

Mogi das Cruzes, 09 de fevereiro de 2024.

RELATÓRIO ANUAL DE ATIVIDADES

Artigo 155 – Inciso VII

CONVÊNIO 372/2020

SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE MOGI DAS CRUZES, inscrita no CNPJ nº 52.543.766/0001-16, por meio do T.A/CONV. Nº. 372/2020, recebeu no exercício de 2022 R\$ 2.982.530,00, em 05 (cinco) parcelas de R\$ 596.506,00, destinado para Custeio.

Este repasse foi utilizado no exercício de 2022, conforme plano de trabalho estabelecido, atingindo o seu objetivo proposto e sendo aplicado da seguinte forma:

COMPARATIVO DE METAS

Metas Quantitativas

(A) - Alcançar no mínimo 90% de Taxa de produção conveniada / contratada.

RESULTADO: Alcançamos 93,25% da taxa de produção conveniada, segue em **anexo A**.

(B)- Alcançar no mínimo 85% da TOH (leitos SUS clínica médica e cirúrgica) na unidade hospitalar

RESULTADO: A taxa de ocupação de clinica cirúrgica ficou em 83,34% **não** atingindo a meta.

A taxa de ocupação de clinica médica ficou em 92,44% alcançando a meta, conforme **anexo B e C**.

(C)- Alcançar no mínimo 90% da TOH de leitos/SUS aos pacientes internados na unidade UTI- Adulto.

RESULTADO: A taxa de ocupação de UTI - Adulto ficou em 83,34% **não** atingindo a meta, conforme **anexo B e C**.

(D) - Alcançar tempo médio de permanência em internação menor que 7 dias na especialidade clínica médica.

RESULTADO: O tempo médio de permanência na clínica médica foi 6,47 dias, alcançando assim meta, conforme **anexo D, E e F.**

(E) - Alcançar tempo médio de permanência em internação menor que 7 dias na especialidade clínica cirúrgica

RESULTADO: O tempo médio de permanência na clínica cirúrgica foi 3,97 dias, alcançando assim meta, conforme **anexo D, E e F.**

(F) - Alcançar tempo médio de permanência em internação menor que 7 dias na unidade UTI-Adulto

RESULTADO: O tempo médio de permanência na clínica médica foi 9,04 dias, não alcançando assim meta, conforme **anexo D, E e F.**

(G) - Alcançar Taxa de mortalidade Institucional (menor ou igual) a 3%.

RESULTADO: A Taxa de mortalidade em 2022 foi de 2,57%, alcançando assim a meta, conforme **anexo G.**

(H) - Apresentar relatório mensal da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar, contendo dados registrados quanto aos indicadores de Infecção Hospitalar.

RESULTADO: Relatório completo em **anexo H.**

(I) - Garantir Incidência de queda de pacientes (menor ou igual) a 2%.

RESULTADO: A Incidência de queda de pacientes em 2022 foi de 0,00%, conforme **anexo I.**

(J) - Alcançar Índice de rotatividade (maior ou igual) a 4 dias.

RESULTADO: O índice de rotatividade tem media de 6,17 dias, alcançando assim a meta, conforme **anexo J.**

(K) - Manter e garantir o Índice de uso de sala cirúrgica (número médio de cirurgias realizadas por sala, por dia).

RESULTADO: O índice de sala tem como média 2,90 dias, conforme **anexo K**.

Metas Qualitativas

1. - Garantir as atualizações mensais do CNES da Instituição.

RESULTADO: Segue relatório das atualizações mensais, conforme **anexo A**.

2. - Manter igual ou maior que 25% os registros de CID secundários informados em A.I.H, discriminados por especialidades: pediátrica, obstetrícia, clínica médica e clínica cirúrgica.

RESULTADO: Atingimos a meta, sendo 73,25%. Conforme **anexo nº 2**

3. - Garantir no mínimo 90% das atualizações diárias no Portal CROSS, Módulo Pré-Hospitalar das informações disponíveis dos recursos disponíveis para atendimentos de urgências.

RESULTADO: Segue indicador do Portal CROSS, para comprovação da meta.

4. - Garantir maior ou menor que 90% dos atendimentos de Urgência e Emergência citados, mediado pela Central de Regulação, nas 24 h nos 07 dias da semana.

RESULTADO: NÃO ENCONTRAMOS O INDICADOR PARA DEMONSTRAR A META.

5. - Garantir em no mínimo 90% as atualizações diárias, no Portal CROSS, Módulo de Leitos ou Leitos com AIH, notificando a ocupação de leitos hospitalares.

RESULTADO: NÃO ENCONTRAMOS O INDICADOR PARA DEMONSTRAR A META NO PORTAL CROSS.

- 6. - Garantir em no mínimo 90% as atualizações diárias no Portal CROSS - Módulo Ambulatorial, da recepção dos pacientes agendados**

RESULTADO: NÃO ENCONTRAMOS O INDICADOR PARA DEMONSTRAR A META NO PORTAL CROSS.

- 7. - Garantir a disponibilização mensal da agenda ambulatorial no Portal CROSS - módulo ambulatorial no prazo do cronograma**

RESULTADO: NÃO ENCONTRAMOS O INDICADOR PARA DEMONSTRAR A META NO PORTAL CROSS.

- 8. - Manter o Protocolo de Atendimento e Classificação de Risco, fornecer mensalmente o nº de pacientes atendidos segundo a classificação.**

RESULTADO: Segue relatório, conforme **anexo H**.

- 9. - Implantar e manter Protocolo de Alta Hospitalar Responsável.**

RESULTADO: Segue relatório de Alta Responsável, conforme **anexo I**.

- 10. - Implementar e manter Custos por Absorção com apresentação mensal dos custos.**

RESULTADO: Segue relatórios mensais, conforme **anexo J**.

- 11. - Implantar e manter a Política Estadual de Humanização (PEH).**

RESULTADO: Segue Plano Institucional de Humanização, conforme **anexo K**.

- 12. - Apresentação de no mínimo 80% das contas hospitalares, no mês imediato ao encerramento de AIH (alta hospitalar).**

RESULTADO: NÃO Atingimos a meta, sendo 76,60%. Conforme **anexo nº 12**

- 13. - Apresentação de no mínimo 80% das contas ambulatoriais, no mês imediato ao encerramento do procedimento (APAC).**

RESULTADO: Atingimos a meta, sendo 100%. Conforme **anexo nº 13**, sendo que o

único procedimento pactuado na FBO são as cirurgias cataratas.

14.- Caracterização correta da internação de no mínimo 80% de AIH de Urgência (caráter 3 a 6) / AIHEletiva (caráter 1) - por amostragem

RESULTADO: Atingimos a meta, sendo 87,73. Conforme anexo nº 14

15.- Apresentar os relatórios da Comissões de (Ética Médica) Obrigatórias.

RESULTADO: Segue Relatórios de Comissão de Ética Médica, conforme **anexo O.**

16.- Manter a Comissão Intra - Hospitalar de doação de órgãos e tecidos para transplantes

RESULTADO: Segue relatórios mensais CIHDOTT, conforme **anexo P.**

17.- Implantar / Implementar o Plano de Atendimento a de-sastres e incidentes com múltiplas vítimas

RESULTADO: Segue Plano de Atendimento a desastres e incidentes com multiplas, conforme **anexo Q.**

18.- Licença de Alvará – VISA

RESULTADO: Segue as Licenças de Alvara - VISA, conforme **anexo R.**

19.- Garantir Taxa de suspensão de Cirurgia Eletivas por motivos administrativos (menor ou igual) a10% (exceto cirurgias ambulatoriais).

RESULTADO: A taxa de suspensão foi de 1,97%, conforme **anexo S.**

20.- Alcançar taxa de recusa de solicitações de Urgência mediadas pela Central de Regulação (menor ou igual) a 10%.

RESULTADO: NÃO ENCONTRAMOS O INDICADOR PARA DEMONSTRAR A META.

21. - Percentual (%) de Vaga Zero (menor ou igual) que 10%.

RESULTADO: Segue relatório do Portal CROSS, pertinente ao percentual de vaga zero, conforme **anexo U**.

22. - Manter Educação permanente, capacitações e treinamentos.

RESULTADO: Segue planilhas de capacitação e treinamentos realizados no Hospital Santa Casa de Mogi das Cruzes, conforme **anexo V**.

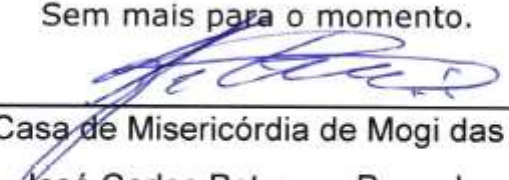
23. - Apresentação anual do Balanço Patrimonial e Declaração de análise econômica e financeira, contendo resultado do exercício com resultado (= maior ou igual) a 1%.

RESULTADO: Segue Balanço Patrimonial e Análise Econômica e Financeira de 2022, conforme **anexo W**.

24. - Relação de Enfermagem por Leito (maior ou igual) à 0,36%.

RESULTADO: A média é de 0,51%, atingindo a meta conforme **anexo X**.

Sem mais para o momento.



Santa Casa de Misericórdia de Mogi das Cruzes

José Carlos Petreca - Provedor