

Mogi das Cruzes, 29 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 2023, 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 93,50% 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 78,13% **não** atingindo a meta.

A taxa de ocupação de clinica médica ficou em 89,78% 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 68,13% **não** atingindo a meta, conforme **anexo B e C**.

102
17

(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 5,59 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 3,61 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 4,40 dias, 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 2023 foi de 1,97%, 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 2023 foi de 0,02%, conforme **anexo I.**

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

RESULTADO: O índice de rotatividade tem media de 5,77 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 cirúrgica SUS tem como média 3,15 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 79,43%. 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: Não atingimos a meta, sendo 87,40%. Conforme anexo nº 3.

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: Atingimos a meta, sendo 96,67%. Conforme anexo nº 4.

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 8**.

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

RESULTADO: Segue relatório de Alta Responsável, conforme **anexo 9**.

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

RESULTADO: NÃO ENCONTRAMOS O INDICADOR PARA DEMONSTRAR.

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

RESULTADO: Segue Plano Institucional de Humanização, conforme **anexo 11**.

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

RESULTADO: NÃO Atingimos a meta, sendo 94,83%. 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.

105
8

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 8.

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

RESULTADO: Segue relatório de Alta Responsável, conforme anexo 9.

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 11.

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

RESULTADO: NÃO Atingimos a meta, sendo 94,83%. 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 83,19. Conforme **anexo nº 14**

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

RESULTADO: Segue Relatórios de Comissão de Ética Médica, conforme **anexo 15.**

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

RESULTADO: Segue relatórios mensais CIHDOTT, conforme **anexo 16.**

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 17.**

18. - Licença de Alvará – VISA

RESULTADO: Segue as Licenças de Alvara - VISA, conforme **anexo 18.**

19. - Garantir Taxa de suspensão de Cirurgia Eletivas por motivos administrativos (menor ou igual) a 10% (exceto cirurgias ambulatoriais).

RESULTADO: A taxa de suspensão foi de 1,19%, conforme **anexo 19.**

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 21**.

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 22**.

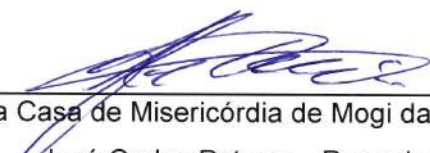
23. - Apresentação anual do Balanço Patrimonial e Declaração de análise econômica e financeira, contendo resultado do exercício com resultado (= maior ou igual) a 1%.

RESULTADO: Segue Balanço Patrimonial e Analise Economica e Financeira de 2022, conforme **anexo 23**.

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

RESULTADO: A média é de 0,44%, atingindo a meta conforme **anexo 24**.

Sem mais para o momento.



Santa Casa de Misericórdia de Mogi das Cruzes
José Carlos Petreca - Provedor