HOSPITAL REGIONAL
DE CIRURGIAS DA GRANDE DOURADOS

Relatório de Desempenho

MAIO - AGOSTO/2024

Sumário

IDENTIFICAÇÃO DO HOSPITAL 3

IDENTIFICAÇÃO DOS RESPONSÁVEIS 3

LISTA DE SIGLAS 7

1 INTRODUÇÃO 8

2 MÉTODO 8

3 DESENVOLVIMENTO 8

DADOS DE INDICADORES DO EIXO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE 9

INDICADORES DO EIXO DE ASSITÊNCIA À SAÚDE 17

INDICADORES DE METAS DO EIXO DE GESTÃO 18

4 CONCLUSÃO 29

IDENTIFICAÇÃO DO HOSPITAL

Hospital: **Hospital Regional de Cirurgias da Grande Dourados (HRCGD)**

CNES: **7868863**

Endereço: **Rua Coronel Ponciano de Mattos Pereira, nº 3.233, Vila Alba, CEP: 79.830-220, Dourados – MS.**

Telefone: (67) 9.8182-1193 | 0800-038-5840 | (67) 9.9800-2048

Contrato de Gestão nº 002/2020/SES – GCONT 13538

IDENTIFICAÇÃO DOS RESPONSÁVEIS
Organização Social de Saúde: Instituto Social Mais Saúde

PRESIDENTE

Nome: **Mariana Moniz Meirelles Reis** RG: 1X.XXX.XXX-6 - SSP/SPCPF: 1XX.XXX.XXX.-X8

Endereço Comercial: Rua Casa do Ator, nº 1.117, Conjunto 163, 16º Andar, VilaOlímpia, CEP: 04.546-004, São Paulo - SP

Telefone: (11) 3842-1501

Ato de Nomeação: Ata de Eleição da Atual Diretoria e 8º Estatuto Social

Endereço Residencial: Rua Min. Roberto Cardoso Alves, nº 602, Alto da Boa Vista, CEP:04.737-000, São Paulo – SP

DIRETORIA DO HOSPITAL REGIONAL DE CIRURGIAS DA GRANDE DOURADOS:

Diretor Geral: **Alex Marques Cruz**

Formação Profissional: Administrador Hospitalar

RG: 3 X.XXX.XXX-9 – SSP/SP

CPF: 2 XX.XXX.XXX.-X1

Ato de Nomeação: 27/07/2021

Início da vigência: 27/07/2021

Endereço Residencial: Rua Rangel Torres, nº 1485, casa 5, jardim Guanabara, CEP: 79.830-030, Dourados – MS

Telefone: (18) 9.9707-7121

E-mail: diretoria@dourados.institutomaissaude.org.br

Diretor Técnico: **Cassio Tafarel Petek**

Formação Profissional: Médico Ortopedista
CRM/MS: 7XX6/MS

RG: 0XX.XXX.XX2-SP/MS

CPF: 0XX.XXX.XXX-X6
Ato de Nomeação: 01/08/2021

Início da vigência: 01/08/2021

Endereço Residencial: Rua Dr. Camilo Hermelindo, nº 529, Centro,

CEP: 79.890-000,Itaporã – MS

Telefone: (67) 9.9246-8474

E-mail: direcaotecnica@dourados.institutomaissaude.org.br

Diretor Clínico: **Rubson Rodrigues Junior**

CRM-MS: 6XX6/MS

RG: 1X.XXX.XX3 – SSP/MT

CPF: 0XX.XXX.XXX-X5

Ato de Nomeação: 12/06/2019

Início de Exercício: 12/06/2019

Endereço Residencial: Rua João Vicente Ferreira, nº 1.840, Jardim Tropical,

CEP:79.824-030, Dourados – MS

Telefone: (67) 9.9621-1277

E-mail: rubsonjuninho@hotmail.com

Responsável Técnica de Enfermagem: **Edina Marques Barbosa**

Formação Profissional: Enfermeira

COREN/MS: 2XXXX6

RG: 4XXXXX3 SSP/SC

CPF: 0XX.XXX.XXX.X5

Ato de Nomeação: 21/11/2022

Início da vigência: 21/11/2022

Endereço Residencial: Rua Presidente Vargas, 1605, ap 304

CEP: 79825090, Dourados – MS

Telefone: (67) 98162-5763
E-mail: gerencia.enfermagem@dourados.institutomaissaude.org.br

Coordenador Administrativo: **Alexandre Aguilera de Melo Gasoto**

Formação Profissional: Cientista Social

RG: 0XX.XXX.XX3 - SSP/MS

CPF: 7XX.XXX.XXX-X0

Ato de Nomeação: 01/03/2022

Início da vigência: 01/03/2022

Endereço Residencial: Rua Oliveira Marques, nº 3730, Jardim Paulista,

CEP: 79.830-040, Dourados – MS

Telefone: (67) 9.8481-1897

E-mail: faturamento@dourados.institutomaissaude.org.br

Responsável Técnico pela Farmácia: **Ewerton Esterque Rocha**

Formação Profissional:

Farmacêutico CRF-MS: 3XXX/MS

RG: 0XX.XXX.XX4- SSP/MS

CPF: 7XX.XXX.XXX-X0

Ato de Nomeação: 01/12/2020

Início da vigência: 01/12/2020

Endereço Residencial: Rua Raul Frost, nº 2715, Terra Rocha, CEP: 79.840-280,

Dourados – MS

Telefone: (67) 9.9934-6251

E-mail:

suprimentos@dourados.institutomaissaude.org.br

TÉCNICO RESPONSÁVEL DA ÁREA ADMINISTRATIVA, ADMINISTRATIVA, CONTÁBIL E FINANCEIRA:

André Nascimento

Formação Profissional: Administração de Empresas-

MBA Executivo em Finanças

RG: 2X.XXX.XXX-3 – SSP/SP

CPF: 2XX.XXX.XXX-X0

Telefone: (11) 98632-0406

E-mail: andre.nascimento@ismsaude.org.br

TÉCNICO RESPONSÁVEL PELA PRESTAÇÃO DE CONTAS E CONTROLADORIA:

Poliane Pereira dos Santos
Formação Profissional: Administração de Empresas

MBA em Gestão Financeira, Controladoria e Auditoria

RG: 3X.XXX.XXX-8 – SSP/SP

CPF: 2XX.XXX.XXX-X2

Telefone: (11) 98047-2467

E-mail: poliane.santos@ismsaude.org.br

CONTADOR:
Felipe josé da Silva Junior

Formação Profissional: Contador

CRC/SP: 2XXXXX/X-6

RG: 2XXXXXXX-4 – SSP/SP

CPF: 2XX.XXX.XXX-X1

Ato de Nomeação ou Contrato: Contrato de Prestação de Serviços

Início da vigência: 01/06/2022

Telefone: (11) 3842-1501

E-mail: controladoria@ismsaude.org.br

ASSESSORIA JURIDICA:

Advogado: **Yuri Vasconcelos**

OAB/SP nº 3XX.XX6

CPF: 3XX.XXX.XXX-X9

Ato de Nomeação ou Contrato: Contrato de Prestação de Serviços

Início da vigência: 20/11/2022

Telefone: 11 98242-6282

E-mail: yuri.vasconcelos@ismsaude.org.br

EQUIPE RESPONSÁVEL PELA ELABORAÇÃO DO RELATÓRIO

NOME	CARGO
Alex Marques Cruz	Diretor Geral
Edna Marques Barboza	Responsável técnica de Enfermagem
Ewerton Esterque Rocha	Responsável Técnico Farmacêutico
Alexandre Aguilera Gasoto	Supervisor Administrativo

LISTA DE SIGLAS

CCIH	Comissão de Controle de Infecção Hospitalar
CCIRAS	Comissão de Controle de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde
CECAA	Coordenadoria Estadual de Controle, Avaliação e Auditoria
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
SGE	Superintendência-Geral de Gestão Estratégica
DATASUS	Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde
MS	Mato Grosso do Sul
SES	Secretaria de Estado de Saúde
SIA/SUS	Sistema de Informação Ambulatorial do SUS
SIHD/SUS	Sistema de Informação Hospitalar Descentralizado do SUS
SUS	Sistema Único de Saúde

1 INTRODUÇÃO

O presente Relatório trata da Prestação de Contas das metas assistenciais, que compreendem as metas de produção, desempenho e qualidade, em atenção ao disposto na Cláusula Décima do Contrato de Gestão nº 002/2020 – GCONT 13538.

O Contrato supracitado tem por objeto estabelecer o compromisso entre as partes para gerenciar, operacionalizar e executar as ações e serviços de saúde ambulatoriais e hospitalares no HRCGD, descritos no Anexo desse Instrumento e foi assinado com a SES/MS no dia 05 de junho de 2020.

O Desenvolvimento do Relatório apresenta o cumprimento do objeto do Contrato de Gestão, de acordo com a sistematização estabelecida no Regulamento do Tribunal de Contas do Estado de Mato Grosso do Sul (TCE-MS), para a remessa obrigatória de informações, dados, documentos e demonstrativos, aprovado por meio da Resolução - TCE-MS nº 54, de 14 de dezembro de 2016.

Desse modo, o Relatório contempla para cada meta o respectivo indicador, as ações previstas para alcance da meta, as ações realizadas e o percentual de alcance das metas de produção ambulatorial, hospitalar e de desempenho e qualidade. Ademais, para as metas não alcançadas, apresentam-se, em seguida, as respectivas justificativas.

2 MÉTODO

Para desenvolvimento desse Relatório de Prestação de Contas, a equipe realizou os seguintes procedimentos:

a- Análise dos dados de registro do sistema PR e CORE;

b- Levantamento de dados do faturamento;

c- Reunião para compilação de dados com a equipe.

3 DESENVOLVIMENTO

Para melhor análise do desempenho do HRCGD atendendo ao Contrato de gestão e ao 9º TA estabeleceu ajuste das metas, bem como incremento de complexidade nos procedimentos ambulatoriais e cirúrgicos de média complexidade realizados

na unidade conforme quadro abaixo:

CLÁUSULA QUARTA - CRITÉRIOS DE METAS DE PRODUÇÃO

4.1 Os critérios de metas e produção seguirão a mesma sistemática de pagamento já prevista em contrato de gestão nº 02/2020, sendo informados através de Relatório enviado pela Organização Social de Saúde e aferido pela Comissão de Avaliação da Secretaria Estadual de Saúde, sendo os valores pagos os mesmos praticados no contrato vigente, conforme Planilha Orçamentária e descritos abaixo:

Especialidade	Quantidade	Procedimento	Mensal	Quadrimestral
Cirurgia Ginecológica	41	Histerectomia total	24	96
		Colpoperineoplastias	17	68
		tratamento cirúrgico de incontinência urinária por via vaginal		
		Exerese de glândula de Bartholin/Skene		
		Laqueadura Tubária		
		Curetagens Uterinas		
		Outras cirurgias ginecológicas		
Cirurgia geral	116	Colecistectomia	78	312
		Hernioplatia	38	152
Cirurgia Ortopédica	91	Reconstrução ligamentar intra-articular de joelho (LCA)	28	112
		Tratamento cirúrgico de rotura de menisco	24	96
		Reparo de rotura do manquito rotador	24	96
		Tratamento cirúrgico de luxação recidivante de articulação escapulo-umeral	5	20
		Outras cirurgias ortopédicas	10	40
Cirurgia Vascular	20	Tratamento cirúrgico de varizes (uni/bilateral)	20	80
TOTAL			**268**	**1072**

4.2 Meta de Produção para atendimento ambulatorial de média complexidade na Unidade (NR)

Tipo de Atendimento	Mensal	Quadrimestral
Diagnóstico por laboratório Clínico	1000	4000
Diagnóstico por radiologia	100	400
Diagnóstico por Ultrassonografia	80	320
Consultas médicas especializadas, incluindo risco cirúrgico	350	1400
Diagnóstico por colonoscopia	30	120
Diagnóstico por endoscopia	30	120
TOTAL	**1590**	**6360**

13º TA estabeleceu ajuste das metas ambulatoriais, com a inserção da meta de tratamento esclerosante não estético no quantitativo de 200 procedimentos mês

DADOS DE INDICADORES DO EIXO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE

Quadro 1- Descrição: Produção para atendimento ambulatorial de média complexidade no HRCGD.

Indicadores: Quantitativo da produção no período, meta de produção x 100% de alcance da meta na competência 01 de maio a 31 de agosto de 2024.

Consultas especializadas	MAI	JUN	JUL	AGO	TOTAL	META	ALCANCE
CARDIOLOGISTA	248	230	267	327	1072	-	-
CIRURGIA GERAL	260	286	390	283	1219	-	-
CIRURGIA VASCULAR	52	75	64	49	240	-	-
GINECOLOGIA	146	170	161	211	688	-	-
ORTOPEDIA	261	297	280	269	1107	-	-
TRATAMENTO ESCLEROZANTE	198	208	217	184	807	800	101%
Total	1165	1266	1379	1323	5133	1248	411%

Exames de Apoio Diagnóstico	MAI	JUN	JUL	AGO	TOTAL	META	ALCANCE
Diagnóstico por laboratório Clínico	2704	3310	3852	3334	13200	4000	330%
Diagnóstico por endoscopia	14	17	19	14	64	120	53%
Diagnóstico por colonoscopia	13	15	14	15	57	120	48%
Diagnóstico por radiologia	223	309	324	264	1120	400	280%
Diagnóstico por Ultrassonografia	43	35	55	44	177	320	55%
Total	2997	3686	4264	3671	14618	4960	295%

Fonte: CORE, relatório do NIR e PR Sistemas

No mês de maio foram realizados 4162 procedimentos ambulatoriais, sendo 967 consultas médicas nas especialidades de cirurgia geral, ortopedia, vascular, ginecologia e risco cirúrgico, 198 tratamento esclerosante e 2997 apoio diagnósticos.

No mês de junho foram realizados 4952 procedimentos ambulatoriais, sendo 1058 consultas nas especialidades de cirurgia geral, ortopedia, vascular, ginecologia e risco cirúrgico, 208 procedimentos de tratamento esclerosante, e 3686 apoio diagnósticos.

No mês de julho foram realizados 5643 procedimentos ambulatoriais, sendo 1162 consultas nas especialidades de cirurgia geral, ortopedia, vascular, ginecologia, risco cirúrgico, 217 procedimentos de tratamento esclerosante e 4264 apoio diagnósticos.

No mês de agosto foram realizados 4994 procedimentos ambulatoriais, sendo 1139 consultas nas especialidades de cirurgia geral, ortopedia, vascular, ginecologia, risco cirúrgico, 184 procedimentos de tratamento esclerosante e 3671 apoio diagnósticos.

Os exames foram ofertado para os pacientes regulados via CORE e fila interna do HRCGD para viabilizar as cirurgias.

Observa-se a alta produtividade da instituição para os procedimentos ambulatoriais afim de captar pacientes elegíveis para a realização da meta cirúrgica.

Quadro nº 02 – Quadro com a quantidade ofertada de consultas, agendamentos perda primária e absenteísmo.

HOSPITAL-VAGAS INTERNAS					
AMBULATORIO	MAI	JUN	JUL	AGO	**Total do quadrimestre**
OFERTA	806	723	821	948	**3298**
AGENDADO	723	673	790	794	**2980**
PERDA PRIMÁRIA	83	50	31	154	**318**
REALIZADO	681	641	757	762	**2841**
ABSENTEÍSMO	42	32	33	32	**139**
CORE-PRIMEIRA CONSULTA					
AMBULATORIO	MAI	JUN	JUL	AGO	**Total do quadrimestre**
OFERTA	535	619	636	635	**2425**
AGENDADO	467	579	626	582	**2254**
PERDA PRIMÁRIA	68	40	10	53	**171**
REALIZADO	331	449	506	465	**1751**
ABSENTEÍSMO	136	130	120	117	**503**

Fonte: CORE, relatório do NIR e PR Sistemas

O critério de perda primária nos evidencia o quantitativo de pacientes que deixaram de ser atendidos na unidade, ou seja, disponibilizamos agenda para o complexo regulador e as mesmas não foram agendadas.

Já quanto ao absenteísmo no quadrimestre é o quantitativo de pacientes que foram agendados e não compareceram a consulta.

Ao analisarmos o quantitativo de pacientes agendados pela central estadual de regulação para primeira consulta que não compareceram identificamos 171 pacientes, e isso nos leva a concluir que 171 pessoas deixaram de ser atendidas e continuam na fila sem atendimento. Para mitigar tais percas, a direção do hospital mantém diálogo constante com a central de regulação e com municípios buscando ações conjuntas para diminuir a perda primária e o absenteísmo, uma das ações que tem mostrado resultado é a participação ativa do hospital na CIR-Dourados comissão intergestora regional, onde mensalmente discutimos os números e apontamos soluções para mitigar tais perdas.

Quadro nº 03 – Quadro com a quantidade ofertada de exames e procedimentos cirúrgicos em oftalmologia ofertados através do programa MAIS SAÚDE MENOS FILA, agendamentos perda primária e absenteísmo.

AMBULATORIO	MAI	JUN	JUL	AGO	Total do quadrimestre
OFERTA	0	600	0	0	**600**
AGENDADO	0	577	0	0	**577**
PERDA PRIMÁRIA	0	23	0	0	**23**
REALIZADO	0	498	0	0	**498**
ABSENTEÍSMO	0	79	0	0	**79**

CIRURGICO	MAI	JUN	JUL	AGO	Total do quadrimestre
OFERTA	0	0	360	240	**600**
AGENDADO	0	0	360	240	**600**
PERDA PRIMÁRIA	0	0	0	0	**0**
REALIZADO	0	0	352	209	**561**
ABSENTEÍSMO	0	0	8	31	**39**

Fonte: CORE, relatório do NIR e PR Sistemas

O 14° T.A. trata de aditivo contratual com o objetivo de prestação de serviços em

oftalmologia para atendimento ao projeto do governo do Mato Grosso do Sul denominado MAIS SAÚDE MENOS FILA.

Durante o mês de junho ofertamos o quantitativo de 600 consultas em oftalmologia (catarata), sendo que entre absenteísmo e perda primária foram 102 pacientes sem atendimento, isso nos dá um percentual de 17%.

Já nos procedimentos cirúrgicos nos meses de julho e agosto ofertamos 600 procedimentos cirúrgicos onde não houve perda primária, o obtivemos o absenteísmo de 39 pacientes correspondendo a 6,5%.

Quadro nº 04 – Descrição: Internação hospitalar cirúrgica de média complexidade no HRCGD .

CIRURGIAS	MAI	JUN	JUL	AGO	TOTAL	META	ALCANCE
CIRURGIA GERAL	123	113	85	60	381	464	82%
CIRURGIA VASCULAR	17	13	12	12	54	80	68%
GINECOLOGIA	64	40	60	85	249	164	152%
ORTOPEDIA	65	64	83	57	269	364	74%
Total Geral	**269**	**230**	**240**	**214**	**953**	**1072**	**89%**

Fonte: CORE, relatório do NIR e PR Sistemas

Indicadores: Quantitativo da produção realizada da meta de produção x 100.

Detalhamento dos procedimentos realizados conforme contrato de gestão.

Quadro nº 05. Meta de produção **faturada/aprovada** para internação hospitalar de média complexidade em clínica cirurgica, por mês de competência, segundo o procedimento principal aprovado, HRCGD, 01 de maio a 31 de agosto de 2024.

Fonte: Planilha de faturamento SISAIH.

Maio a Agosto

PROCEDIMENTOS CIRURGICOS APROVADOS				
Procedimentos realizados	2024/Mai	2024/Jun	2024/Jul	2024/Ago
0403020123 TRATAMENTO CIRURGICO DE SINDROME COMPRESSIVA EM TUNEL OSTEO-FIBROSO AO NIVEL DO CARPO	13	17	3	8
0406020566 TRATAMENTO CIRURGICO DE VARIZES (BILATERAL)	0	2	0	0
0406020574 TRATAMENTO CIRURGICO DE VARIZES (UNILATERAL)	7	21	8	15
0407020225 EXCISAO DE LESAO / TUMOR ANU-RETAL	0	1	0	0
0407030026 COLECISTECTOMIA	32	84	33	24
0407030034 COLECISTECTOMIA VIDEOLAPAROSCOPICA	14	25	22	23
0407040064 HERNIOPLASTIA EPIGASTRICA	4	5	5	9
0407040080 HERNIOPLASTIA INCISIONAL	5	6	3	3
0407040102 HERNIOPLASTIA INGUINAL / CRURAL (UNILATERAL)	32	32	14	28
0407040129 HERNIOPLASTIA UMBILICAL	11	6	7	8
0408010142 REPARO DE ROTURA DO MANGUITO ROTADOR (INCLUI PROCEDIMENTOS DESCOMPRESSIVOS)	13	29	1	39
0408010185 TRATAMENTO CIRURGICO DE LUXACAO / FRATURA-LUXACAO ACROMIO-CLAVICULAR	0	0	0	1
0408010193 TRATAMENTO CIRURGICO DE LUXACAO / FRATURA-LUXACAO ESCAPULO-UMERAL AGUDA	0	4	0	1
0408010231 TRATAMENTO CIRURGICO DA SINDROME DO IMPACTO SUB-ACROMIAL	0	2	0	0
0408020326 TRATAMENTO CIRURGICO DE DEDO EM GATILHO	4	1	1	2
0408050128 REALINHAMENTO DO MECANISMO EXTENSOR DO JOELHO	1	0	0	0
0408050160 RECONSTRUCAOLIGAMENTAR INTRA-ARTICULAR DO JOELHO (CRUZADO ANTERIOR)	14	31	7	28
0408050659 TRATAMENTO CIRURGICO DE HALUX VALGUS COM OSTEOTOMIA DO PRIMEIRO OSSO METATARSIANO	0	0	0	1
0408050896 TRATAMENTO CIRURGICO DE ROTURA DO MENISCO COM MENISCECTOMIA PARCIAL / TOTAL	11	15	3	22
0408060140 FASCIECTOMIA	1	0	0	1
0408060212 RESSECCAO DE CISTO SINOVIAL	1	2	3	2
0408060352 RETIRADA DE FIO OU PINO INTRA-OSSEO	0	1	0	0
0408060379 RETIRADA DE PLACA E/OU PARAFUSOS	1	1	3	1
0408060441 TENOLISE	0	1	0	0
0408060700 TRATAMENTO CIRURGICO DE SINDACTILIA SIMPLES (DOIS DEDOS)	0	0	0	1
0409010430 TRATAMENTO CIRURGICO DE CISTOCELE	3	2	1	2
0409010499 TRATAMENTO CIRURGICO DE INCONTINENCIA URINARIA VIA ABDOMINAL	1	0	0	0
0409060046 CURETAGEM SEMIOTICA C/ OU S/ DILATACAO DO COLO DO UTERO	0	0	0	9
0409060100 HISTERECTOMIA (POR VIA VAGINAL)	1	0	0	3
0409060119 HISTERECTOMIA C/ ANEXECTOMIA (UNI / BILATERAL)	2	1	0	5
0409060127 HISTERECTOMIA SUBTOTAL	0	0	1	0
0409060135 HISTERECTOMIA TOTAL	6	2	1	7
0409060178 HISTEROSCOPIA CIRURGICA C/ RESSECTOSCOPIO	0	2	3	3
0409060186 LAQUEADURA TUBARIA	13	34	24	32
0409060194 MIOMECTOMIA	0	0	1	1
0409060216 OOFORECTOMIA / OOFOROPLASTIA	0	0	1	1
0409070050 COLPOPERINEOPLASTIA ANTERIOR E POSTERIOR	2	0	2	0
0409070068 COLPOPERINEOPLASTIA POSTERIOR	0	1	3	0
0409070157 EXERESE DE GLANDULA DE BARTHOLIN / SKENE	1	1	2	1
0409070270 TRATAMENTO CIRURGICO DE INCONTINENCIA URINARIA POR VIA VAGINAL	5	11	14	2
0415020034 OUTROS PROCEDIMENTOS COM CIRURGIAS SEQUENCIAIS	0	0	0	1
Total	198	340	166	284

Fonte: Planilha de faturamento SISAIH, DATASUS.

No período de maio a agosto de 2024 faturamos o quantitativo de 988 AIH o que corresponde a 92% da meta contratual para o período.

Quadro nº 06. Quantitativo de cirurgias agendadas/executadas, por mês de competência, segundo o procedimento principal aprovado, HRCGD, 01 de maio a 31 de agosto de 2024.

Cirurgias	MAI	JUN	JUL	AGO	Total do quadrimestre
AGENDADO	282	239	254	232	**1007**
REALIZADO	269	230	240	214	**953**
ABSENTEÍSMO	2	4	4	10	**20**
CANCELADAS	11	5	10	8	**34**

Fonte: CORE, relatório do NIR e PR Sistemas.

No quadro acima temos o quantitativo de 1007 cirurgias agendadas, isso evidencia que a instituição tem buscado o cumprimento de suas metas conforme estabelecido em contrato de gestão.

Porém o absenteísmo e os cancelamentos totalizam 54 procedimentos cirúrgicos o que impacta significativamente a execução das cirurgias, pois a unidade hospitalar se mostrou proativa no cumprimento de suas metas contratuais.

Para mitigar tais percas, a equipe hospitalar tem atuado de forma proativa junto aos pacientes e as equipes de regulação municipal, mantendo diálogo constante com a equipe de gestão local, central de regulação e municípios buscando ações conjuntas para diminuir a perca primária e o absenteísmo.

Quadro nº 07. Meta de produção ambulatorial de média complexidade faturada, por mês de competência, segundo o procedimento principal aprovado, HRCGD, 01 de maio a 31 de agosto de 2024.

PROCEDIMENTOS AMBULATORIAIS FATURADOS					
Procedimentos	MAI	JUN	JUL	AGO	TOTAL
Diagn por radiologia	142	275	295	237	949
Diag por ultra-sonografia	63	48	51	23	185
Diag por colonoscopia	13	11	14	15	53
Diagn por endoscopia	13	12	19	13	57
Diagn por laboratório clínico (0202)	2853	3288	3673	3043	12857
Eletrocardiograma - ECG (021102)	244	229	230	337	1040
Consulta especializada	1011	1063	1563	1181	4818
Tratamento Varizes (espuma)	157	197	227	180	761
Total	4496	5123	6072	5029	20720

Fonte: DATASUS, SISAIH.

Quadro nº 08. Relação de **glosas** hospitalar de média complexidade em clínica cirúrgica, por mês de competência, segundo o procedimento principal aprovado, HRCGD, 01 de maio a 31 de agosto de 2024.

PROCEDIMENTOS CIRURGICOS RESUMIDO					
Quantidade de AIH	Mai	Jun	Jul	Ago	Total
AIH apresentadas (100%)	200	342	167	287	996
AIH aprovadas	198	340	166	284	988
AIH rejeitadas:	2	2	1	3	8
% de glosas	1,00%	0,58%	0,60%	1,05%	0,80%

Fonte: Planilha de faturamento SISAIH

No faturamento do segundo quadrimestre, maio a agosto de 2024 houve glosa de 08 AIHs. Obtivemos 988 AIHs aprovadas, ou seja 92% da meta, sendo que nossa meta mínima de contrato é o atingimento de 90% das metas para que não ocorra glosa financeira (conforme contrato de gestão 002/2020 GCONT 13538- Anexo II item1- Critérios e metas de produção).

INDICADORES DO EIXO DE ASSITÊNCIA À SAÚDE

Metas de Desempenho e Qualidade

Contrato de Gestão nº 002/2020 – GCONT 13538

ANEXO IV.– Indicadores de Desempenho e Qualidade

INDICADOR Nº 01 – Descrição: Assistência à Saúde Sexual e Reprodutiva: Disponibilidade Serviço de Esterilização (laqueadura e/ou vasectomia) em funcionamento de acordo com a Lei Federal nº9.263 de 12/01/96, Lei Estadual nº2.497 de 31/07/02 e Portaria MS SAS nº48 de 11/02/99.

Considerar meta cumprida desde que o hospital habilitado comprove o atendimento dos seguintes critérios:

a) Manutenção da agenda regular no Sistema Informatizado de Regulação CORE para consultas de pré e pós- operatório e para cirurgias de laqueadura e vasectomia;

b) Apresentação e comprovação da disponibilidade de

c) equipe médica contratada para realização dos atendimentos supracitados, em conformidade com a agenda registrada no Sistema Informatizado de Regulação;

d) Registro dos atendimentos supracitados no SIA e SIHD/SUS, mensalmente.

Fonte de evidência: SAI e SIHD/SUS, Sistema Informatizado de Regulação Estadual CORE, contratos médicos, agenda e protocolo instituído para realização de laqueadura e vasectomia.

Ação Realizada: Disponibilização de datas para agendamento pelo sistema CORE de consultas na especialidade de ginecologia, acompanhamento das vagas inseridas pelo CORE e consultas e demandas geradas.

Agenda quadrimestral em gnecologia

Agenda Gineco mai-ago 2024.pdf

Contrato equipe de Ginecologia

Contrato Ginecologia CAF ser

Protocolo de acesso ginecologia e laqueadura

PROTOCOLO
LAQUEADURA PDF.p

INDICADORES DE METAS DO EIXO DE GESTÃO

INDICADOR Nº 02 – Descrição: Disponibilizar, nos prazos definidos pela SES/MS,os dados e documentos mínimos que deverão compor a prestação de contas das áreas administrativa, financeira e contábil, atendo a Resolução nº 03/2020/SES no que couber, assinados por profissional registrado no Conselho Regional de Contabilidade e pelo Responsável Legal da *Organização Social:*

-Balancete contábil,

-Razão contábil,

-Demonstração do Fluxo de Caixa;

-Relação de todos os pagamentos efetuados no mês, em ordem cronológica;

-Extratos bancários das contas movimento e aplicação financeira;

-Comprovantes das despesas (orçamentos, notas fiscais, certidões negativas de débitos, comprovantes de transferências bancárias e demais documentos que Comprovem os gastos);

-Relação de bens móveis adquiridos no mês com as respectivas notas fiscais;

-Planilha com registro dos processos de contratação de serviços, fornecedores e recursos humanos, detalhado: nº do edital, objeto, meio de divulgação (jornal local, diário oficial e/ou site da OSS), data da publicação do edital e do resultado;

-Planilha com detalhamento da manutenção de equipamentos, especificando: ordem de serviço (nº e data), equipamento, problema detectado, data da resolução do problema;

-Relação de contratos com prestadores de serviços e fornecedores, especificando: número do contrato, razão social/CNPJ do contratado, objeto, unidade de medida, valor e vigência;

-Relatório dos colaboradores informando os nomes, quantidade, valores de remuneração, data da admissão e demissão, separados por setores.

-Resumo da folha de pagamentos e comprovantes de recolhimento dos encargos trabalhistas e previdenciários.

Fonte de evidência: Apresentação de todos documentos listados acima.

Ação Realizada: Apresentação de todos os documentos pelo Instituto Social Mais Saúde através da plataforma de prestação de contas, envio de ofícios com os materiais adiquiridos, bem como alimentação do Portal da Transparência

https://www.institutomaissaude.org.br/dourados/

Planilha com detalhamento da manutenção de equipamentos

Planilha com detalhamento da man

INDICADOR Nº 3 - Metas de desempenho e qualidade: Qualificação técnica da Direção da Unidade Hospitalar:

A Organização Social deve manter a qualificação técnica (formação profissional e experiência) do Diretor Geral, Diretor Técnico, Diretor Administrativo e/ou Diretor Financeiro e Diretor de Enfermagem utilizada para pontuação no processo de Chamamento Público ou substituir por outras certificações ou capacitações técnicas equivalentes ou superiores.

***Fonte de evidência**: Ato de nomeação, contrato de trabalho, curriculum.*

Fabiane Thome Cotovia Pimentel_Curr

Édina Marques Barboza Curriculo.p

Contrato de trabalho Edina Marc

Certidão de Diretor Clínico - Dr Rubson.p

Contrato nº 085-02-2020_Cassio

Portaria de Nomeação nº 08-20

Contrato Marques-Mais Saúd

Portaria de Nomeação nº 03-20

Ações Realizadas: Considerando perfil hospitalar regional, foram designados para os cargos Diretivos da unidade:

Alex Marques Cruz: Teólogo, Tecnólogo em gestão pública, Gestor em Saúde Pública, Especialista em administração de serviços hospitalares com experiência em Coordenação de Projetos na área da Saúde no Estado de São Paulo, estado do Pará, experiência em atuação como gestor municipal de saúde e gestor hospitalar, para o cargo de **Direção Geral da unidade**.

Cássio Taffarel Petek: Médico Ortopedista, especialista em cirurgia do Joelho, com experiência em cirurgias na macrorregional de Dourados, bem como experiência em gestão, para **Diretor Técnico da unidade**.

Fabiane Thome Cotovia Pimentel: Contadora, MBA em controladoria e finanças, experiência na diretoria administrativa e financeira de projetos na área da saúde, para o cargo de **Direção Administrativa e Financeira.**

Edina Marques Barboza: Enfermeira, com experiência como Responsável Técnica, Centro Cirúrgico, Centro de Tratamento Intensivo e áreas assistenciais, experiência em certificação de qualidade com atuação em hospital ONA 1, gerenciamento e lideranças para o cargo de **Gerência de Enfermagem**.

Considerando avaliação do Projeto, Perfil da unidade, recurso justo e abrangência cultural da unidade no município e região, optou-se por identificar profissionais atuantes e competentes na modalidade de designação para os cargos diretivos, profissionais conhecedores da gestão em saúde, o que cremos facilita o entendimento, alinhamento e desenvolvimento do objetivo do projeto no estado do MS com todos os atores envolvidos em prol da saúde da população.

INDICADOR Nº 4 – **Descrição:** Política de Regulação do Acesso:

a) Implantação do Núcleo Interno de Regulação (NIR) com equipe e Regimento Interno instituído;

b) Rotina e protocolos estabelecidos para as principais atividades do NIR, conforme Manual de Implantação e Implementação do NIR - Ministério da Saúde (2017);

c) Registro, monitoramento e vigilância, mensal e quadrimestral, dos indicadores de processo, resultado e desempenho, referente a gestão da ocupação dos leitos e agendas, conforme manual do NIR;

d) Apresentação de relatório na Câmara técnica de Atenção Ambulatorial e Hospitalar da Microrregião de Dourados/MS, relativos à agenda, demanda/fila de espera, fluxos e protocolos de referência e contra refrência ao HRCGD.

Fonte de evidência:

Declaração da composição dos colaboradores do NIR assinada pelo Diretor Administrativo do Hospital, apresentação da escala de plantão e do Regimento Interno;

a) Apresentação dos Protocolos e relatório das atividades realizadas no mês;
b) Envio dos dados conforme prazos solicitados via e mail ou por plataforma eletrônica.
c) Apresentação da Ata da reunião.

Ações realizadas: Elaboração do Relatório de Atividades do NIR realizadas no período, elaboração de Protocolo e Planilhas com registro e envio dos mapas dos dados de internação e censo diário dos pacientes na unidade aos endereços eletrônicos diariamente disponibilizados pela CECAA, NRS, CERA, CORE. Elaboração

de relatórios e planilhas enviadas a CRLD, CECAA, NRS, alimentação Sistema SES/MS e relatórios módulos CORE (Mapa de Leitos).

PERÍODO DE MAIO A AGOSTO

Documentos do NIR

Regimento Interno Nir.pdf

ATA NOMEAÇÃO.pdf

FLUXOGRAMA AMBULATORIAL E CI

Atas quadrimestre

ATA REUNIÃO MÊS-05.pdf

ATA REUNIÃO MÊS-06.pdf

ATA REUNIÃO MÊS-07.pdf

ATA REUNIÃO MÊS-08.pdf

Monitoramento ambulatorial e cirúrgico quadrimestral

https://analytics.zoho.com/open-view/941393000093349901/adec1b56aba1133440da4bf4b721d500

Obs. Conforme discussão e alinhamento juntamente com a COAS, a partir de maio de 2023 o monitoramento se dará através do B.I. no qual através do link a equipe de monitoramento tem acesso aos dados de toda produção hospitalar em tempo real.

Ata de Reunião Câmara Técnica de atenção hospitalar

No segundo quadrimestre de 2024 não houve reunião da câmara técnica de atenção hospitalar de Dourados, porém houve participação das reuniões da CIR-Dourados.

ATA 147 CIR DOURADOS 16-05-2(

ATA 149 CIR DOURADOS 18-07-2(

INDICADOR nº 5 – Descrição: Política de Regulação do Acesso: manter painel de indicadores da capacidade instalada e portal da transparência, disponível no endereço eletrônico, com atualização mensal e quadrimestral.

Fonte de evidência: apresentação do link onde constam as informações solicitadas acima - ***https://www.institutomaissaude.org.br/dourados/***

Ações realizadas: Construção, atualização do painel e portal da transparências

INDICADOR nº 6 – Descrição: Funcionamento da Comissão de Controle de

Infecção Relacionada à Assistência à Saúde (CCIRAS):

a) apresentação do Programa de Controle de Infecção Hospitalar e das atas mensais de reunião da Comissão;

b) implantação do Protocolo de Antibiótico Profilaxia Cirúrgica (taxa de adesão ao Protocolo de Antibiótico Profilaxia);

c) vigilância das infecções de sítio cirúrgico (rotina implantada para busca ativa de sinais sugestivos de infecções em pacientes que fizeram cirurgias, registro e notificação à Vigilância Sanitária e apresentação mensal do indicador de ISC)

Fonte de evidência:

a) Apresentação do PCIH e das atas mensais de reunião constando as assinaturas dos membros participantes;
b) Apresentação do Protocolo de Antibiótico Profilaxia Cirúrgica (taxa de adesão ao Protocolo de Antibiótico Profilaxia);
c) Apresentação dos instrumentos aplicados de Pesquisa Fonada bem como indicadores que atestem sua implantação para mensuração de ISC.

Ações realizadas: Foram definidas ações para anualmente acompanharem avaliações constantes, com vistas à redução máxima possível da incidência e da gravidade das infecções hospitalares. Ação de aplicação de instrumento de avaliação dos três indicadores de desempenho definidos pela CCIRAS para mensuração das práticas aplicadas em todos os pacientes.

INDICADOR nº 7 – Descrição: Funcionamento do Núcleo de Segurança do Paciente (NSP):

a) Apresentar o Programa de Segurança do Paciente (PSP) e atas de reunião mensal;

b) Implantação e monitoramento do Protocolo de Identificação do Paciente, com apresentação mensal de indicador;

c) Implantação e monitoramento de Cirurgia Segura, com apresentação mensal do indicador;

d) Implantação e monitoramento do Protocolo de prescrição, uso e administração de medicamentos, com apresentação mensal de indicador;

e) Implantação e monitoramento do protocolo de prevenção de úlceras por pressão, com apresentação mensal de indicador;

f) implantação e monitoramento do protocolo de prevenção de quedas, com apresentação mensal de indicador;

g) notificação e investigação dos Eventos Adversos (EA), bem como, encaminhamentos após identificação de oportunidades de melhoria para mitigação de danos e para evitar recorrência dos EA.

Obs: Os Protocolos de Segurança do Paciente devem ser implantados, no mínimo, um por mês.

Fonte de evidência:

a) Apresentação do Programa de Segurança do Paciente (PSP) e das atas mensais de reunião do Comitê;

b) Apresentação dos Protocolos bem como indicadores que atestem sua implantação.

c) Apresentação das Notificações, bem com relatórios que atestem a investigação dos EA e plano de ação para redução do dano e para evitar sua recorrência.

Ações Realizadas:

- Reorganização através de reunião para redefinição dos membros da Comissão do Núcleo de Segurança do Paciente,
- Apresentação da elaboração, implantação e monitoramento dos Protocolos de Identificação do paciente, Administração de Medicamentos, Prevenção de Úlceras, Prevenção de Quedas,
- Notificação e Investigação de Eventos Adversos.

Regimento-Interno-Nucleo-de-Seguranca-c

Ata de Nomeação NQSP - Agosto 2024.j

Programa-de-Seguranca-do-Paciente 2024

MAIO

Ata Reunião Mensal NQSP - Maio de 2024

Resultado META 1 - Segurança do Pacient

Resultado Aplicação PS META 3 - Maio de

JUNHO

Ata Reunião Mensal NQSP - Junho de 202

Resultado Meta 1 - Segurança do Pacient

Resultado Aplicação PS Meta 3 - Junho 20

JULHO

Ata Reunião Mensal NQSP - Julho de 202

Resultado Aplicação PS Meta 3 - Julho 202

Resultado Meta 1 - Segurança do Pacient

AGOSTO

Ata Reunião Mensal NQSP - Agosto 2024.j

Resultado Meta 1 - Segurança do Pacient

Resultado Aplicação PS Meta 3 - Agosto 2

INDICADOR nº 08 – Descrição: Funcionamento da Comissão de Revisão e Análise de Óbito Hospitalar.

a) constituição da equipe, com aprovação de Regimento Interno e apresentação de atas mensais de reunião;

b) rotina e protocolos para revisão, análise, notificação, investigação e classificação dos óbitos hospitalares quanto à evitabilidade dos mesmos;

c) registro, monitoramento e vigilância dos indicadores de mortalidade institucional.

Objetivo: aprimorar a qualidade da assistência ao paciente e resolutividade da atenção hospitalar.

Fonte de evidência*:*

a) Declaração dos colaboradores da Comissão de Revisão e Análise de Óbito Hospitalar assinada pelo Diretor Geral do Hospital

b) apresentação do Regimento Interno

c) apresentação das atas mensais de reunião com assinatura dos participantes

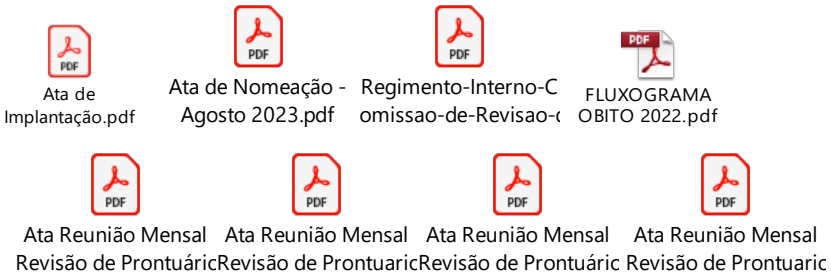
a) Apresentação dos Indicadores de mortalidade institucional bem como análise e recomendações da Comissão a Direção Hospitalar.

Ações realizadas:

a) Reunião registrada em ata para implantação da Comissão.

b) Regimento Interno com definição dos indicadores da Comissão.

c) Elaboração de fluxogramas para encaminhamentos e comunicação dos óbitos pela enfermagem e pela comissão.



INDICADOR nº 09 – *Descrição:* Programa de Educação Permanente (elaboração anual), que deve incluir minimamente os seguintes temas para funcionários relacionados à assistência:

1. Prevenção e controle das principais infecções relacionadas à assistência a saúde;

2. Protocolos de Segurança do Paciente;

3. Higienização das mãos;

4. Humanização.

a. Realizar, no mínimo, duas capacitações das descritas acima por quadrimestre.

b. Verificar o percentual de pessoal capacitado, relacionados à área assistencial, no quadrimestre avaliado.

Observação: a capacitação poderá ser interna, desenvolvida pela Direção Hospitalar, ou externa, quando realizada por outras instituições, desde que

apresente comprovante.

Fonte de evidência: *Apresentação de documento com data, carga horária, conteúdo abordado, palestrante/facilitador, local e nome completo, cargo e assinatura dos participantes.*

Ações realizadas*:*

Elaborado cronograma para capacitações pelo setor de RH e NEP, conforme período para apresentação quadrimestral.

Realizado capacitações e treinamentos incluindo todos os setores do hospital e disponibilizados os certificados conforme cronograma elaborado pela unidade e descrito em contrato de gestão.

Cronograma
Educação Continuada

TREINAMENTO MAIO: HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS: “A PROTEÇÃO ESTÁ EM SUAS MÃOS” DOS PACIENTES

Lista de Presença dos Colaboradores que pa

Relação de Colaboradores que fiz

Média de Colaboradores que pa

TREINAMENTO JUNHO: PROMOVER SEGURANÇA EM TODO O CICLODA CADEIA MEDICAMENTOSA

Relação de Colaboradores que fiz

Média de Colaboradores que fiz

Lista de Presença de Colaboradores que pa

TREINAMENTO JULHO: TERINAMENTO OSBRE NOTIFICAÇÕES

Relação de Colaboradores que Pa

Lista de Presença de Colaboradores que pa

TREINAMENTO AGOSTO: Código de integridade e políticas de compliance

Lista de Presença - Código de Integridade

Lista de Presença - Código de Integridade

Lista de Presença - Canal de Denúncias -

Lista de Presença - Canal de Denúncias -

Relatorio de Avaliação de Reação T

Lista de Presença - Política de Prevenção

Lista de Presença - Política de Prevenção

Lista de Presença - Política de Compliand

Lista de Presença - Política de Compliand

ANÁLISE QUADRIMESTRAL

Relatório 2° Quadrimestre 2024 -

INDICADOR nº 12 – Descrição: Implantação da gestão participativa (dirigentes e trabalhadores)

Fonte: registro de **reunião quadrimestral** entre a Direção geral (alta gestão) e colaboradores estratégicos (Responsáveis Técnicos e líderes) para apresentação do Relatório de Visita Técnica, elaborado pela Auditoria Estadual, bem como para definição de atribuições e responsabilidades por serviço hospitalar e/ou profissional, visando o cumprimento das metas contratadas.

OBSERVAÇÃO: As reuniões para apresentação do Relatório de Visita Técnico aos colaboradores estratégicos na unidade hospitalar só são possíveis ocorrerem em datas *posteriores ao recebimento do Relatório enviado pela CECAA.*

ATAS DAS REUNIÕES DE GESTÃO PARTICIPATIVA MAIO A AGOSTO 2023

Atas das reuniões realizadas com as Gerências, Coordenações, Supervisor, equipes e colaboradores da unidade em momentos distintos, conforme possível para manter assistência da unidade hospitalar.

REUNIÕES QUADRIMESTRE

ATA REUNIÃO MÊS-05.pdf

ATA REUNIÃO MÊS-06.pdf

ATA REUNIÃO MÊS-07.pdf

ATA REUNIÃO MÊS-08.pdf

DADOS COMPLEMENTARES REFERENTE AO FATURAMENTO REALIZADO NA UNIDADE:

Ações realizadas: Atualização mensal no CNES.

Atualizações: Profissionais, serviços cadastrados e equipamentos, instalações físicas para assistência (ambulatório, centro cirúrgico e hospital).

MAIO **JUNHO**

CNES 05 2024.pdf

CNES 06 2024.pdf

JULHO

CNES 07 2024.pdf

AGOSTO

CNES 08 2024.pdf

Fonte de evidência: Sítio do CNES.

PRODUÇÃO INTERNAÇÃO CIRURGICA MAIO A AGOSTO DE 2024.

MAIO

ESPELHOS 05-24.pdf

JUNHO

Espelhos 06-24.pdf

JULHO

ESPELHOS 07-24.pdf

AGOSTO

ESPELHOS 08-24.pdf

RELATÓRIO SERVIÇO SOCIAL/SAU – MAIO-AGOSTO

Relatorio Atendimento social-vi

Relatorio Atendimento social-vi

Relatorio_ouvidoria_ HRCGD-_julho_SAU_2

Relatorio_ouvidoria_ HRCGD-_Agosto_SAU

RELATÓRIO ATENDIMENTOS A INDÍGENAS MESES - MAIO A AGOSTO 2024

Atendimento Indígena Maio de 202

Atendimento Indigena Junho de 20

Atendimento Indigena Julho de 202

Atendimento Indígena Agosto de 2

RELATÓRIO PATRIMÔNIO BENS ADQUIRIDOS MAIO A AGOSTO 2024

Não houve aquisição de equipamentos ou materiais móveis no primeiro quadrimestre de 2024

163-Ofício relação de bem móvel adquirido

4 CONCLUSÃO

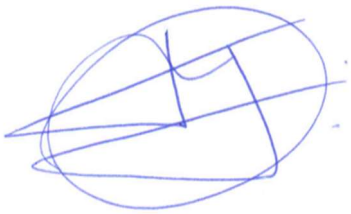
No período de 01 de maio a 31 de agosto de 2024 que determina o período do primeiro quadrimestre de 2024, verificou-se que no que se refere ao cumprimento das metas de Desempenho e Qualidade bem como as metas de produção no período citado atendemos ao contrato de gestão 002/2020 com um percentual de a produção ambulatorial de 245,75%, já na produção cirurgica aprovada atingimos 92%, atingindo assim a meta contratual mínima de 90% como bem explanado no quadro 7.

No período que compreende o segundo quadrimestre de 2024 atendemos o 14 termo aditivo

Nesse quadrimeste tomamos providências nas definições de trabalho, implantação de novas diretrizes, continuidade na implantação da cultura de qualidade continuamos a implantar os processos e buscamos cumprir todos os requisitos para cumprimento dos Indicadores de Desempenho e Qualidade, solicitados e descritos no Anexo IV.a do Contrato de Gestão 02/2020 entre SES/MS e OSS - Instituto Social Mais Saúde, lembramos ainda que o acompanhamento em loco ocorre através dos técnicos do Núcleo Regional.

Portanto foram realizados todos os atendimentos propostos no quadrimestre, conforme deliberação de critérios estabelecidos pela SES/MS.

Dourados/MS, 25 de outubro de 2024.



Alex Marques Cruz
Diretor Geral HRCGD