HOSPITAL REGIONAL
DE CIRURGIAS DA GRANDE DOURADOS

Relatório de Desempenho

SETEMBRO - DEZEMBRO/2023

HOSPITAL REGIONAL
DE CIRURGIAS DA GRANDE DOURADOS
INSTITUTO Mais Saúde
SUS
SES Secretaria de Estado de Saúde
GOVERNO DO ESTADO Mato Grosso do Sul

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 16

INDICADORES DE METAS DO EIXO DE GESTÃO 17

4 CONCLUSÃO 28

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: **Carla Soares Alves**RG: 30.171.370-4 - SSP/SPCPF: 269.127.118-80

Endereço Comercial: Rua Casa do Ator, nº 1.117, Conjunto 163, 16º Andar, Vila Olímpia,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 Gregório de Matos Guerra, nº 166A, Jardim Caçula, CEP:09.415-160, Ribeirão Pires – SP

DIRETORIA DO HOSPITAL REGIONAL DE CIRURGIAS DA GRANDE DOURADOS:

Diretor Geral: **Alex Marques Cruz**

Formação Profissional: Administrador Hospitalar

RG: 30520765-9 – SSP/SP

CPF: 298.771.838-11

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: 7496/MS

RG: 001.648.882-SSP/MS

CPF: 002.313.311-26

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: 6256/MS

RG: 13.773.003 – SSP/MT

CPF: 003.831.341-55

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: 213916

RG: 4897783 SSP/SC

CPF: 06238486945

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

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

Formação Profissional: Cientista Social

RG: 001.690.843 - SSP/MS

CPF: 703.554.521-20

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: 3178/MS

RG: 001.061.664- SSP/MS

CPF: 703.554.521-20

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: farmacia@dourados.institutomaissaude.org.br

TÉCNICO RESPONSÁVEL PELA PRESTAÇÃO DE CONTAS DA ÁREA ADMINISTRATIVA,CONTÁBIL E FINANCEIRA:

Fabiane Thomé Cotovia Pimentel

Formação Profissional: Administração de Empresas

RG: 25.516.385-X – SSP/SP

CPF: 146.840.368-04

Telefone: (11) 98823-1340

E-mail: financeiro1@institutomaissaude.org.br

CONTADOR:
Felipe josé da Silva Junior

Formação Profissional: Contador

CRC/SP: 297249/O-6

RG: 28486637-4 – SSP/SP

CPF: 273.869.828-01

Ato de Nomeação ou Contrato: Contrato de Prestação de Serviços

Início da vigência: 01/06/2022

Telefone: (11) 3842-1501

E-mail: controladoria@institutomaissaude.org.br

ASSESSORIA JURIDICA:

Advogado: **Yuri Vasconcelos**

OAB/SP nº 355.596

CPF: 328.280.958-19

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**

DADOS DE INDICADORES DO EIXO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE

Descrição: Produção para **atendimento ambulatorial** de média complexidade no HRCGD.

Indicadores: Quantitativo da produção aprovada/quantitativo da meta de produção x 100**% de alcance da meta na competência 01 de setembro a 31 de dezembro de 2023:** conforme apresenta o Quadro nº 02.

Produção ambulatorial e internação para os meses de SETEMBRO a DEZEMBRO.

Quadro nº 01. Quantidade de atendimentos ambulatoriais de média complexidade contratados (meta) e realizados, com respectivo % de alcance da meta, HRCGD, competências 01 de setembro a 31 de dezembro de 2023.

Consultas especializadas	SET	OUT	NOV	DEZ	TOTAL	META	ALCANCE
CARDIOLOGISTA	219	224	242	188	873	-	-
CIRURGIA GERAL	207	327	262	177	973	-	-
CIRURGIA VASCULAR	97	66	66	46	275	-	-
GINECOLOGIA	119	132	162	107	520	-	-
ORTOPEDIA	368	221	317	276	1182	-	-
Total	1010	970	1049	794	3823	1248	306%
Exames de Apoio Diagnóstico	**SET**	**OUT**	**NOV**	**DEZ**	**TOTAL**	**META**	**ALCANCE**
Diagnóstico por laboratório Clínico	2720	3180	3222	2283	11405	4000	285%
Diagnóstico por endoscopia	69	15	16	61	161	120	134%
Diagnóstico por colonoscopia	44	15	18	39	116	120	97%
Diagnóstico por radiologia	318	298	283	222	1121	400	280%
Diagnóstico por Ultrassonografia	37	55	53	48	193	320	60%
Total	3188	3563	3592	2653	12996	4960	262%

Fonte: CORE, relatório do NIR e PR Sistemas

No mês de setembro foram realizados 4198 procedimentos ambulatoriais, sendo

1010 consultas médicas nas especialidades de cirurgia geral, ortopedia, vascular, ginecologia e risco cirúrgico, e 3188 apoio diagnósticos.

No mês de outubro foram realizados 4533 procedimentos ambulatoriais, sendo 970 consultas nas especialidades de cirurgia geral, ortopedia, vascular, ginecologia e risco cirúrgico, e 3563 apoio diagnósticos.

No mês de novembro foram realizados 4641 procedimentos ambulatoriais, sendo 1049 consultas nas especialidades de cirurgia geral, ortopedia, vascular, ginecologia e risco cirúrgico e risco cirúrgico, e 3592 apoio diagnósticos.

No mês de dezembro foram realizados 3447 procedimentos ambulatoriais, sendo 794 consultas nas especialidades de cirurgia geral, ortopedia, vascular, ginecologia e risco cirúrgico e risco cirúrgico, e 2653 apoio diagnósticos.
Os exames foram ofertado para os pacientes regulaodos 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 cirurgica.

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

MESCLADA HOSPITAL+CORE					
AMBULATORIO	SET	OUT	NOV	DEZ	**Total do quadrimestre**
OFERTA	1396	1466	1561	1424	**5847**
AGENDADO	1299	1327	1473	1078	**5177**
PERCA PRIMÁRIA	97	139	88	346	**670**
REALIZADO	1051	1059	1167	869	**4146**
ABSENTEÍSMO	248	268	306	209	**1031**

Observamos que a perca primária aumentou no terceiro quadrimestre de 2023, onde temos a perca primária de 670, já no quadrimestre anterior perdemos 633 consultas de perca primária, ou seja foi disponibilizado pelo HRCGD, porém não foi agendado os pacientes para as consultas.

Já quanto ao absenteísmo no quadrimestre alcançamos 1031 e no quadrimestre anterior atingimos 941 pacientes que foram agendados e não compareceram nas consultas.

Ao analisarmos o quantitativo de pacientes que não se consultaram identificamos 1701 pacientes, e isso nos leva a concluir que 1701 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 perca primária e o absenteísmo.

Quadro nº 03 – Descrição: Internação hospitalar cirúrgica de média complexidade no HRCGD .

CIRURGIAS	SET	OUT	NOV	DEZ	TOTAL	META	ALCANCE
CIRURGIA GERAL	118	112	128	90	448	464	97%
CIRURGIA VASCULAR	15	10	15	13	53	80	66%
GINECOLOGIA	39	42	42	44	167	164	102%
ORTOPEDIA	86	94	88	61	329	364	90%
Total Geral	**258**	**258**	**273**	**208**	**997**	**1072**	**93%**

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

Detalhamento dos procedimentos realizados conforme contrato de gestão.

Quadro nº 04. 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 setembro a 31 de dezembro de 2023.

Fonte: Planilha de faturamento SISAIH.

Setembro a Dezembro

PROCEDIMENTOS CIRURGICOS APROVADOS					
Procedimentos realizados	2023/Set	2023/Out	2023/Nov	2023/Dez	Total
0308040015 TRATAMENTO DE COMPLICACOES DE PROCEDIMENTOS CIRURGICOS OU CLINICOS	1	0	0	0	1
0401020100 EXTIRPACAO E SUPRESSAO DE LESAO DE PELE E DE TECIDO CELULAR SUBCUTANEO	0	0	0	1	1
0403020123 TRATAMENTO CIRURGICO DE SINDROME COMPRESSIVA EM TUNEL OSTEO-FIBROSO AO NIVEL DO CARPO	12	9	6	12	39

0406020566 TRATAMENTO CIRURGICO DE VARIZES (BILATERAL)	1	0	1	1	3
0406020574 TRATAMENTO CIRURGICO DE VARIZES (UNILATERAL)	9	12	9	12	42
0407020225 EXCISAO DE LESAO / TUMOR ANU-RETAL	0	0	0	1	1
0407030026 COLECISTECTOMIA	25	33	33	54	145
0407030034 COLECISTECTOMIA VIDEOLAPAROSCOPICA	11	13	15	20	59
0407030069 COLEDOCOTOMIA C/ OU S/ COLECISTECTOMIA	0	0	1	0	1
0407040064 HERNIOPLASTIA EPIGASTRICA	6	3	5	5	19
0407040080 HERNIOPLASTIA INCISIONAL	5	3	2	4	14
0407040102 HERNIOPLASTIA INGUINAL / CRURAL (UNILATERAL)	35	35	33	45	148
0407040110 HERNIOPLASTIA RECIDIVANTE	0	0	0	1	1
0407040129 HERNIOPLASTIA UMBILICAL	9	11	10	14	44
0408010142 REPARO DE ROTURA DO MANGUITO ROTADOR (INCLUI PROCEDIMENTOS DESCOMPRESSIVOS)	20	12	26	19	77
0408010185 TRATAMENTO CIRURGICO DE LUXACAO / FRATURA-LUXACAO ACROMIO-CLAVICULAR	0	0	1	1	2
0408010193 TRATAMENTO CIRURGICO DE LUXACAO / FRATURA-LUXACAO ESCAPULO-UMERAL AGUDA	0	3	2	3	8
0408010231 TRATAMENTO CIRURGICO DA SINDROME DO IMPACTO SUB-ACROMIAL	0	0	3	1	4
0408020326 TRATAMENTO CIRURGICO DE DEDO EM GATILHO	0	1	2	1	4
0408050136 RECONSTRUCAO DE TENDAO PATELAR / TENDAO QUADRICIPITAL	0	0	1	0	1
0408050160 RECONSTRUCAO LIGAMENTAR INTRA-ARTICULAR DO JOELHO (CRUZADO ANTERIOR)	16	25	24	17	82
0408050357 SINDACTILIA CIRURGICA DOS DEDOS DO PE (PROCEDIMENTO TIPO KELIKIAN)	0	0	0	1	1
0408050659 TRATAMENTO CIRURGICO DE HALUX VALGUS C/ OSTEOTOMIA DO PRIMEIRO OSSO METATARSIANO	0	1	0	0	1
0408050896 TRATAMENTO CIRURGICO DE ROTURA DO MENISCO COM MENISCECTOMIA PARCIAL / TOTAL	13	31	16	17	77
0408060123 EXPLORACAO ARTICULAR C/ OU S/ SINOVECTOMIA DE MEDIAS / GRANDES ARTICULACOES	0	1	0	0	1
0408060140 FASCIECTOMIA	0	2	0	1	3
0408060212 RESSECCAO DE CISTO SINOVIAL	1	1	0	3	5
0408060379 RETIRADA DE PLACA E/OU PARAFUSOS	1	0	1	0	2
0408060441 TENOLISE	0	1	0	2	3
0408060557 TRATAMENTO CIRURGICO DE ARTRITE INFECCIOSA (GRANDES E MEDIAS ARTICULACOES)	2	0	0	0	2
0409010430 TRATAMENTO CIRURGICO DE CISTOCELE	4	1	2	0	7
0409010499 TRATAMENTO CIRURGICO DE INCONTINENCIA URINARIA VIA ABDOMINAL	1	1	1	2	5
0409060046 CURETAGEM SEMIOTICA C/ OU S/ DILATACAO DO COLO DO UTERO	1	1	0	1	3
0409060100 HISTERECTOMIA (POR VIA VAGINAL)	0	1	1	2	4
0409060119 HISTERECTOMIA C/ ANEXECTOMIA (UNI / BILATERAL)	3	1	2	6	12
0409060127 HISTERECTOMIA SUBTOTAL	1	0	0	1	2
0409060135 HISTERECTOMIA TOTAL	1	1	4	4	10
0409060151 HISTERECTOMIA VIDEOLAPAROSCOPICA	0	2	0	0	2
0409060178 HISTEROSCOPIA CIRURGICA C/ RESSECTOSCOPIO	5	6	5	5	21
0409060186 LAQUEADURA TUBARIA	16	6	5	12	39
0409060194 MIOMECTOMIA	2	0	0	0	2
0409070050 COLPOPERINEOPLASTIA ANTERIOR E POSTERIOR	0	2	2	1	5
0409070068 COLPOPERINEOPLASTIA POSTERIOR	5	0	2	1	8
0409070149 EXERESE DE CISTO VAGINAL	0	0	0	1	1
0409070157 EXERESE DE GLANDULA DE BARTHOLIN / SKENE	1	2	3	3	9
0409070270 TRATAMENTO CIRURGICO DE INCONTINENCIA URINARIA POR VIA VAGINAL	10	8	6	4	28
Total	217	229	224	279	949

Fonte: Planilha de faturamento SISAIH, DATASUS.

Quadro nº 05. Quantitativo de cirurgias agendadas/executadas, por mês de competência, segundo o procedimento principal aprovado, HRCGD, 01 de setembro a 31 de dezembro de 2023.

Cirurgias	SET	OUT	NOV	DEZ	Total do quadrimestre
AGENDADO	283	267	281	226	**1057**
REALIZADO	258	258	273	207	**996**
ABSENTEÍSMO	8	5	4	8	**25**
CANCELADAS	17	4	4	11	**36**

Fonte: CORE, relatório do NIR e PR Sistemas.

No quadro acima temos o quantitativo de 1057 cirurgias agendadas ,isso evidencia que a instituição tem buscado o cumprimento de suas metas acima do quantitativo estabelecido no contrato de gestão.

Porém o absenteísmo e os cancelamentos totalizam 61 procedimentos cirurgicos o que impacta significamente a execução das cirurgias, pois a unidade hospitalar se mostrou proativa no cumprimento de suas metas contratuais.

Para mitigar tais percas, a direção do hospital mantém diálogo constante com a equipe de gestão local, central de regulação e com municípios buscando ações conjuntas para diminuir a perca primária e o absenteísmo.

Quadro nº 06. Meta de produção ambulatorial de média complexidade **faturada**, por mês de competência, segundo o procedimento principal aprovado, HRCGD, 01 de setembro a 31 de dezembro de 2023.

PROCEDIMENTOS AMBULATORIAIS FATURADOS					
Procedimentos	SET	OUT	NOV	DEZ	TOTAL
Diagn por radiologia	87	91	44	168	390
Diag por ultra-sonografia	64	77	83	58	282
Diagn por endoscopia	62	16	17	52	147
Diag por colonoscopia	36	18	17	38	109
Diagn por laboratório clinico (0202)	2274	2554	1967	2071	8866
Eletrocardiograma - ECG (021102)	205	257	207	201	870
Consulta especializada	924	1057	892	845	3718
Tratamento Varizes (espuma)	37				37
Total	3689	4070	3227	3433	14419

Fonte: DATASUS, SISAIH.

Quadro nº 07. Relação de **glosas** hospitalar de média complexidade em clínica cirurgica, por mês de competência, segundo o procedimento principal aprovado, HRCGD, 01 de setembro a 31 de dezembro de 2023.

PROCEDIMENTOS CIRURGICOS RESUMIDO

Quantidade de AIH	Set	Out	Nov	Dez	Total
AIH apresentadas (100%)	220	231	227	280	958
AIH aprovadas	217	229	224	279	949
AIH rejeitadas:	3	2	3	1	9
a) não especificado					
b) não autorizado para realizar o procedimento					
c) profissional não cadastrado		1			1
d) outros motivos	3	1	3	1	8
% de glosas	1%	1%	1%	0%	1%

Fonte: Planilha de faturamento SISAIH

No faturamento do segundo quadrimestre, setembro a dezembro de 2023 houve glosa de 9 AIH. Obtivemos 949 AIHs aprovadas, ou seja 88% 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).

Não ocnseguimos atingir a meta devido ao absenteismo cirúrgico que enfrentamos no período, como evidenciado no quadro 5, bem como o descompasso que enfrentamos quanto ao período de produção/ apresentação e aprovação das AIHs, pois como podemos observar no quadro 5 produzimos 996 cirurgias no período atingindo assim 93% das metas cirurgicas, porém no momento de envio da produção não são todos os prontuários que podem ser faturados, pois dependemos de laudos dos exames anatomo patológicos para que o prontuários esteja apto para faturamento.

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 G.O.
SET-DEZ 2023.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 mar

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, 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 SETEMBRO A DEZEMBRO

Documentos do NIR

REGIMENTO INTERNO NÚCLEO DE

ATA NOMEAÇÃO.pdf

FLUXOGRAMA AMBULATORIAL E CI

Atas quadrimestre

atas 3 quadrimestre.pdf

Monitoramento ambulatorial e cirúrgico quadrimestral

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

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

Ata de Reunião Câmara Técnica

Oficio_009_2023_CTAH_REUNIAO_10.docx_

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.

037 POP PROFILAXIA PDF.pdf

Regimento CCIRAS 2023.pdf

Ata Nomeação CCIRAS 2023.pdf

Resultado Pesquisa Fonada - Dezembro 2

Resultado Pesquisa Fonada - Setembro 2

Resultado Pesquisa Fonada - Outubro 20

Resultado Pesquisa Fonada - Novembro 2

Ata Reunião CCIRAS - Dezembro 2023.pdf

Ata Reunião CCIRAS - Setembro 2023.pdf

Ata Reunião CCIRAS - Outubro 2023.pdf

Ata Reunião CCIRAS - Novembro 2023.pdf

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.

(item 11) Regimento Nucleo de Seguran

PROTOCOLO DE ADM DE MED EV.pd

Ata de Nomeação membros NQSP.pdf

SETEMBRO

META SEGURANÇA DO PACIENTE - Setem

Ata Reunião NQSP - Setembro 2023.pdf

OUUTUBRO

Ata Reunião NQSP - Outubro 2023.pdf

META SEGURANÇA DO PACIENTE - Outub

NOVEMBRO

Ata Reunião NQSP - Novembro 2023.pdf

META SEGURANÇA DO PACIENTE - Novei

DEZEMBRO

Ata Reunião NQSP - Dezembro 2023.pdf

META SEGURANÇA DO PACIENTE - Dezer

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 Administrativo do Hospital

b) apresentação do Regimento Interno

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

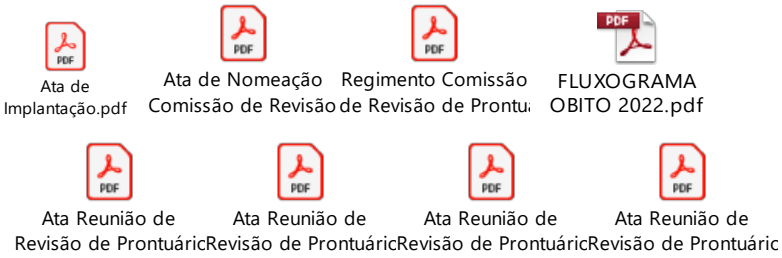
a) Apresentação dos Indicadores de mortalidade institucional bem como análise e recomendações da Comissão a Direção Hospitalar.

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 Continua(

TREINAMENTO SETEMBRO: IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Média de Funciuonários que re; Lista de Presença do Treinamento de Ident; Conteudo Treinamento de Ident; Relatorio por dia de colaboradores que re

TREINAMENTO OUTUBRO: COMUNICAÇÃO EFETIVA

Média de Funcionarios que real; Lista de Presença do Treinamento de Com; Conteudo Treinamento de Com; Relatório por dia do treinamento de Comu

TREINAMENTO NOVEMBRO: CIRURGIA SEGURA

Média de Funcionarios que reali; Lista de Presença Treinamento - PS.HRC; Conteudo Treinamento sobre PS; Relatório por Dia Treinamento PS.HRCG

TREINAMENTO DEZEMBRO: HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS

Relatório por dia do Treinamento de Cons; Relatório 3º Quadrimestre - Indica; Media de Colaboradores que re; Lista de Presença do Treinamento - Conscie; Conteúdo do Treinamento - PS.HRC

ANÁLISE QUADRIMESTRAL

Relatório 3º Quadrimestre - Indica

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

Fonte: registro de **reunião quadrimestral** entre a Direção Administrativa (alta gestão) e colaboradores chaves (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 chaves 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

ATAS REUNIÃO DE GESTÃO SET-DEZ 202

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).

SETEMBRO

INFRAESTRUTURA.pdf

INFORMAÇÕES GERAIS.pdf

EQUIPAMENTOS.pdf

CLASSIF ESTABELECIMENTO.p

CARACTERIZAÇÃO.pdf

ATIVIDADE.pdf

PROFISSIONAIS.pdf

LEITOS.pdf

OUTUBRO

LEITOS.pdf

INFRAESTRUTURA.pdf

INFORMAÇÕES GERAIS.pdf

EQUIPAMENTOS.pdf

CLASSIF ESTABELECIMENTO.p

CARACTERIZAÇÃO.pdf

ATIVIDADE.pdf

PROFISSIONAIS.pdf

NOVEMBRO

LEITOS.pdf

INFRAESTRUTURA.pdf

INFORMAÇÕES GERAIS.pdf

EQUIPAMENTOS.pdf

CLASSIF ESTABELECIMENTO.p

CARACTERIZAÇÃO.pdf

ATIVIDADE.pdf

PROFISSIONAIS.pdf

DEZEMBRO

LEITOS.pdf

INFRAESTRUTURA.pdf

INFORMAÇÕES GERAIS.pdf

EQUIPAMENTOS.pdf

CLASSIF ESTABELECIMENTO.p

CARACTERIZAÇÃO.pdf

ATIVIDADE.pdf

PROFISSIONAIS.pdf

Fonte de evidência: Sítio do CNES.

PRODUÇÃO INTERNAÇÃO CIRURGICA SETEMBRO A DEZEMBRO DE 2023.

SETEMBRO

ESPELHOS.pdf

OUTUBRO

ESPELHOS__.pdf

NOVEMBRO

ESPELHOS__.pdf

DEZEMBRO

ESPELHOS.pdf

RELATÓRIO SERVIÇO SOCIAL – SETEMBRO-DEZEMBRO

Pesquisa Satisfaçao 09.23.pdf

Pesquisa Satisfaçao mes 10.23.pdf

Pesquisa Satisfaçao Mes 11.23.pdf

Planilha Satisfaçao mes 12.12.pdf

RELATÓRIO ATENDIMENTOS A INDÍGENAS MESES - SETEMBRO A DEZEMBRO 2023

Atendimento Indigena Setembro.pc

Atendimento Indigena Outubro.pdf

Atendimento Indigena Novembro.p

Atendimento Indigena Dezembro.p

RELATÓRIO PATRIMÔNIO BENS ADQUIRIDOS SETEMBRO A DEZEMBRO 2023

103-_Protocolo_de_Oficio_103-2023-_Relac

068- Ofício Solicitação de Patrimc

002-Oficio relacao de bem movel adquirido

4 CONCLUSÃO

No período de 01 de setembro de 2023 a 31 de dezembro de 2023 que determina o período do terceiro quadrimestre de 2023, 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 no que tange a produção ambulatorial, já na produção cirurgica aprovada atingimos 88%, não atingindo assim a meta contratual mínima de 90% como bem explanado no quadro 7.

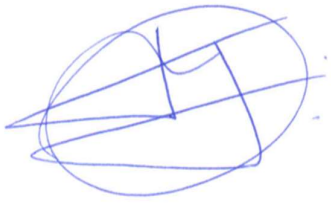
Nesse quadrimestre inserimos o quadro 5, o qual nos mostra o quantitativo de cirurgias agendadas/executadas e o quantitativo de absenteísmo e cancelamentos cirurgicos que ocorreram no período, fato esse que nos imapctou no atingimento da meta cirurgica no período.

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.

Por tanto solicitamos a composição da produtividade do tratamento esclorante não estético no período, conforme estabelecido no 3° Termo aditivo vigente, contando assim a produção de tratamento esclerosante não estético para que se realize o cálculo dos procedimentos para fins de atingimento de meta contratual conforme estabelecido no 03° Termo aditivo do contrao 002/2020 GCONT 13583.

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

Dourados/MS, 26 de fevereiro de 2024.



Alex Marques Cruz
Diretor Geral HRCGD