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 MAIO, JUNHO E JULHO DE 2023 (TERCEIRO TRIMESTRE DO PLANO OPERATIVO) – Aos 28 (vinte e oito) dias do mês de setembro 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 14h30 horas, onde compareceram: pela SOCIEDADE PORTUGUESA DE BENEFICÊNCIA: Cesar Augusto Ferreira dos Santos e Fleuri Gomes de Melo Filho (Sociedade Portuguesa de Beneficência), membros titulares da comissão, pelo DEREG: Eloisa Fraga Lopes Galasso (DEREG), Flávia Mendes de Souza (COREG), Thais Cardoso Soares (SEACONT), Geovana Domingos Nunes (COACE) e Silvia de Almeida Mendes Andrade (SECONVAG) – membros suplentes da comissão. 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	**Disponibilizar:** - 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)**. **OBSERVAÇÃO: As agendas deverão ser disponibilizadas pelo hospital até o dia 10 (dez) de cada mês.**	**Disponibilizou 100% do pactuado: 85 pontos;** - entre 99% e 80%: **70 pontos**; - entre 79% e 70%: **50 pontos**; Abaixo de 70%, **não pontua**.	1 - Relatório apresentado pela Instituição demostrando 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
AVALIAÇÃO DO INDICADOR: 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 parcial ao indicador, tendo em vista que a					

quantidade de vagas de oncologia clínica ficou abaixo do estipulado, atingindo 45% do indicador. Quanto a cintilografia, o indicador foi atendido dentro do 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 25%. No total, atingido 70% dos indicadores.

PONTUAÇÃO: 50 (cinquenta) 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.	**Realizou no trimestre:** **163 cirurgias ou mais: 85 pontos**; - entre 100 e 162 cirurgias: **70 pontos**; - entre 60 e 99 cirurgias: **50 pontos**; Realizou menos que 60 cirurgias, **não pontua**.	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 102 (cento e duas) cirurgias oncológicas. Desta forma, o hospital pontua parcialmente.

PONTUAÇÃO: 70 (setenta) 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.	**Disponibilizou 100% do pactuado: 85 pontos;** Entre 99% e 80%: **70 pontos**; - Entre 79% e 70%: **50 pontos** Abaixo de 70%: **não pontua**. Não disponibilizou: **não pontua.**	Relatório disponibilizado pelo gestor municipal através da SECONVAG-DEREG.
		Enviar diariamente o censo com a distribuição dos leitos de UTI para a Central	(B) Disponibilizar diariamente **7 (sete)** leitos de UTI.	**Disponibilizou 100% (7 leitos): 85 pontos;** Entre 99% e 80%: **70 pontos**;	Relatório da supervisão de regulação in loco X Censo Hospitalar.

		de Regulação Municipal.		- Entre 79% e 70%: **50 pontos** Abaixo de 70%: **não pontua**. Não disponibilizou: **não pontua.**	

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, **85 (oitenta e cinco) 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 **85 (oitenta e cinco) pontos** no item "b".
PONTUAÇÃO: 170 (cento e setenta) pontos

TOTAL DE PONTOS DAS METAS QUANTITATIVAS – 290 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%.	**Manteve ocupação maior ou igual a 85%: 80 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 91,21%, em atendimento ao indicador.
PONTUAÇÃO: 80 (oitenta) pontos

5	**INTEGRAÇÃO COM O COMPLEXO REGULADOR MUNICIPAL**	Constituir interface com a Central de Regulação Municipal.	- Manter Núcleo Interno de Regulação (NIR) conforme regulamentação, atendendo aos seguintes requisitos mínimos: - Médico horizontal ou diarista (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 90% a 100% do indicador: 80 pontos**; Atendeu entre 89,90% a 80% do indicador: **60 pontos**; Abaixo de 80%: **não pontua.**	1- Relatório de visita *in loco* realizado pelo gestor municipal por meio de equipe do DEREG. 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 pela SECONVAG, 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 não respondeu em 1 (uma) hora, 85% dos casos, **não atendendo ao indicador – NÃO PONTUA**. Quanto à terceira parte do indicador, o hospital apresentou uma taxa de recusa de 93%. Porém, pelo fato da sua produção ultrapassar mensalmente o teto financeiro repassado pelo gestor, não haverá penalização neste quesito – **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 da CCIH, Prontuário, Óbitos e Humanização realizadas no período avaliado. **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	Manter taxa de infecção hospitalar inferior a 5% (cinco por cento)	**Alcançou 100% da meta: 50 pontos** **Alcançou entre 99,9% e 70% da meta: 30 pontos**	Relatório demonstrativo apresentado pelo prestador, devidamente assinado.

		com a legislação e vigor		**Alcançou percentual abaixo de 70%: não pontua**	
AVALIAÇÃO DO INDICADOR: Apresentada pelo hospital relatório com taxa de Infecção com percentual abaixo do preconizado pelo 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%.	**Apresentou dentro do percentual pactuado: 50 pontos;** Abaixo do percentual pactuado: **10 pontos**; Não apresentou, **não pontua.**	Relatórios apresentados pelo prestador, devidamente assinados
AVALIAÇAO DO INDICADOR: Apresentado pelo hospital relatórios com nível de satisfação dos clientes acima de 80% no período, atendendo 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.	**Apresentou 100% dos contratos ou relatórios: 40 pontos**; - Entre 80% e 99,9%: 3**0 pontos**; Abaixo de 80%, **não pontua**.	Relatórios apresentados pelo prestador, devidamente assinados.
AVALIAÇÃO DO INDICADOR: Apresentados os relatórios de manutenção dos elevadores, dos aparelhos de raio-x, tomografia, ultrassonografia, ar condicionado, atendendo ao indicador. **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 relatório com taxa de mortalidade institucional abaixo de 4% no período avaliado. **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 *in loco* 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**					
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 *in loco* 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**					
TOTAL DE PONTOS DAS METAS QUALITATIVAS – 560 PONTOS					

QUADRO DE PONTUAÇÃO E PORCENTAGEM A RECEBER REFERENTE ÀS METAS QUANTITATIVAS **SCORE TOTAL 290 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 560 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 **290** (duzentos e noventa) 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, atingindo o percentual de 100% (cem por cento) para recebimento da parte variável.
Nada mais havendo a acrescentar, encerra-se a presente ata, que foi digitada por mim, Fernanda Corrêa Soave_____ e assinada por todos os presentes.

MEMBROS DA COMISSÃO PELA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

ELOISA FRAGA LOPES GALASSO (DEREG) _____

FLÁVIA MENDES DE SOUZA (COREG)_____

GEOVANA DOMINGOS NUNES (COACE) _____

SILVIA DE ALMEIDA MENDES ANDRADE (SECONVAG) _____

THAIS CARDOSO SOARES (SEACONT) _____

MEMBROS DA COMISSÃO PELA SOCIEDADE PORTUGUESA DE BENEFICÊNCIA

FLEURI GOMES DE MELO FILHO_____

REPRESENTAÇÃO DO CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE:

Encaminhado e-mail solicitando a participação, porém não compareceu nenhum conselheiro.

PARTICIPANTE CONVIDADO:

CESAR AUGUSTO FERREIRA DOS SANTOS_____