

PLANO DE TRABALHO DA INSTITUIÇÃO

I – INTRODUÇÃO

a) Breve Histórico da Instituição

A história do Hospital dos Fomecedores de Cana une-se com a da cidade de Piracicaba durante o apogeu da cultura canavieira. Centenas de famílias e indivíduos empregados no setor, carentes de uma referência para atendimentos médicos e hospitalares, motivaram a criação de um complexo ambulatorial e hospitalar. Em 1967, esse complexo tomou corpo sob a direção de Domingos José Aldrovandi, sob os auspícios da AFOCAPI. Em 1972, a AFOCAPI tornou-se filantrópica e recebeu o CEBAS, emitido pelo Ministério de Assistência Social e Combate à Fome, através do Conselho Nacional de Assistência Social, órgão responsável pela emissão dos certificados de filantropia, passando a atender os pacientes do Sistema Único de Saúde – SUS.

O Hospital dos Fomecedores de Cana de Piracicaba (HFC) é um hospital filantrópico concebido pela classe canavieira, cujos valores são a equidade, transparência, inovação, confiabilidade, assertividade e ética. Localiza-se no município de Piracicaba, interior de São Paulo, oferecendo internações e procedimentos de alta e média complexidade, eletivos e de urgência e emergência em 286 leitos, dispostos em uma área construída de 20.000 m², a 26 municípios da região, que somam cerca de aproximadamente 1.412.584 (um milhão, quatrocentos e doze mil, quinhentos e oitenta e quatro) habitante.

O HFC se configura em um complexo de saúde que atua em todas as áreas do processo de assistência à saúde: prevenção, diagnóstico e tratamento. Essa estrutura atende tanto os clientes privados, como aos usuários do SUS.



O HFC conta com um corpo clínico de 275 profissionais e realiza em média por ano: 19.824 internações, 2.436 partos, 10.344 cirurgias, 53.280 atendimentos de urgência, 440.196 exames laboratoriais e 100.008 exames de imagem.

O HFC se destaca pelos seus atendimentos de alta complexidade e os serviços existentes são: cirurgia cardíaca, neurocirurgia, hemodinâmica, cirurgia endovascular, cirurgia vascular, cirurgia bariátrica, cirúrgica oncológica, oncologia infantil, radiocirurgia, transplante de medula óssea, transplante renal, transplante cardíaco, transplante de córnea, transplante hepático, gestação de alto risco, procedimentos com células tronco, radiologia intervencionista, ablação por radiofrequência, quimioterapia, radioterapia, braquiterapia, betaterapia, tomografia computadorizada e ressonância nuclear magnética.

b) Característica Geral do Hospital

O HFC é uma entidade filantrópica, de serviço ao Sistema Único de Saúde, para o qual oferece 61,88% de seus atendimentos, considerando-se as normas estabelecidas pelo Ministério da Saúde - CEBAS (Certificação de Entidades Benéficas de Assistência Social), através de contratualização com a Secretaria Municipal de Saúde (SMS), que possui gestão plena. No restante de sua estrutura presta serviços a várias operadoras de planos de saúde (OPS).

Dos seus 286 leitos, o HFC oferece 158 leitos para usuários do Sistema Único de Saúde – SUS, sendo que destes 18 são leitos de UTI Adulto e mais 06 leitos de UTI Neonatal/Pediátrica.



II - INFORMAÇÕES CADASTRAIS

a) Entidade

<i>Razão Social</i> Associação dos Fomecedores de Cana de Piracicaba – Seção Hospital			
<i>CNPJ</i> 54.384.631/0002-61			
<i>Atividade Econômica Principal (a mesma descrita no CNPJ)</i> Atividades de atendimento hospitalar, exceto pronto-socorro e unidades para atendimento a urgências.			
<i>Endereço</i> Avenida Barão de Valença, 716 - Vila Rezende			
<i>Cidade</i> Piracicaba			<i>UF</i> SP
<i>CEP</i> 13.405-233	<i>DDD/Telefone</i> (19) 3403-2800		
<i>E-mail</i> administracao@hfcp.com.br			
<i>Banco</i> 001 – Banco do Brasil	<i>Agência</i> 03149-6	<i>Conta Corrente (*)</i> 0003412-6	<i>Praça de Pagamento</i> Piracicaba

(*) Declaramos que esta Conta corrente será exclusiva para o recebimento do recurso.



b) Responsáveis

<i>Responsável pela Instituição – Diretor Presidente</i>		
José Coral		
<i>CPF</i> 041.016.698-72	<i>RG</i> 3.790.906-X	<i>Órgão Expedidor</i> SSP/SP
<i>Cargo</i> Diretor Presidente	<i>Função</i> Diretor Presidente	
<i>Endereço</i> Rua Dom Pedro I, nº 747 – Apto. 112 – Centro		
<i>Cidade</i> Piracicaba		<i>UF</i> SP
<i>CEP</i> 13.400-410	<i>Telefone</i> (19) 3403-2872	

<i>Diretor Superintendente</i>		
<i>CPF</i>	<i>RG</i>	<i>Órgão Expedidor</i>
<i>Cargo</i>	<i>Função</i>	
<i>Endereço</i>		
<i>Cidade</i>		<i>UF</i>
<i>CEP</i>	<i>Telefone</i>	

<i>Diretor Clínico</i> Irineu Rasera Júnior		
<i>CPF</i> 105.872.888-17	<i>RG</i> 16.883.999-4	<i>Órgão Expedidor</i> SSP/SP
<i>Cargo</i> Diretor Clínico	<i>Função</i> Diretor Clínico	
<i>Endereço</i> Av. Comendador Luciano Guidotti, 133 - Apto: 22 - Higienópolis		
<i>Cidade</i> Piracicaba		<i>UF</i> SP
<i>CEP</i> 13424-540	<i>Telefone</i> (19) 3403-2800	



III – QUALIFICAÇÃO DO PLANO DE TRABALHO

<i>Objeto</i>	<i>Descrição</i>
Custeio	Santas Casas SUStentáveis – Custeio – Material de Consumo e Prestação de Serviços

a) Identificação do Objeto

A Associação dos Fomecedores de Cana de Piracicaba – Seção Hospital (HFC) foi contemplada com o auxílio financeiro através de recursos no valor de R\$ 21.816.817,00 (Vinte e um milhões, oitocentos e dezesseis mil, oitocentos e dezessete reais), referente ao período de 36 meses, o qual tem por objetivo o desenvolvimento de ações que incrementem de forma qualitativa e quantitativa os serviços de saúde.

O HFC tem como compromisso cumprir os requisitos exigidos, conforme deliberações CIB – 51 de 22/09/2009, desenvolvendo um parque hospitalar de referência para média e alta complexidade na região, prestando serviços de saúde resolutivos, com qualidade, atendendo às necessidades e demandas da população, em especial aquelas encaminhadas pelo setor de regulação do acesso, e integrar as redes de atenção à saúde no estado, buscando sempre atingir os preceitos preconizados pela Política Nacional de Humanização.

O recurso financeiro será aplicado na seguinte proporção:

1. Custeio – Material de Consumo e Prestação de Serviços – Santas Casas SUStentáveis.

A aplicação dos recursos financeiros recebidos por esta Instituição será utilizada para aquisição de medicamentos em geral e materiais médicos hospitalares, na proporção de 84% do total do projeto, representando o valor de R\$ 18.326.126,28

2. Prestação de Serviços

Prestação de serviços de energia elétrica;



DESTINAÇÃO	%
Medicamentos em geral	55%
Materiais Médicos Hospitalares	29%
Energia elétrica	16%
Total	100%

Todo o projeto de utilização desses recursos está direcionado aos pacientes, compreendendo desde a sua entrada até o término de seu atendimento, considerando a utilização de medicações, exames, utilização de materiais para complementar seu atendimento.

A utilização dos recursos será demonstrada na prestação de contas que será realizada perante DRS - X obedecendo aos critérios estabelecidos pelo Tribunal de Contas.

b) Objetivo

Objetivamos com o recebimento desses recursos, suprir a diferença entre os valores recebidos do Sistema Único de Saúde (SUS) oriunda dos atendimentos prestados nesta instituição.

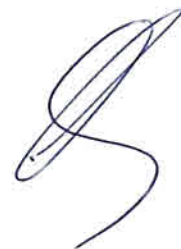
Promover de forma sistemática a qualidade de assistência em nossos serviços e estabelecer uma continuidade no avanço dos mesmos, respeitando os índices de segurança no perímetro hospitalar, controlando os níveis de infecções hospitalares, implantando novas diretrizes para atender melhor os pacientes e integrar as redes de saúde no Estado.



c) **Justificativa**

A Associação dos Fomecedores de Cana de Piracicaba – Seção Hospital (HFC), conveniada pelo SUS para média e alta complexidade, sendo referência para média complexidade ao município de Piracicaba e CIR Piracicaba, e na alta complexidade, referência em algumas especialidades para o DRS-X e alguns outros DRS do Estado de São Paulo. Diante do exposto, pleiteia auxílio financeiro através de recursos no valor de R\$ 21.816.817,00 (Vinte e um milhões, oitocentos e dezesseis mil, oitocentos e dezessete reais), para o período de 3 anos, que através dos insumos e prestação de serviços a serem adquiridos, contribuirá para o desenvolvimento de ações que incrementem de forma qualitativa e quantitativa os serviços de saúde voltados ao usuário SUS.

A prestação de contas se dará através documentos comprobatórios.



d) Metas a Serem Atingidas

Metas Quantitativas:

META	DESCRIÇÃO	INDICADOR DE ALCANCE DA META
B1- Taxa de Alcance da produção conveniada/contratada.	Verificar a proporção de alcance da produção através de reuniões mensais, avaliado pela Comissão Técnica com representantes do Hospital e Secretaria Municipal de Saúde. Utilizar a planilha com os agrupamentos (ambulatorial e hospitalar) levando em conta a meta a ser alcançada. Apresentar relatório padrão / mensalmente e elaborar relatório trimestral de alcance da meta.	Número de agrupamentos conforme/Número de agrupamentos contratados x 100.
B1 – Manter a taxa de alcance da produção conveniada/contratada maior ou igual a 90% do total de 13.641 atendimentos no mês/ano		Apresentado dados mensais e elaborado relatório trimestral do alcance realizado. Avaliação trimestral do alcance.
B2- Taxa de ocupação (leitos SUS cirurgia e clínica) hospitalar.	Disponibilizar a equipe de forma sistemática para monitoramento da quantidade de internações ocorridas diariamente e o número de leitos disponibilizados ao SUS, via Censo Hospitalar diário; informar no Portal do CROSS mensalmente e elaborar relatório de alcance trimestral.	Total de pacientes-dia em determinado período/Total de leitos-dia no mesmo período x 100.
B2- Manter a taxa de ocupação acima de 85%, considerando total de 92 leitos diários contratualizados no mês/ano		Apresentado dados mensais e elaborado relatório trimestral do alcance realizado. Avaliação trimestral do alcance.
B3- Taxa de ocupação de leitos de Terapia Intensiva Adulto	Disponibilizar a equipe de forma sistemática para Monitoramento da quantidade de internações ocorridas diariamente o número de leitos disponibilizados ao SUS, via Censo Hospitalar diário; e informando-as no site CROSS, mensalmente.	Total de pacientes-dia em determinado período / período/Total de leitos-dia no mesmo período x 100.
B3 – Manter a taxa de ocupação de leitos da UTI Adulto acima de 90% em relação ao total de 18 leitos diários contratualizados no mês/ano		Apresentado dados mensais e elaborado relatório trimestral do alcance realizado. Avaliação trimestral do alcance.



META	DESCRIÇÃO	INDICADOR DE ALCANCE DA META
B4- Tempo médio de permanência na especialidade clínica.	Disponibilizar de forma sistemática a equipe de Monitoramento para verificar o número de dias das internações (SUS) em relação ao número de internações na especialidade de clínica médica no mesmo período, e informar posteriormente no Módulo de Leitos do portal CROSS. Apresentar dados por competência (mês) e avaliar o alcance da meta.	Nº de pacientes-dia em determinado período/Total de pacientes com saídas no mesmo período x 100.
B4 – Promover ações que contribuam para garantir o tempo médio de permanência - na especialidade clínica abaixo de 7 dias, no mês/ano		Apresentado dados mensais e elaborado relatório trimestral do alcance realizado. Avaliação trimestral do alcance.
B5- Tempo médio de permanência na especialidade cirúrgica.	Disponibilizar de forma sistemática a equipe multidisciplinar de Gerenciamento de Leitos para verificar o número de dias das internações (SUS) em relação ao número de internações na especialidade de clínica cirúrgica no mesmo período (mês) e informado posteriormente no Módulo de Leitos do portal CROSS. Avaliar por mês e por trimestre o alcance da meta e	Nº de pacientes-dia em determinado período/Total de pacientes com saídas no mesmo período x 100.
B5 – Manter o tempo médio de permanência - na especialidade cirúrgica abaixo de 7 dias, no mês/ano.		Apresentado dados mensais e elaborado relatório trimestral do alcance realizado. Avaliação trimestral do alcance.
B6- Tempo médio de permanência UTI Adulto.	Discutir o tempo de permanência com equipe médica avaliando protocolos por CID das principais causas e possibilidades de melhorias. Disponibilizar a equipe de Monitoramento do SUS para verificar o número de diárias de UTI's Adulto em relação ao número de internações no setor no mesmo período de competência (mês). Elaborar relatório por trimestre de alcance da meta.	Total de pacientes-dia em determinado período/Total de pacientes com saídas no mesmo período x 100.
B6 – Promover ações que contribuam para atingir o tempo médio de permanência de UTI Adulto menor que 7 dias, no mês/ano.		Apresentado dados mensais e elaborado relatório trimestral do alcance realizado. Avaliação trimestral do alcance.



META	DESCRIÇÃO	INDICADOR DE ALCANCE DA META
B7- Taxa de Mortalidade Institucional.	Monitoramento mensal em conjunto com a Comissão de Óbitos para verificar o quantitativo de internações encerradas por óbito no mês em relação ao total de altas hospitalares e	N. de óbitos ocorridos em pacientes após 24 horas de internação em determinado período/N. de pacientes que tiveram saída do hospital no mesmo período x 100.
B7- Intensificar ações que contribuam para atingir a Taxa de mortalidade institucional menor 3% ao mês/ano.	causa morte por faixa etária; promover reuniões técnicas que elejam estratégias de intervenção.	Apresentado dados mensais e elaborado relatório trimestral do alcance realizado. Avaliação trimestral do alcance.
B8- Indicadores de Infecção Hospitalar.	Disponibilizar Equipe Técnica da Comissão de Infecção Hospitalar para monitorar diariamente os indicadores de vigilância das infecções hospitalares e anexar o relatório enviado ao GVE no sistema de monitoramento CROSS, mensalmente.	Anexado o relatório enviado ao GVE.
B8 – Enviar relatório de indicadores de Vigilância Epidemiológica das Infecções Hospitalares ao GVE e anexá-lo no sistema de monitoramento CROSS, mensalmente durante o ano.		
B9- Incidência de queda do paciente.	Intensificar as ações de intervenção em relação as causas de quedas para que sejam realizadas de forma sistemática qualificando o cuidado ao paciente. Elaborar relatórios mensalmente.	Relatório Mensal Consolidado pela Enfermagem informando os dados: Nº de quedas em determinado período/ nº de paciente dia no mesmo período x 1000.
B9 –Manter ações que contribuam para que a Incidência de queda de pacientes permaneça abaixo ou igual a 2% no mês, conforme Resol.SS 46.		
B10- Índice de Rotatividade.	Acompanhar quantidade de pacientes que ocuparam o mesmo leito no período e apresentar dados de competência/ mês. Avaliar por trimestre o alcance da meta.	Total de saídas / nº de pacientes leitos dia no mesmo período. Apresentados dados mensais e avaliados por trimestre o alcance da meta.
B10- Manter índice de rotatividade maior ou igual a 4 pacientes/leito, no mês/ano.		
B11- Índice de uso de sala cirúrgica.	Acompanhar índice de uso de sala cirúrgica, considerando a meta de maior ou igual a 3. Promover de forma contínua monitoramento e avaliação de agenda cirúrgica otimizando as salas cirúrgicas existentes por dia/mês.	Nº de cirurgias realizadas no período / (nº de salas cirúrgicas X nº de dias do período). Apresentado dados mensais e avaliado trimestralmente o alcance da meta.
B11 - Promover ações de melhoria contínua para manter o índice maior ou igual a 3, no mês/ano.		

Metas Qualitativas:

META	DESCRIÇÃO	INDICADOR DE ALCANCE DA META
A1- CNES atualizado	Estabelecer como rotina para atualização do CNES checagem mensal pelo setor comercial hospitalar.	Relatório com a data da última atualização do CNES e documento da instituição relatando as atualizações feitas no período, informando as ocorrências por data da atualização.
A1 - Promover a atualização de 100% do CNES e encaminhar os documentos da Instituição relatando atualizações feitas mensalmente.		
A2- Diagnósticos Secundários preenchidos nas AIH acima de 25%, discriminados por especialidades: pediatria, obstétrica, clínica médica e cirúrgica.	Envolver equipe médica através da Direção Técnica e Clínica para conscientização da importância do registro do Indicador para alcançar a meta, conforme resolução CFM nº 1627/2001. Elaborar relatório mensal e realizar a avaliação do alcance.	Número de AIH com diagnósticos secundários / Total de AIH x 100.
A2-Promover mensalmente o preenchimento dos diagnósticos secundários nas AIH's acima de 25% em relação ao total de prontuários mês apresentados, discriminando por especialidades: pediatria, obstetrícia, clínica médica e cirúrgica, excluindo as AIH de ginecologia e psiquiatria.		Produzido relatório mensal e realizado a avaliação do alcance.
A3- Atualização diária no portal CROSS, das informações dos recursos disponíveis para atendimentos de urgências.	Promover ações junto aos funcionários que garantam melhoria nos processos de trabalho de forma sistemática para atingir a meta de acordo com treinamento recebido do CROSS-SP; atualizar diariamente (2 X dia) e realizar avaliação do alcance trimestralmente.	Apresentado Relatório da CROSS mensalmente, informando o número de atualizações esperadas e fornecidas.
A3 - Promover a atualização diária (2 vezes ao dia) no Portal CROSS, sobre as informações dos recursos disponíveis para atendimentos às urgências pré-hospitalar, no mês de competência.		Realizado trimestralmente a avaliação de alcance da meta.



META	DESCRIÇÃO	INDICADOR DE ALCANCE DA META
A4- Atendimento de Urgência e emergência referenciado, mediado pela Central de Regulação nas 24 horas nos 7 dias da semana. A4 – Fortalecer o Núcleo Interno de Regulação (NIR) em funcionamento 24 horas nos 7 dias da semana com rotina definida de comunicação dos médicos plantonistas e médico regulador do Complexo Regulador do DRS-X Piracicaba, diariamente.	Garantir profissionais 24 horas nos 7 dias da semana para operacionalizar diariamente através sistema CROSS o modulo Urgência e Emergência– NIR HFC e realizar avaliação mensal do alcance.	Apresentado Relatório de monitoramento pela Central de Regulação de Urgência e Emergência Inter –Hospitalar. Realizado trimestralmente a avaliação de alcance da meta.
A5- Atualização diária no Portal CROSS da ocupação de leitos hospitalares A5 – Efetuar a atualização diária, no Portal CROSS da ocupação dos leitos hospitalares, durante o período.	Promover junto aos funcionários processos de trabalho que garantam informar no sistema CROSS, conforme internações e altas em até 24 horas após os respectivos eventos. Realizar trimestralmente a avaliação do alcance da meta.	Apresentado Relatório da CROSS do período, informando atualizações esperadas. Realizado trimestralmente a avaliação de alcance da meta.
A6- Atualização diária no portal CROSS- no módulo ambulatorial da recepção dos pacientes agendados A6 - Manter a atualização diária, no Portal CROSS do módulo ambulatorial da recepção dos pacientes agendados dentro das últimas 48 horas, durante o período.	Promover junto aos funcionários e parceiros prestadores de serviços a atualização diária no sistema CROSS, informando a recepção dos pacientes agendados em 48 horas e realizar por mês a avaliação de alcance da meta.	Relatório da CROSS do período, informando atualizações esperadas. Realizado trimestralmente a avaliação de alcance da meta.



META	DESCRIÇÃO	INDICADOR DE ALCANCE DA META
A7- Disponibilização mensal da agenda ambulatorial no Portal CROSS- módulo ambulatorial.	Promover junto aos funcionários a disponibilização mensal da agenda ambulatorial via sistema CROSS.	Elaborado relatório CROSS mensalmente informando atualizações esperadas.
A7 – Manter a disponibilização mensal da agenda ambulatorial no Portal CROSS impreterivelmente até dia 24 do mês vigente.	Realizar trimestralmente a avaliação do alcance da meta.	Realizado trimestralmente a avaliação de alcance da meta.
A8- Protocolo de Acolhimento e de Classificação de Risco.	Monitorar o acolhimento e classificação de risco de acordo com os fluxos e protocolos de URG / EMERG ou da inserção em outra Rede de Atenção. Promover capacitação permanente junto aos técnicos e supervisão de Enfermagem na unidade do Pronto Socorro e gerenciar objetivando analisar e monitorar as restrições que possam prejudicar o processo de Acolhimento e Classificação de Risco; apresentar relatório mensal e realizar avaliação trimestral do alcance da meta.	Protocolo implantado e apresentado o relatório trimestral com número de pacientes atendidos por mês, segundo a classificação de risco.
A8 - Promover melhoria continua no processo de Acolhimento e Classificação de Risco, no mês/ano.		Realizado trimestralmente a avaliação de alcance da meta.
A9- Alta Hospitalar Qualificada.	Participar dos grupos condutores municipais das diferentes linhas de cuidados/ redes (rede cegonha, urgência e emergência, crônicas; pessoas com deficiência), dando ênfase em hipertensão, diabetes, gestante e recém-nascido de risco na elaboração e operacionalização de fluxos/ protocolos, regulação, assim como seu monitoramento e avaliação mensal.	Protocolos definidos e em operacionalização.
A9 - Incentivar a elaboração e a operacionalização de protocolos em conjunto com a Secretaria Municipal de Saúde e DRS X para a Alta Hospitalar Qualificada, anualmente.		Apresentado relatórios mensais e realizado trimestralmente a avaliação de alcance da meta.



META	DESCRIÇÃO	INDICADOR DE ALCANCE DA META
A10- Custos por Absorção.	Implementar o processo de custo hospitalar por absorção, incluindo as orientações da resolução 46 e incentivar os funcionários do setor qualificados pela FEHOSP a desenvolverem seus processos de trabalho a contento; elaborar relatório mensal e avaliar trimestralmente o alcance da meta.	Relatório Mensal dos custos implantados.
A10 - Promover a implementação e apuração dos Custos por Absorção, de acordo com a Resolução SS 46, através de relatórios mensais e avaliação trimestral do alcance.		Realizado trimestralmente a avaliação de alcance da meta.
A11- Política Estadual de Humanização.	Operacionalizar o plano de ações de forma a sistematizar as atividades e implementar ações de humanização em todo o processo de atendimento aos pacientes, tendo em vista os parâmetros do Humaniza SES, elaborar relatórios trimestral avaliando o alcance.	Relatório mensal de atividades da Instituição para o Articulador de Humanização DRS X.
A11 - Promover a Política estadual de humanização de forma sistemática nos processos de trabalho elaborando relatório mensal de atividades e realizar mensalmente a avaliação do alcance.		Realizado trimestralmente a avaliação de alcance da meta pela instituição e Comitê Regional.
A12- Apresentação das contas hospitalares no mês imediato ao do encerramento da AIH (alta hospitalar)	Promover a implantação de processos de trabalho que garantam atingir a apresentação de 80% das AIH no mês subsequente da alta do paciente; acompanhar equipe de auditoria no monitoramento dos prontuários pós-alta e entrega imediata ao faturamento; elaborar relatório mensal das altas do mês de competência e avaliação trimestral do alcance.	Número de AIH apresentadas com alta do mês de competência / Total de AIH apresentadas no período x 100.
A12- Promover ações contínuas para viabilizar a apresentação das contas ambulatoriais no mês imediato alcançando o percentual de pelo menos 80% do total das AIHS.		Apresentado dados mensais e elaborado relatório trimestral do alcance realizado. Avaliação trimestral do alcance.



META	DESCRIÇÃO	INDICADOR DE ALCANCE DA META
A13- Apresentação das contas ambulatoriais no mês imediato à realização do procedimento (APAC)	Promover ações em que a equipe Administrativa interna atue junto ao Gestor Municipal para que aconteça a entrega das fichas de atendimento apresentadas no mês imediato à realização do procedimento para atingir a meta mês/ano. Elaborar relatório mensal e avaliar trimestralmente o alcance.	Número de APAC com apresentação do mês de ref. Correto/ Total de APAC apresentadas no período x 100.
A13 – Apresentar as contas ambulatoriais no mês imediato da realização do procedimento (APAC), alcançando no mínimo 80 % das APACs. Total Média/ mês (1.830).		Apresentado dados mensais e elaborado relatório trimestral do alcance realizado. Avaliação trimestral do alcance.
A14- Caracterização correta da Internação.	Promover ações de monitoramento e avaliação realizada pela equipe administrativa interna de internação junto Gestor Municipal de Saúde no que tange ao recebimento de AIH devidamente autorizada / qualificada quando eletiva e promover a avaliação utilizando de amostra aleatória de no mínimo 10% do total apresentadas no trimestre avaliando uma a uma se o caráter registrado é compatível com o registro do prontuário e anexar memória de cálculo.	Número de AIH com caracterização correta/ Total de AIH selecionadas no trimestre x 100.
A14 - Caracterizar corretamente, as internações: AIH de urgência (caráter 2 a 6) / AIH eletiva (caráter 1) - por amostragem, alcançando no mínimo 80% do total mensalmente.		Avaliação por trimestre do alcance da meta.
A15- Comissões obrigatórias	Verificar a formação das comissões obrigatórias ativas para o Exercício. (Ética médica, Controle de infecção hospitalar, Óbito, Prontuários), assim como sua atuação e se necessário readequá-las, incentivando-as a cumprirem com seu papel realizando reuniões e relatórios que contribuam para qualificação da assistência hospitalar mensalmente.	Ata de reunião ou relatório de cada uma das Comissões exigidas mensalmente e realizada avaliação trimestral.
A15 - Promover a atuação efetiva de 100% das 4 comissões obrigatórias e apresentar os respectivos relatórios mensalmente, no período.		



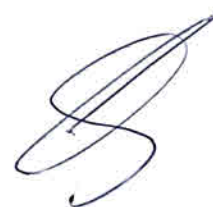
META	DESCRIÇÃO	INDICADOR DE ALCANCE DA META
A16- Comissão Intra-Hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplantes.	Manter a comissão obrigatória ativa de acordo com o cronograma planejado para o Exercício, com análises dos óbitos, de acordo com os parâmetros da CIHDOTT, apresentando relatórios / mês padronizados pela Central de Transplante da SES – SP. Avaliar trimestral o alcance da meta.	Relatório enviado pela unidade diretamente a Central de Transplantes da SES-SP.
A16 – Manter a análise e envio dos relatórios no mês, durante o período.		Realizado avaliação trimestral de alcance da meta.
A17- Plano Atendimento a Desastres e Incidentes com Múltiplas Vítimas.	Rever e aprimorar anualmente o plano de desastres com simulações e checagem de necessidades a fim de mediar à capacidade de atendimentos e comunicação interna.	Apresentado Plano da Instituição revisado
A17 - Rever anualmente o plano de atendimento a desastres e incidentes com múltiplas vítimas.		
A18- Licença de alvará da VISA e Auto de Vistoria do Corpo de Bombeiros (AVCB).	Providenciar laudo de vistoria com os apontamentos de irregularidades, bem como cronograma para correções apontadas pelo corpo de Bombeiros.	Providenciado Alvará de Funcionamento e AVCB após aprovação do Corpo de Bombeiros.
A18 - Atualizar os Alvarás de funcionamento anual e promover ações de segurança baseados nos requisitos do AVCB.		
A19- Taxa de suspensão de cirurgia por motivos administrativos (exceto cirurgias ambulatoriais)	Monitorar as restrições que geram o cancelamento das cirurgias diariamente; visando criar ações de intervenção para a melhoria da assistência e impactos causados pelos cancelamentos no mês.	Número de cirurgias suspensas em determinado período/ Total de cirurgias agendadas no mesmo período x 100. Realizado monitoramento e ações de intervenção realizados.
A19 – Apresentar taxa de suspensão de cirurgia por motivos administrativos (exceto cirurgias ambulatoriais), atingindo a meta inferior a 10% do total de cirurgias agendadas no mês.		



META	DESCRIÇÃO	INDICADOR DE ALCANCE DA META
A20- Taxa de recusa de solicitações da Central de Regulação de Urgência CROSS. A20 - Considerar inferior a 2% a taxa de recusa de solicitações da Central de Regulação de Urgência, no mês/ano.	Fortalecer o NIR no sentido de que a equipe conheça os credenciamentos e pactuações que tornam a instituição referencia regional e avaliar os motivos de recusa.	Recusas de solicitações em um determinado período/ Total de solicitações de atendimento pela Central de Regulação no mesmo período x 100. Realizado avaliação mensal e trimestral.
A21- Percentual de Vaga Zero A21 – Facilitar o acesso de pacientes graves, evitando vaga zero, no mês / ano	Manter a equipe treinada e ciente das referências pactuadas, assim como das possibilidades e remanejamentos de acordo com protocolos clínicos que garantam o acesso e qualidade da atenção evitando porcentual de vagas zero indesejáveis. Avaliar mensalmente os motivos de vaga-zero.	Total de vagas zero em determinado período/Total de solicitações reguladas no mesmo período x 100. Realizado avaliação mensal e trimestral de vaga zero.
A22- Educação Permanente-capacitações e treinamentos. A22 – Operacionalizar Plano de Educação Permanente (treinamentos, capacitações, oficinas e outros) para melhoria dos indicadores de acordo com as resoluções SS 13 e 46, contribuindo para qualificação da assistência.	Operacionalizar o Plano de Educação Permanente para capacitação do Corpo Clínico e dos funcionários. Encaminhar à DRS X o cronograma de eventos mensalmente e avaliar trimestralmente.	Plano operacionalizado e apresentado relatório mensal informando os cursos, treinamentos, capacitações, realizadas, número de funcionários participantes, listas de presença/certificados. Realizado avaliação trimestral.



META	DESCRIÇÃO	INDICADOR DE ALCANCE DA META
A23- Balanço Patrimonial e Declaração da Análise Econômica Financeira.	Disponibilizar o Balanço Patrimonial do ano anterior e a Declaração da Análise Econômica e Financeira com base de 31 de dezembro do ano anterior, que conste aos indicadores de LC - Liquidez Corrente; LG - Liquidez Geral e SG - Solvência Geral.	Balanço Patrimonial e Análise Econômica e Financeira, assinada por Contador da Instituição. LC = Ativo Circulante/Passivo Circulante. LG = (Ativo Circulante + Realizável a Longo Prazo) / (Passivo Circulante + Exigível a Longo Prazo). SG = Ativo Total / (Passivo Circulante + Exigível em Longo Prazo).
A23- Apresentar Balanço Patrimonial e a Declaração da Análise Econômica e Financeira relativo ao ano anterior.		
A24- Relação enfermeiro leito.	Gerenciar e acompanhar indicador a fim de manter maior ou igual à meta. Disponibilizar escala mensal de trabalho e não considerar enfermeiros afastados por mais de 15 dias. Avaliar trimestralmente o alcance da meta.	Número total de enfermeiros ligados à área assistencial de internação / número total de leitos.
A24 – Desenvolver ações para manter o índice enfermeiro/leito maior que a meta estabelecida, que é superior a 0,36 no mês/ano		Apresentado relatório mensal e avaliado trimestralmente o alcance da meta.




e) Etapas ou Fases de Execução

ETAPA	DESCRIÇÃO	DURAÇÃO POR EXERCÍCIO	APLICAÇÃO POR EXERCÍCIO	APLICAÇÃO TOTAL DOS EXERCÍCIOS
1	Cotação de Materiais e Medicamentos Hospitalares	02 meses	0,00	0,00
2	Aquisição de Medicamentos em Geral	12 meses	3.999.749,78	11.999.249,34
3	Aquisição de Materiais Médicos em Geral	12 meses	2.108.958,98	6.326.876,94
4	Custeio - Energia Elétrica	12 meses	1.163.563,57	3.490.690,72
TOTAL GERAL.....			7.272.272,33	21.816.817,00

f) Plano de Aplicação de Recursos Financeiros

Nº	OBJETO POR AGRUPAMENTO	1º ANO	2º ANO	3º ANO	VALOR TOTAL	%
1	Custeio – Materiais Médicos em Geral	2.108.958,98	2.108.958,98	2.108.958,98	6.326.876,94	29%
2	Custeio – Medicamentos em Geral	3.999.749,78	3.999.749,78	3.999.749,78	11.999.249,34	55%
3	Custeio – Energia Elétrica	1.163.563,57	1.163.563,57	1.163.563,57	3.490.690,72	16%
Total					21.816.817,00	100 %



IV – CRONOGRAMA DE DESEMBOLSO (preencher a tabela)

ANO	PARCELAS	OBJETO	BASE MENSAL	PROPONENTE	CONCEDENTE
2017	1ª	Custeio – Material de Consumo	509.050,08	0,00	509.050,08
2017	1ª	Custeio – Prestação de Serviços	96.961,92	0,00	96.961,92
	TOTAL I		606.012,00	0,00	606.012,00
2017 a 2019	2ª a 36ª	Custeio – Material de Consumo	509.059,32	0,00	17.817.076,20
2017 a 2019	2ª a 36ª	Custeio – Prestação de Serviços	96.963,68	0,00	3.393.728,80
	TOTAL II		606.023,00		21.210.805,00
	TOTAL GERAL I+II			R\$ 0,00	R\$ 21.816.817,00

V - PREVISÃO de EXECUÇÃO DO OBJETO

- Início: 01/01/2017.

- Duração: 36 meses



VI – DECLARAÇÃO

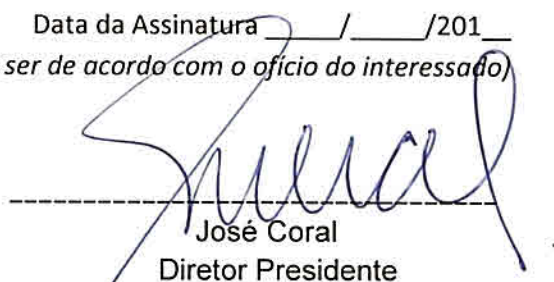
Na qualidade de representante legal do proponente, **DECLARO**, para fins de prova junto à Secretaria de Estado da Saúde – Departamento Regional de Saúde ____ - __, para os efeitos e sob as penas da lei, que inexistente qualquer débito em mora ou situação de inadimplência com o Tesouro ou qualquer órgão ou Entidade da Administração Pública, que impeça a transferência de recursos oriundos de dotações consignadas nos orçamentos deste Poder, na forma deste Plano de Trabalho.

Data da Assinatura ____/____/201__

(a data deve ser de acordo com o ofício do interessado)



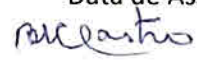
Luciana Garcia
Coordenadora Estratégica



José Coral
Diretor Presidente

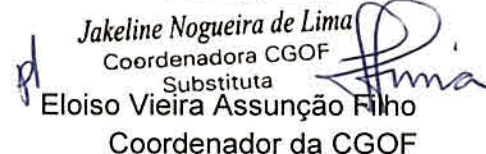
VII – ANALISADO E APROVADO TÉCNICAMENTE NESTE DRS

Data de Assinatura ____/____/____


Benedita Maria de Castro
RG 59.604.328-4
Diretor Técnico de Saúde III - Substituto
DRS-X - Piracicaba
Maria Clélia Bauer
Diretor Técnico do DRS

VIII – APROVAÇÃO – ORDENADOR DA DESPESA

Data da Assinatura 28/12/2016


Jakeline Nogueira de Lima
Coordenadora CGOF
Substituta
Eloiso Vieira Assunção Filho
Coordenador da CGOF

IX – APROVAÇÃO – SECRETÁRIO DE ESTADO DA SAÚDE

Data da Assinatura 28/12/2016


David Everson Uip
Secretário de Estado da Saúde

Se de acordo

David Everson Uip
Secretário de Estado da Saúde