTOS _____

FLEURI GOMES DE MELO FILHO _____

REPRESENTAÇÃO DO CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE: AUSENTE

PARTICIPANTE CONVIDADA:

JULIANA DE SOUZA MORADO _____