



# INFORMAÇÃO PARA ORIENTAR ESCOLHAS E REDUZIR DESPERDÍCIOS



# Caso 1

*Paciente masculino, 63 anos, casado, 8 filhos, lavrador*

**D1** - Admitido com quadro de disfagia progressiva iniciada há 1 ano com perda de peso totalizando entre 2 e 4 Kg . Negava outras doenças

**D5** - Confirmada diagnóstico de estenose esofágica e a biópsia não evidencia neoplasia

**D8**- Realizada cirurgia para tratamento de estenose esofágica com ressecção do segmento estenosado e anastomose

**D11** - Paciente agitado, febril e com dor precordial. Suspeita de fistula esofágica mediastinal.

Realizado exploração cirúrgica que confirma diagnóstico. Realizado esofagostomia cervical, drenagem de mediastino e jejunostomia para alimentação. Iniciado antibioticoterapia.



# Caso 1

**D 15** - Evolui com controle progressivo do quadro infeccioso

**D 16** - Iniciado dieta pela jejunostomia. Técnico de enfermagem e injeta dieta no mediastino ao confundir a jejunostomia com o dreno do mediastino  
Paciente reconduzido ao Bloco para lavagem do mediastino

**D 98** - Cirurgia de fechamento de esofagostomia cervical e retirada de jejunostomia

**D 120** - Alta para o domicílio

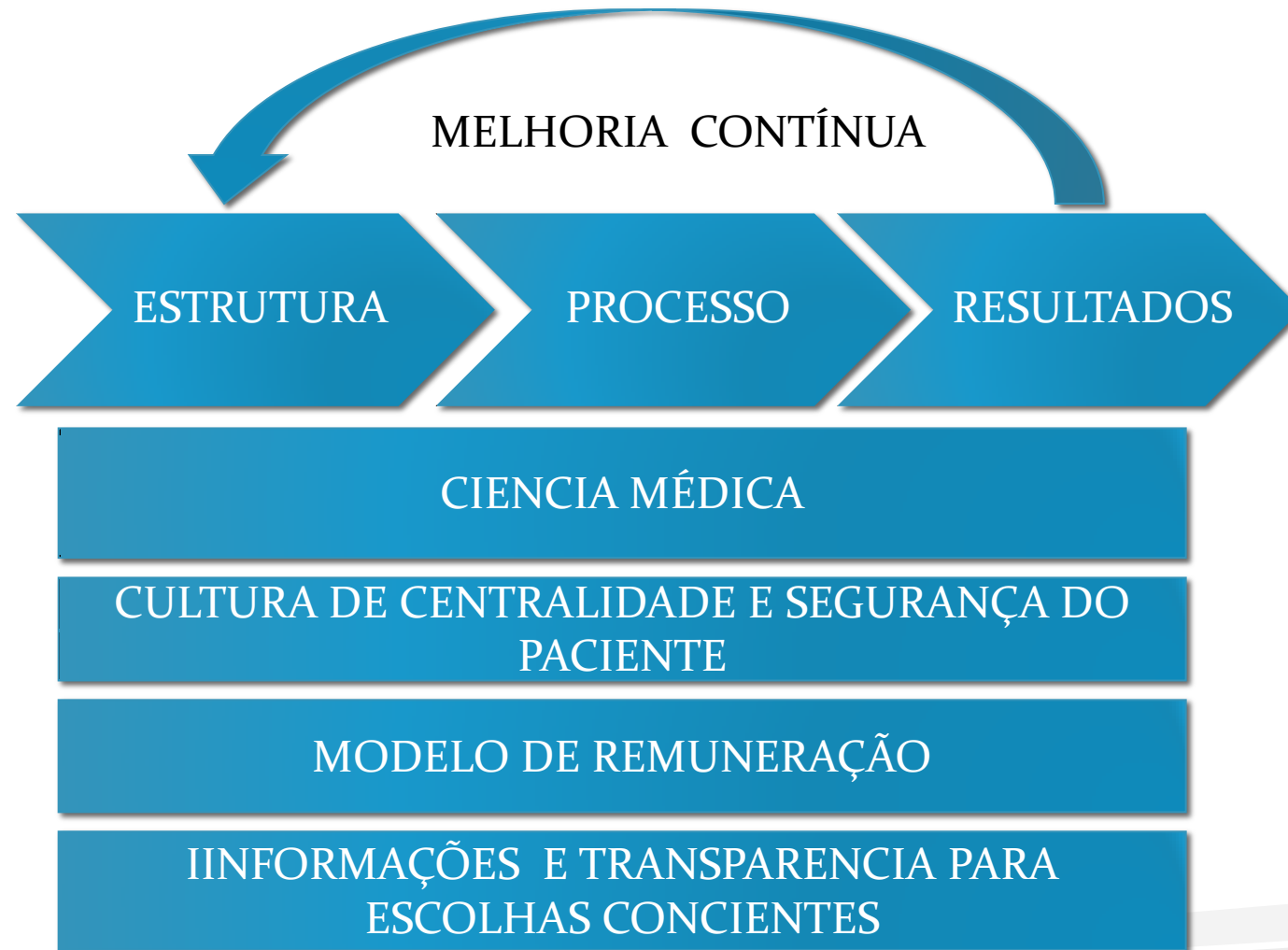


# O que queremos em nossas escolhas de saúde?

Qualidade é um par perfeito: eficácia e eficiência máxima

(ABNT, 2010).

# CAMINHO DA QUALIDADE



**Como andam os resultados do sistema de saúde?**

... 1991: o marco do Harvard Medical Practice I.



The NEW ENGLAND  
JOURNAL of MEDICINE

---

ORIGINAL ARTICLE


Volume 324:370-376    February 7, 1991    Number 6

**Incidence of adverse events and negligence in  
hospitalized patients. Results of the Harvard  
Medical Practice Study I**

*TA Brennan, LL Leape, NM Laird, L Hebert, AR Localio, AG Lawthers, JP  
Newhouse, PC Weiler, and HH Hiatt*

Amostra aleatória;

Composta de 30.000 altas hospitalares de 51 hospitais.



“Os eventos adversos iatrogênicos da assistência ocorriam em cerca de 3,7% do total das internações nos EUA e determinaram:

- Óbitos em 13,6%;
- Incapacidades com duração menor que 6 meses em 70,5%;
- Sequelas irreversíveis em 2,6% “.

---

*TA Brennan, LL Leape, NM Laird, L Hebert, AR Localio, AG Lawthers, JP Newhouse, PC Weiler, and HH Hiatt -1991 Results of the Harvard Medical Practice Study I Incidence of adverse events and negligence in hospitalized patients.*



- **No Reino Unido**

10% das admissões hospitalares apresentam eventos adversos (STRYER; CLANCY, 2005);

- **No Canadá**

12,7% das admissões hospitalares apresentam eventos adversos;

- **Na Austrália**

16,6% das admissões hospitalares apresentam eventos adversos (FORSTER et al., 2004; THOMAS et al., 2000);

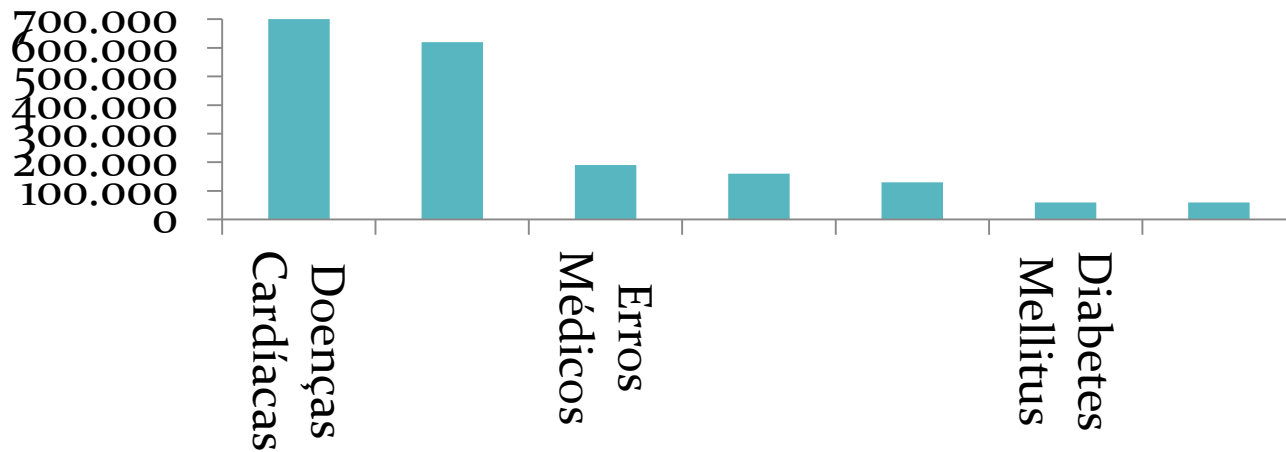
- **No mundo,**

421 milhões de internações/ano com cerca de 42,7 milhões de eventos adversos (JHA et al., 2013).



## ... 2015 na América

400.00 óbitos/ano em pacientes hospitalizados determinados pela ocorrência de um evento adverso.



MAKARY, M. A.; DANIEL, M. Medical error - the third leading cause of death in the US. *BMJ*, v.353, n.2139, p.1-5, 2016.



**E no Brasil...**

## ... 2011 no Brasil

### Estudo retrospectivo

- 27.350 internados;
- Amostra randômica de 1.103 adultos;
- Incidência de eventos adversos: 7,6% sendo 66,7% deles preveníveis;
- Na população 8,5% dos pacientes evoluíram para óbito;
- 34% dos óbitos ocorreram em pacientes com eventos adversos;
- 26,6% dos óbitos ocorreram em pacientes com eventos adversos preveníveis;
- A mortalidade relacionada a evento adverso prevenível é de 2,3%.

Mendes et al. (2009) MARTINS et al., (2011).



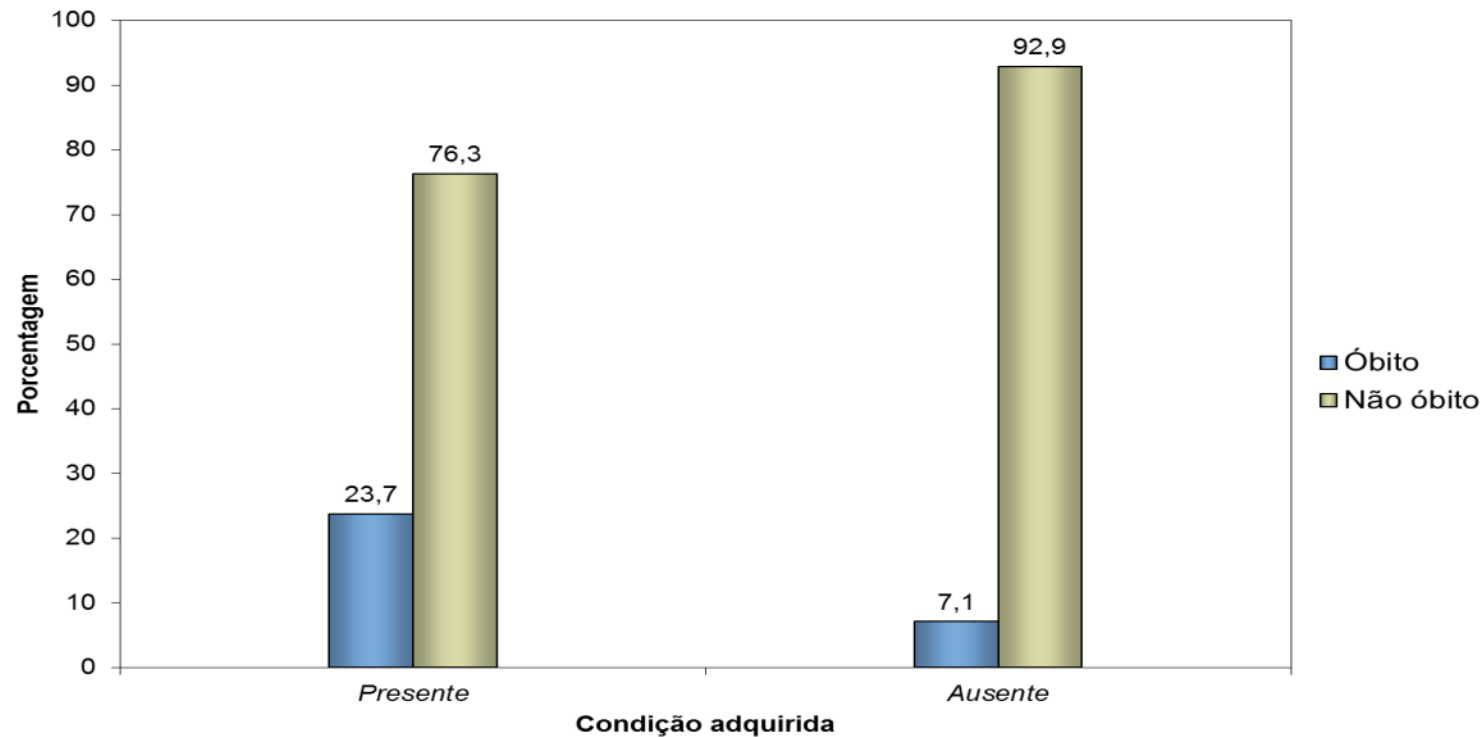
UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS  
Faculdade de Medicina  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE

***Impacto econômico e assistencial das complicações relacionadas  
à internação hospitalar  
53000 altas***

PAULA DAIBERT  
Orientador: Renato C. Couto

Belo Horizonte  
2014

# ÓBITOS CONSIDERANDO A OCORRÊNCIA DE CONDIÇÕES ADQUIRIDAS



Base de dados: 1.887 pares de pacientes  
NOTA:  $p < 0,001$  -> teste de McNemar

# ÓBITOS ATRIBUÍVEIS À INSEGURANÇA ASSISTENCIAL HOSPITALAR DE SAÚDE SUPLEMENTAR

**Tabela 2 - Estimativa de óbitos por erros assistenciais hospitalares na saúde suplementar do Brasil**

Estudo	Período	Fonte de informação	Pacientes admitidos	Incidência de evento adverso (%)	Incidência de óbito atribuível a evento adverso letal (%)	Eventos adversos Extrapolação Admissões Saúde suplementar 2015 (1,2)	Óbitos Extrapolação para admissões Saúde suplementar 2015 (1, 2)
Daibert (2015)	2015	Brasil	57.215	4%	0,66%	316.965	52.299
Mendes et al. (2009) / Martins et al. (2011)	2009 / 2011	Brasil	27 350	7,6%	2,26%	602.233	175.123
Brennan et al. (1991)	1991	EUA		3,7%	0,5%	296.808	40.365

1-População coberta pela saúde suplementar **49.346.927 (24,5% da população brasileira)** ANS/Tabnet e IBGE/Estimativa da População Brasileira. Dados extraídos dia 27/06/2016.

2-Nº de internações hospitalares da saúde suplementar, 2015, **7.924.127**  
[http://www.ans.gov.br/images/stories/Materiais\\_para\\_pesquisa/Materiais\\_por\\_assunto/mapa\\_assistencial\\_2016007.pdf](http://www.ans.gov.br/images/stories/Materiais_para_pesquisa/Materiais_por_assunto/mapa_assistencial_2016007.pdf) consulta 20-07-16

## Causas de óbito no Brasil, 2013

Grupo de Causas	Nº de óbitos	
I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	52.058	<b>Óbitos por insegurança assistencial-hospitalar</b>
XVI. Algumas afecções originadas no período perinatal	22.745	
II. Neoplasias (tumores)	196.954	
IX. Doenças do aparelho circulatório	339.672	
X. Doenças do aparelho respiratório	137.832	
XX. Causas externas de morbidade e mortalidade	151.683	
Demais causas definidas	237.726	
<b>Total</b>	<b>1.138.670</b>	<b>11,1 a 38% dos obitos</b>

Fonte: MS/SVS/CGIAE - SIM



**VIETNÃ: 57.000 americanos mortos**





**IROSHIMA E NAGASAKI**



**1.221.893 MORTOS OFICIAIS**



**TSUNAMI NA ÁSIA**





**230.000 MORTOS**



# **Qual o desperdício com a ineficácia assistencial no Brasil?**



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS  
Faculdade de Medicina  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE

*Impacto econômico e assistencial das complicações relacionadas  
à internação hospitalar  
53000 altas*

PAULA DAIBERT  
Orientador: Renato C. Couto

Belo Horizonte  
2014

# DRG Brasil

## Perda de produtividade com baixa qualidade assistencial

Condição adquirida	Permanência real até a alta	
	Incluindo óbitos	Excluindo óbitos
Presente (P)	18,8 ± 25,6 (Md = 10,7)	18,0 ± 24,0 (Md = 9,7)
Ausente (A)	9,1 ± 14,0 (Md = 4,4)	8,1 ± 13,5 (Md = 3,7)
<b>p</b>	<b>&lt; 0,001</b>	<b>&lt; 0,001</b>

# IMPACTO ECONÔMICO DA INSEGURANÇA ASSISTENCIAL

- **EUA**

**Instituto Juran, 2003**

30% dos custos totais dos hospitais americanos são determinados por eventos adversos assistenciais

**National Institute for Healthcare Management, 2005**

32% dos custos totais dos hospitais americanos são determinados por eventos adversos assistenciais

Custos da Iatrogenia: 165,08 a 165,11 bilhões

- **Nova Zelândia**

**BROWN e colaboradores**

30% dos custos totais dos hospitais públicos neozelandeses são determinados por eventos adversos;

Pacientes idosos, neonatos e aqueles com comorbidades mais importantes apresentavam eventos adversos de maior custo.




**Tabela 3 - Estimativa de custos por erros assistenciais hospitalares da saúde suplementar no Brasil**

<b>POPULAÇÃO BRASILEIRA</b>	<b>DADOS</b>	<b>REFERENCIA</b>
Nº de internações hospitalares da saúde suplementar-2015	<b>7.924.127</b>	ANS. Caderno de Informação da Saúde Suplementar - Março 2016 (1)
Valor pago pelas operadoras pela assistência hospitalar-2015	<b>R\$ 51,9 bilhões</b>	ANS. Mapa assistencial da Saúde Suplementar – 2016 (2)
Custos atribuíveis a insegurança assistencial hospitalar	<b>R\$ 15,57 bilhões</b>	O Instituto Juran (PORTER; TEISBERG, 2006) e o National Institute for Healthcare Management (NIHCM, 2007) estimam que cerca de 30% dos custos globais com saúde nos EUA são determinados pelas falhas e erros originados na assistência médico-hospitalar
Custos atribuíveis a insegurança assistencial hospitalar	<b>R\$ 5,19 bilhões</b>	Daibert, 2015, 10% dos leitos dias usados para tratar os eventos adversos


1-Nº de internações hospitalares da saúde suplementar,2015,**7.924.127**  
[http://www.ans.gov.br/images/stories/Materiais\\_para\\_pesquisa/Materiais\\_por\\_assunto/mapa\\_assistencial\\_201607.pdf](http://www.ans.gov.br/images/stories/Materiais_para_pesquisa/Materiais_por_assunto/mapa_assistencial_201607.pdf) consulta 20-07-16

2-<http://www.ans.gov.br/aans/noticias-ans/numeros-do-setor/3402-ans-publica-dados-sobre-assistencia-prestada-pelos-planos-de-saude-2> consulta 20-07-16

- 
- Qual o impacto econômico dos pacientes sequelados?
  - Qual o impacto econômico/assistencial da falta de acesso pela ocupação de leitos e serviços ambulatoriais para tratamento das vítimas?
  - Qual impacto econômico e social do afastamento das vítimas do sistema produtivo?
  - Qual o tamanho do sofrimento, do desamparo, das perdas de oportunidades por todos os envolvidos?



# **Qual o desperdício da ineficiência assistencial no Brasil?**



# Impacto econômico do uso do DRG Brasil no controle da permanência hospitalar

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS  
GERAIS  
Faculdade de Medicina  
Programa de pós-graduação em Ciências da  
Saúde

Avaliação da produtividade do leito hospitalar brasileiro pela metodologia de DRG BRASIL REFINADO – GRUPOS DE DIAGNÓSTICOS RELACIONADOS em 145.710 altas hospitalares de 116 hospitais

JOSÉ CARLOS SERUFO FILHO  
Orientador: Renato C. Couto

Belo Horizonte  
2014

## DRG Brasil

### Produtividade/eficiência de hospitais brasileiros

Grupos	Altas	Permanência observada	Permanência esperada P50	% Permanência excedida (Desperdício)
Geral	145.710	649.345 dias	464.977 dias	39,7%
DRG Cirúrgico	90.902	273.197 dias	263.076	3,8%
DRG Clínico	54.808	376.048 dias	201.901	86,3%

MS-DRG percentil 50 ajustado pela categoria de DRG (Anos fiscais 2012-2014)



Sistema privado de saúde

**48,4**

milhões de pessoas cobertas

# Produtividade/eficiência de hospitais brasileiros

Grupos	Altas	Permanência observada	Permanência esperada P50	% Permanência excedida (Desperdício)
Geral	145.710	649.345 dias	464.977 dias	39,7%
DRG Cirúrgico	90.902	273.197 dias	263.076	3,8%
DRG Clínico	54.808	376.048 dias	201.901	86,3%



**39,7%**  
diárias em excesso



**4,020**  
bilhões de reais de desperdício-ano apenas com diárias



Sistema privado de saúde

**57,546**  
bilhões de reais com despesas hospitalares em 2015



**10,128**  
bilhões de reais são despesas assistenciais com diárias hospitalares (17,6% do total das receitas hospitalares - Anahp)



**Quais as causas da ineficiência no uso do leito hospitalar brasileiro?**

## DRG's Sensíveis ao Cuidado Primário

## Várias Instituições

04/11/16 - 19:35

Código do DRG Clínico	Descrição do DRG Clínico	Permanência (dias)		Quantidade de Altas	% em relação ao DRG	% em relação ao total
		Prevista	Realizada			
56	DOENÇAS DEGENERATIVAS DO SISTEMA NERVOSO COM MCC	15,0	24,1	3	18,75 %	0,01 %
57	DOENÇAS DEGENERATIVAS DO SISTEMA NERVOSO SEM MCC	40,0	80,1	10	9,71 %	0,02 %
61	ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL AGUDO ISQUÊMICO COM USO DE AGENTE TROMBOLÍTICO COM MCC	132,0	501,0	22	100,00 %	0,04 %
62	ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL AGUDO ISQUÊMICO COM USO DE AGENTE TROMBOLÍTICO COM CC	348,0	685,5	87	100,00 %	0,16 %
63	ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL AGUDO ISQUÊMICO COM USO DE AGENTE TROMBOLÍTICO SEM MCC/CC	294,0	588,3	98	100,00 %	0,18 %
64	HEMORRAGIA INTRACRANIANA OU INFARTO CEREBRAL COM MCC	379,8	991,6	73	79,35 %	0,14 %
65	HEMORRAGIA INTRACRANIANA OU INFARTO CEREBRAL COM CC	535,3	1505,3	163	77,99 %	0,30 %
66	HEMORRAGIA INTRACRANIANA OU INFARTO CEREBRAL SEM CC/MCC	739,8	1794,5	333	82,84 %	0,62 %
67	ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL NÃO ESPECÍFICO E OCLUSÃO PRÉ-CEREBRAL SEM INFARTO COM MCC	45,0	59,4	9	100,00 %	0,02 %
68	ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL NÃO ESPECÍFICO E OCLUSÃO PRÉ-CEREBRAL SEM INFARTO SEM MCC	92,0	173,0	41	100,00 %	0,08 %
69	ISQUEMIA TRANSITÓRIA	555,0	1291,1	271	100,00 %	0,50 %
70	DOENÇAS CEREBROVASCULARES INESPECÍFICAS COM MCC	15,0	46,5	3	23,08 %	0,01 %
71	DOENÇAS CEREBROVASCULARES INESPECÍFICAS COM CC	21,0	47,0	7	26,92 %	0,01 %
72	DOENÇAS CEREBROVASCULARES INESPECÍFICAS SEM CC/MCC	26,0	41,9	13	37,14 %	0,02 %
73	DOENÇAS DOS NERVOS CRANIANOS E PERIFÉRICOS COM MCC	4,0	6,7	1	5,00 %	0,00 %
74	DOENÇAS DOS NERVOS CRANIANOS E PERIFÉRICOS SEM MCC	48,0	95,1	16	8,47 %	0,03 %
77	ENCEFALOPATIA HIPERTENSIVA COM MCC	30,0	122,7	6	100,00 %	0,01 %
78	ENCEFALOPATIA HIPERTENSIVA COM CC	19,0	49,0	5	100,00 %	0,01 %
79	ENCEFALOPATIA HIPERTENSIVA SEM CC/MCC	24,0	48,0	11	100,00 %	0,02 %
		43932,2	71790,3	12.856		23,89 %



## Altas com Readmissões em até 30 dias

Várias Instituições

04/11/16 - 19:16

DRG	Descrição do DRG	Quantidade de Altas	Permanência prevista	Permanência Real	Readmissão em 30 dias	(DRG) % de Readmissão em 30 dias	Recaída / Complicação da Internação	Permanência Recaída / Complicação	(DRG) % de Recaídas / Complicações	(Geral) % de Recaídas / Complicações
190	DOENÇA PULMONAR OBSTRUTIVA CRÔNICA COM MCC	145	624,0	1.499,6	12	8,28 %	7	98,4	4,83 %	4,96 %
191	DOENÇA PULMONAR OBSTRUTIVA CRÔNICA COM CC	193	790,0	1.756,3	17	8,81 %	13	127,2	6,74 %	9,22 %
192	DOENÇA PULMONAR OBSTRUTIVA CRÔNICA SEM CC/MCC	198	613,0	1.313,2	16	8,08 %	10	68,1	5,05 %	7,09 %
193	PNEUMONIA SIMPLES & PLEURISIA COM MCC	245	1.304,0	2.473,0	16	6,53 %	11	117,4	4,49 %	7,80 %
194	PNEUMONIA SIMPLES & PLEURISIA COM CC	549	2.334,0	4.816,6	39	7,10 %	21	188,6	3,83 %	14,89 %
195	PNEUMONIA SIMPLES & PLEURISIA SEM CC/MCC	435	1.322,0	2.649,7	31	7,13 %	24	238,7	5,52 %	17,02 %
291	INSUFICIÊNCIA CARDÍACA & CHOQUE COM MCC	173	907,0	1.539,3	16	9,25 %	8	158,4	4,62 %	5,67 %
292	INSUFICIÊNCIA CARDÍACA & CHOQUE COM CC	345	1.489,0	2.676,3	42	12,17 %	27	291,9	7,83 %	19,15 %
293	INSUFICIÊNCIA CARDÍACA & CHOQUE SEM CC/MCC	278	878,0	1.679,0	31	11,15 %	20	200,8	7,19 %	14,18 %
533	FRATURAS DO FÊMUR COM MCC	3	15,0	22,2	0	0,00 %	0	0,0	0,00 %	0,00 %
534	FRATURAS DO FÊMUR SEM MCC	11	33,0	67,5	0	0,00 %	0	0,0	0,00 %	0,00 %
		<b>2.575</b>	<b>10.309,0</b>	<b>20.492,7</b>	<b>220</b>	<b>8,54 %</b>	<b>141</b>	<b>1.489,5</b>	<b>5,48 %</b>	<b>100,00 %</b>



## O que devemos medir e informar?

Paciente e família devem ter informações disponíveis que permitam uma escolha livre e consciente do plano de saúde, do hospital, do tratamento. As informações devem incluir os **desempenhos assistenciais** com foco na segurança, **os tratamentos disponíveis baseados em evidências científicas**, **a satisfação dos usuários** com os serviços disponibilizados e **o custo** dos serviços (IOM, 2001).



# Características da informação a ser disponibilizada

1 - Qualificada

2 - Independente

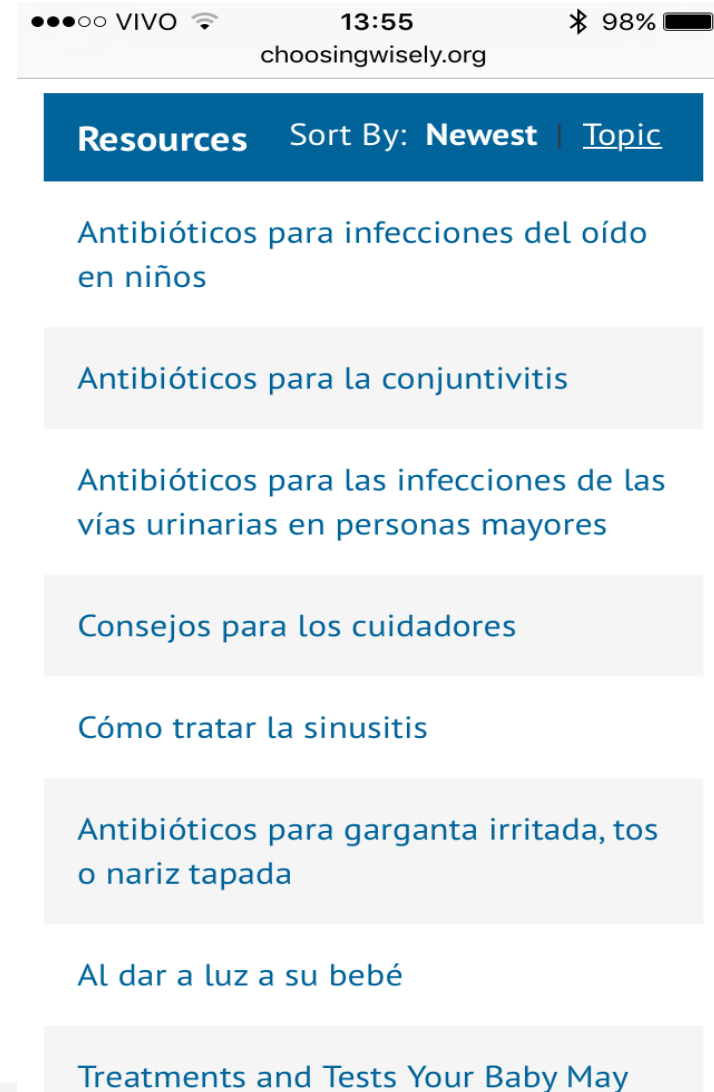
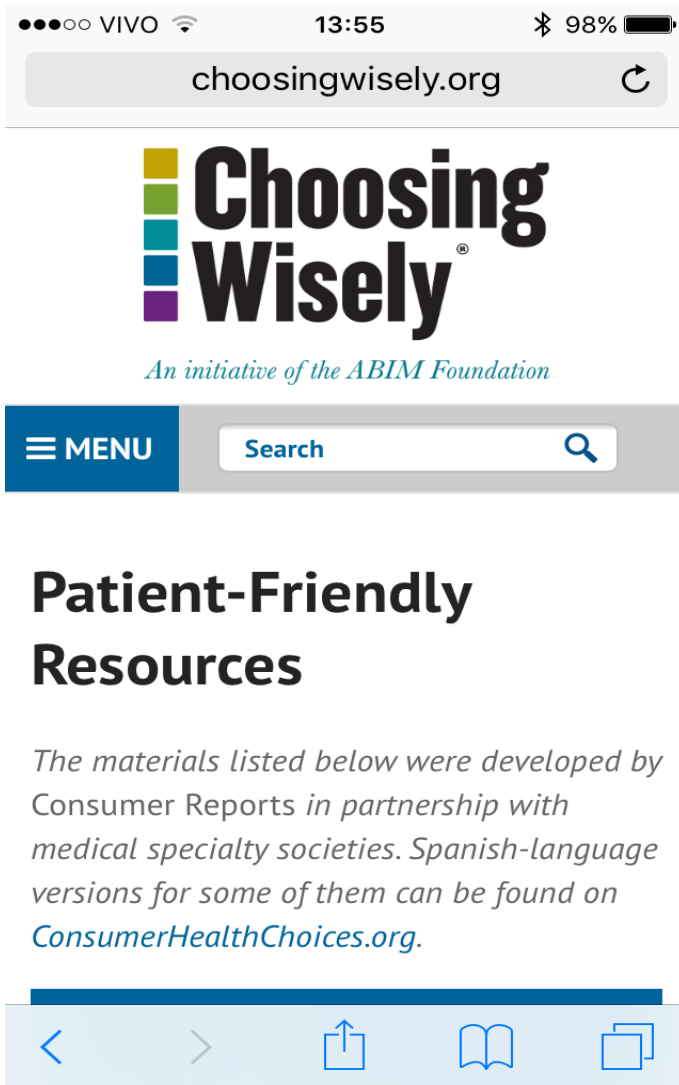
3 - Acessível

4 - Compreensível





# **Informação para escolha do tipo e local do tratamento Experiência Internacional**





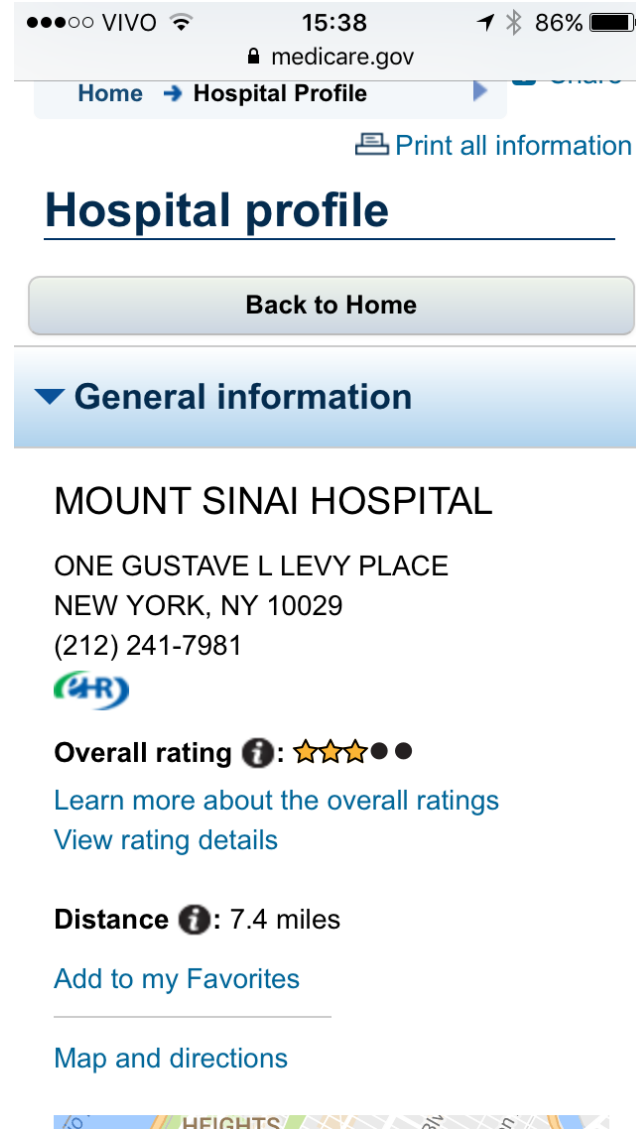
Hospital Compare

Physician Compare

Nursing Home Compare

Home Health Compare

Dialysis Facility Compare





Safari 13:57 97%

Detalhes Opiniões Relacionados

## iPhone

LEAPFROG  
**HOSPITAL  
SAFETY GRADE**

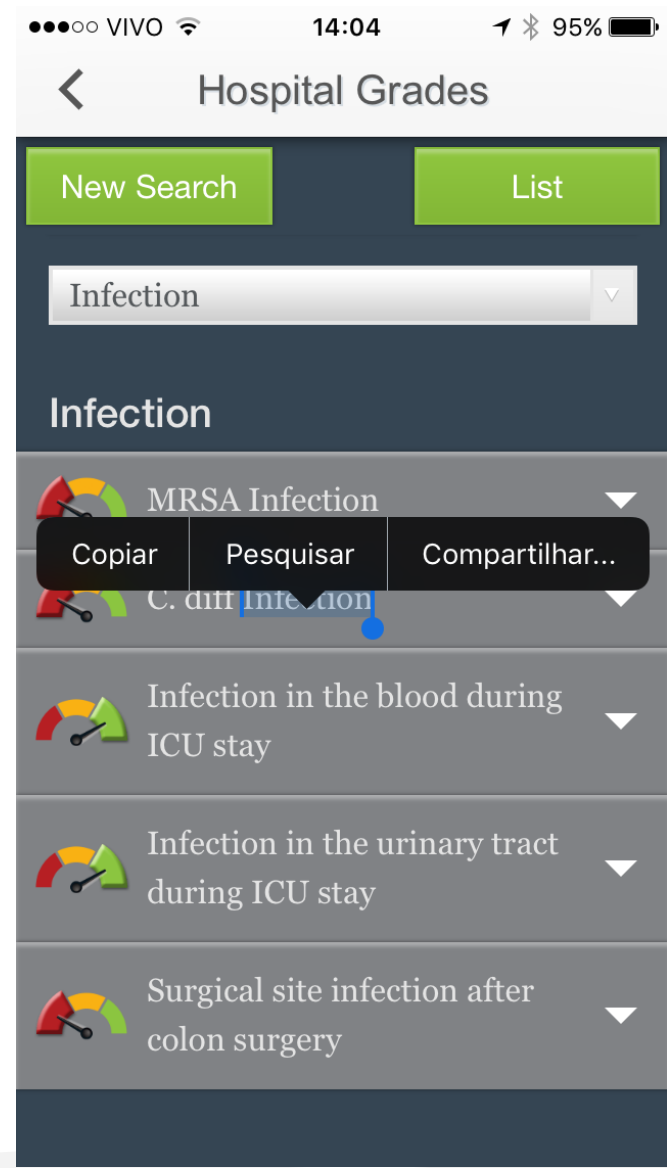
A B C D F  
FALL 2016 FALL 2016 FALL 2016 FALL 2016 FALL 2016

How Safe is Your Hospital?  
Find a Hospital

Ambulance catches fire in Malaysia as hospital safety prec

Destques Categorias Top Charts Buscar Atualizações







# **Informação para escolha do modelo de pagamento**



*“fee for service”* x *“fee for value”*

# SITUAÇÃO ECONÔMICO- FINANCEIRA DAS OPERADORAS

## Sinistralidade – Tipo de despesa assistencial

Despesas médico-  
hospitalares em 2015:  
R\$57,546 bilhões



43,7% do total de  
despesas assistenciais

Tabela 7. Despesas assistenciais em R\$

	1º semestre/2015	2º semestre/2015
Consultas médicas	9.238.588.544,00	10.196.992.138,21
Consultas médicas ambulatoriais	6.874.652.771,87	7.393.301.790,75
Consultas médicas em Pronto Socorro	2.281.556.021,36	2.357.786.700,59
Outros atendimentos ambulatoriais	3.850.014.748,54	4.384.522.943,96
Exames complementares	11.997.021.618,80	13.166.727.169,66
Terapias	3.272.464.179,09	3.593.017.904,30
Internações	25.300.889.760,95	26.672.159.794,46
Demais despesas médico-hospitalares	2.659.473.966,42	2.913.991.742,39
Consultas odontológicas iniciais	80.278.779,79	87.715.143,31
Procedimentos preventivos	162.367.541,08	181.186.741,91
Exodontias simples de permanentes (12 anos ou mais)	13.464.140,39	16.410.762,93
Próteses odontológicas	51.035.607,74	59.973.649,30
Próteses odontológicas unitárias (Coroa Total e Restauração Metálica Fundida)	57.476.064,77	68.819.553,66

Fonte: SIP/ANS/MS – 03/2016.

Nota: Dados informados pelas operadoras por meio do SIP, a definição dos critérios para informação de cada item de despesa assistencial encontra-se disposta no Anexo da Instrução Normativa - IN nº 21/DIPRO de 2009.

## PERFIL DE RECEITA HOSPITALAR

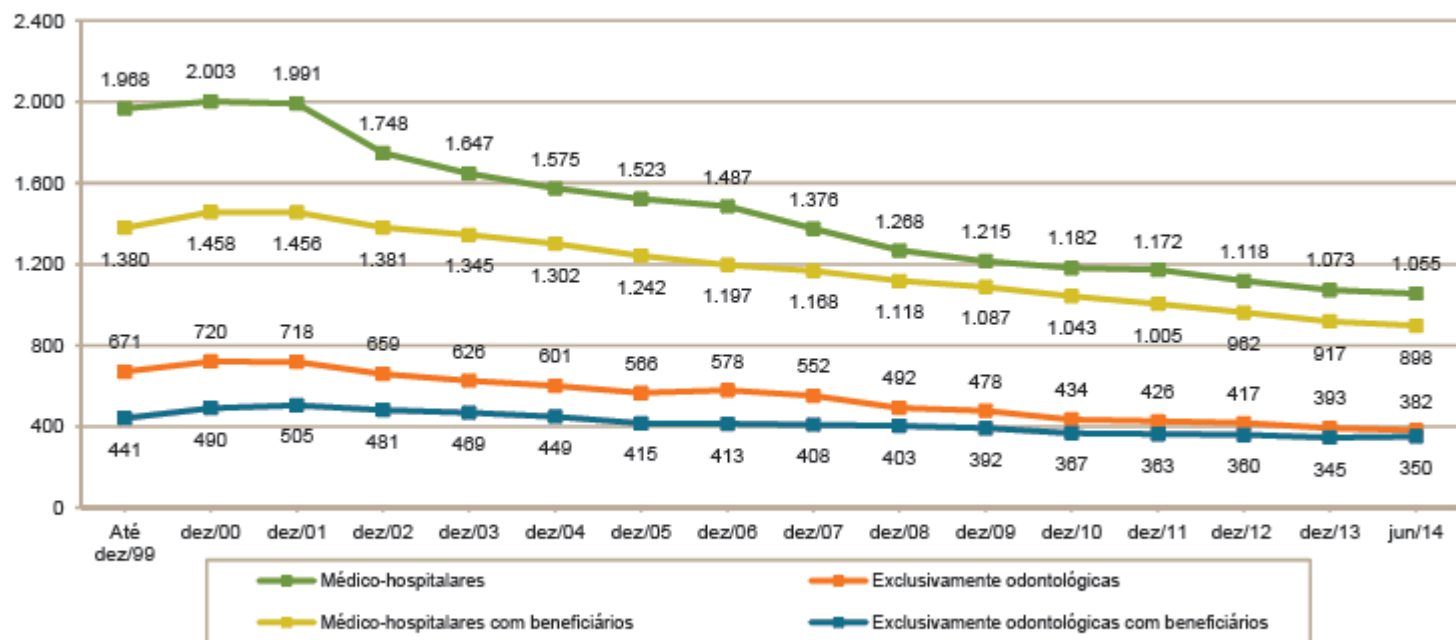
Distribuição de receita por natureza – tipo	2014	2015
Diárias e taxas	17,3	17,6
Medicamentos	17,9	17,4
Materiais	16,4	19,1
OPME e materiais especiais	6,2	5,2
Gases Medicinais	1,9	1,9
SADT	21,3	22,9
Outras receitas operacionais	7,6	7,3
Procedimentos gerenciados	4,6	4,4
Outras receitas de serviços	6,7	4,2

Fonte: Observatório ANAHP 2016. Disponível em:

<http://anahp.com.br/produtos-anahp/observatorio/observatorio-2016>. Acesso em: 31 jul 2016.

# CENÁRIO DAS OPSS

Gráfico 9 - Operadoras de planos privados de saúde em atividade  
(Brasil - dezembro/1999-junho/2014)



Fontes: SIB/ANS/MS - 06/2014 e CADOP/ANS/MS - 06/2014  
Caderno de Informação da Saúde Suplementar - setembro/2014



Em 2007, IOM e da Academia de Ciências Americana

O modelo de pagamento vigente, *fee for service*,

- Recompensa o uso excessivo de recursos
- Não reconhece as variações de resultados assistenciais.

A literatura revisada mostra forte evidência dos benefícios na qualidade da assistência determinado pelo modelo remuneratório.

(IOM ., 2007).

Até o fim de 2016, 30%, até 2018, 50% do pagamento dos prestadores de serviço será baseado em qualidade e não quantidade (CMS, 2015).



## Entre 2010 e 2014

Redução de 17% na ocorrência de eventos adversos nos hospitais;

Prevenidos 2,1 milhões de eventos permitindo;

Salvou 87.000 vidas;

Evitou o desperdício de 19,8 bilhões de dólares.

As razões para esta redução :

- Mudança do modelo remuneratório dos hospitais americanos,
- Transparência dos resultados da assistência hospitalar envolvendo o acesso de toda a sociedade,
- Assessoria técnica para melhoria da segurança realizada por inúmeras instituições,
- Avanços científicos sobre como prestar uma assistência segura.

Dezembro de 2015, o Departamento de Saúde (HHS) norte-americano, através da Agência de Qualidade e Pesquisa em Saúde (AHRQ)




$$V = P * \frac{(QT + QS)}{\text{DESPERDÍCIO}}$$

V = Assistência perfeita

P = Protocolos, evidências científicas

QT = Qualidade técnica

QS = Qualidade dos serviços



É possível no Brasil ter informação:

1 - Qualificada

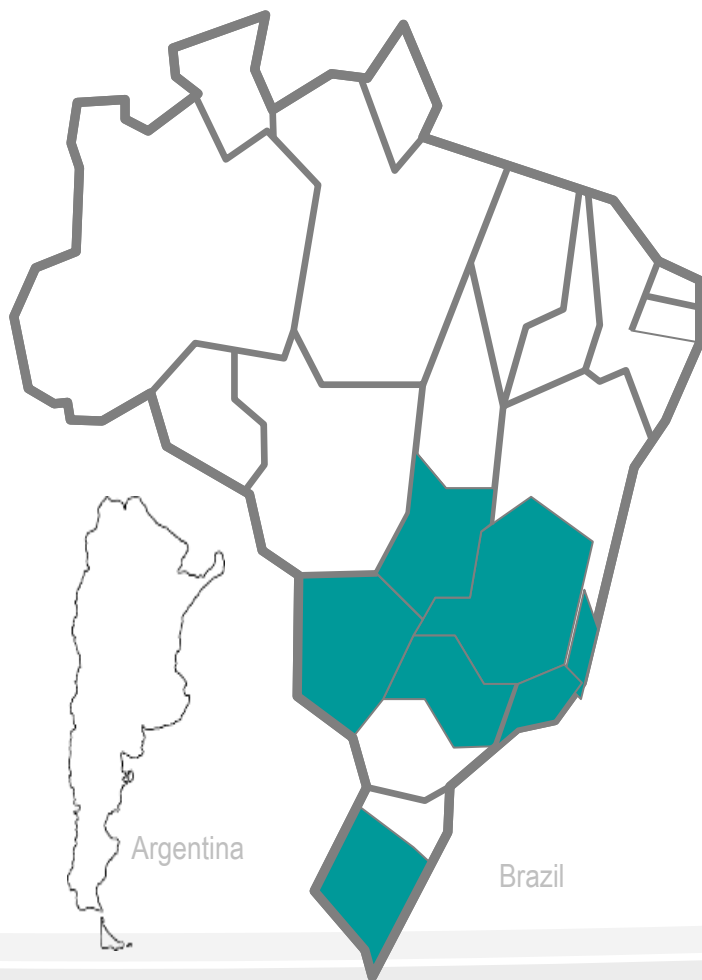
2 - Independente

3 - Acessível

4 - Compreensível

Para orientar escolhas e reduzir o desperdício?

# DRG Brasil



## Sistema privado de saúde

### Saúde suplementar

**5.072** milhões de clientes

**49.3** milhões de beneficiários  
Hospitais

**204** prestadores

**626.000**

Argentina

2 anos de adaptação

Lançamento em março de  
2016

# O QUE É DRG?

DRG - *Diagnosis Related Groups* - é uma metodologia de categorização de pacientes internados em hospitais, de acordo com a complexidade assistencial

Um DRG é a combinação de:

- Diagnóstico principal
- Comorbidades
- Idade
- Procedimentos cirúrgicos

Cada DRG é um “**produto assistencial**” clínico ou cirúrgico que tem um consumo homogêneo de recursos

São **784** produtos assistenciais

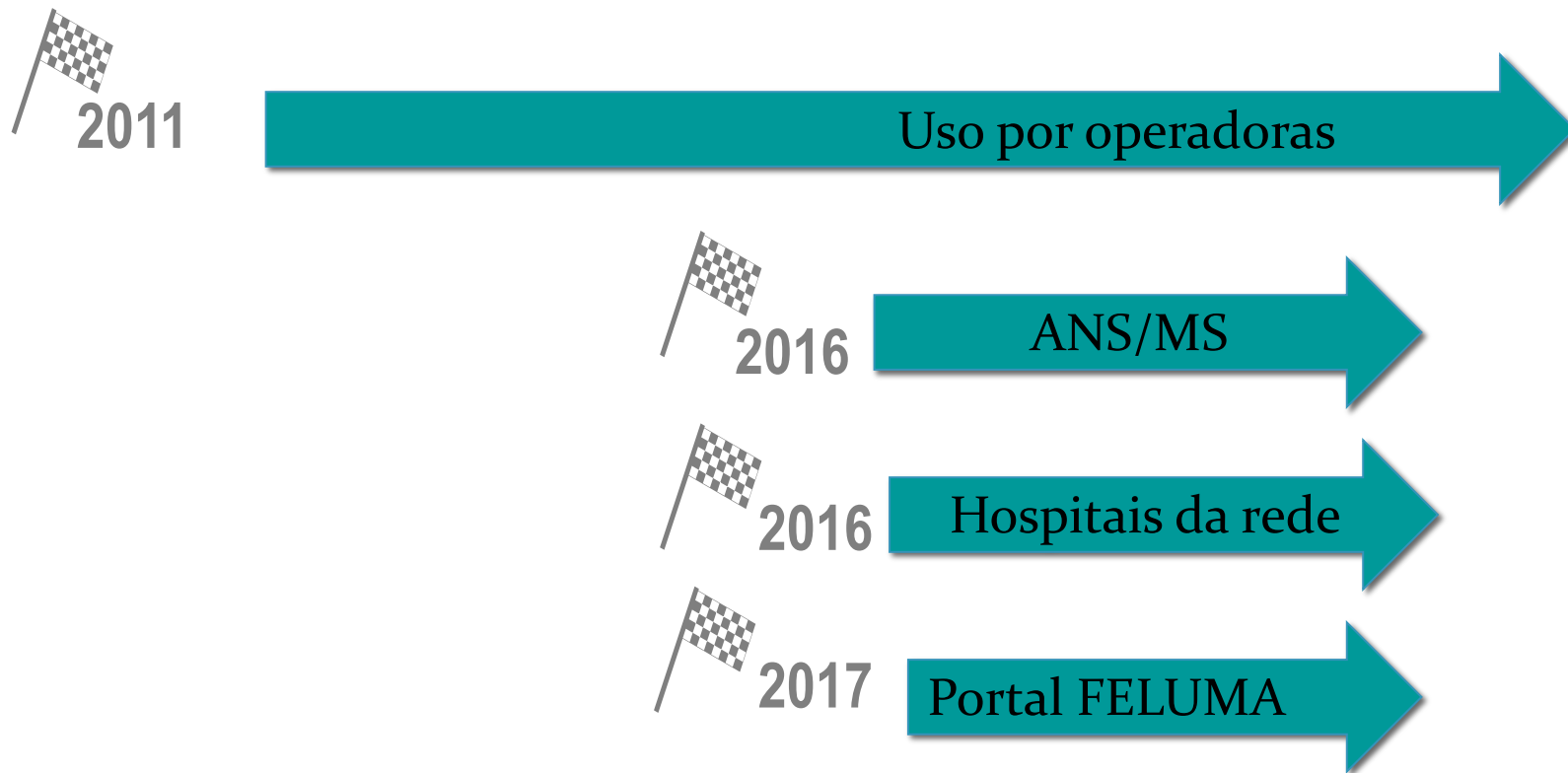
# O QUE MUDA COM O DRG?

Sistema antigo de gestão	Gestão por produto DRG Brasil
O hospital tem tantos produtos quanto o número de pacientes admitidos.	O hospital tem 784 produtos.
Não é possível fazer compra de serviços hospitalares por produto (procedimento gerenciado) pois cada paciente é único.	É possível fazer compra de serviços hospitalares por produto (procedimento gerenciado). Os pacientes se agrupam em 784 produtos DRG de comportamento reprodutível quanto a custo e resultados.
Não é possível a avaliação de custo assistencial de médicos e hospitais.	A avaliação de desempenho de médicos e hospitais é possível e podemos comparar com outros prestadores.

# O QUE MUDA COM O DRG?

Sistema antigo de gestão	Gestão por produto DRG Brasil
“Os meus pacientes têm custos maiores pois são mais complexos”.	Os seus pacientes comparados com pacientes da mesma complexidade têm maiores custos. Você deve melhorar sua gestão de uso de recursos.
“ Os meus resultados assistenciais são piores pois meus pacientes são mais complexos”.	O seus resultados assistenciais são piores se comparados com pacientes da mesma complexidade. Você deve melhorar sua gestão de riscos.
Não há referencial externo de comparação de: <ul style="list-style-type: none"><li>• Custo fixo</li><li>• Resultados assistenciais</li></ul>	Há referencial internacional de: <ul style="list-style-type: none"><li>• Custo fixo</li><li>• Resultados assistenciais</li></ul> Há referencial nacional de: <ul style="list-style-type: none"><li>• Custo fixo</li><li>• Custo variável</li><li>• Resultados assistenciais</li></ul>

# Disponibilidade das informações







Bem Vindo, RENATO COUTO!

Período de referência para a  
aplicação:

 12 meses

 3 meses

 6 meses

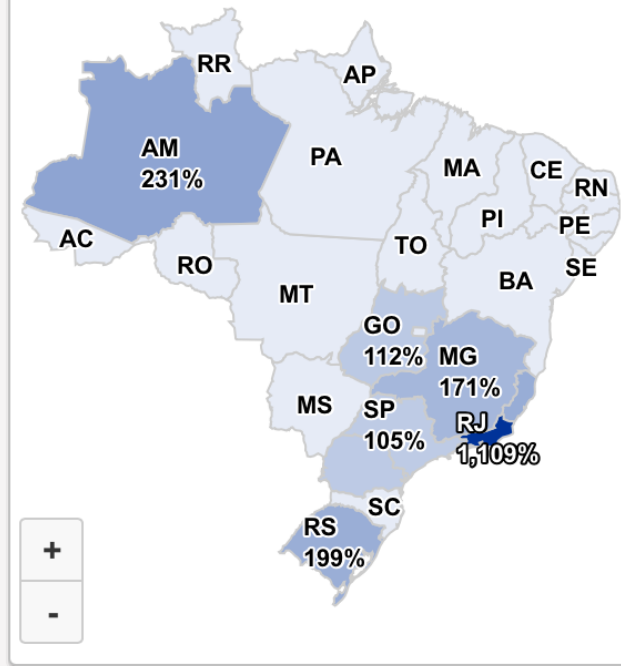
 12 meses





### Eficiência do Uso de Leitos por UF

Perm Real / Perm Prevista



### Brasil

📍 Eficiência do uso de leitos no Brasil

VIVO 13:52 7E VIVO 14:35 72%

**DRG Brasil Mobile**

Ranking Assistencial Global

12 meses

Hospital Tiradentes	★★★★☆
Hospital Nova lima	★★★★☆
Hospital do Serro	★★★★☆
Hospital Mantiqueira	★★★★☆
Hospital Mariana	★★★★☆
Hospital Ouro Preto	★★★★☆

**Cálculo**

**Dashboards**

**Desempenho Assistencial**

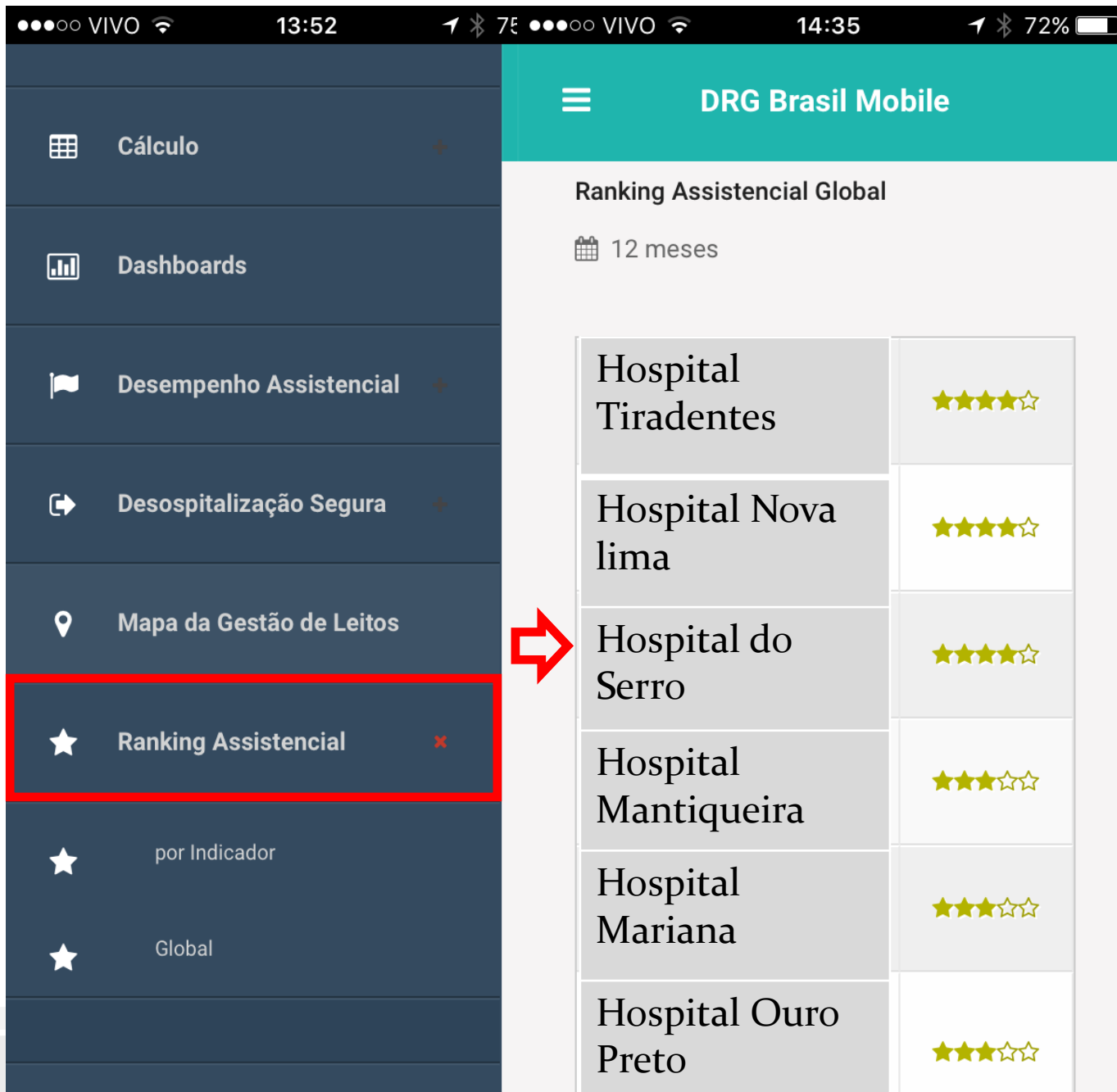
**Desospitalização Segura**

**Mapa da Gestão de Leitos**

**★ Ranking Assistencial**

★ por Indicador

★ Global



VIVO 13:52 75%

- Cálculo
- Dashboards
- Desempenho Assistencial
- Desospitalização Segura
- Mapa da Gestão de Leitos
- ★ Ranking Assistencial**
- ★ por Indicador
- ★ Global

VIVO 3G 14:39 71%

### DRG Brasil Mobile

Ranking Assistencial por Indicador

📅 12 meses

Cesárea e gestante de risco (4%)

- Admissões sensíveis à atenção primária
- Índice de cesárea
- Mortalidade em DRG de baixo risco clínico**
- Mortalidade em pacientes com condições adquiridas
- Permanência hospitalar
- Permanência hospitalar cirúrgica
- Permanência hospitalar clínica

VIVO 3G 14:39 71%

### DRG Brasil Mobile

- Permanência hospitalar
- Permanência hospitalar cirúrgica
- Permanência hospitalar clínica
- Proporção de cesariana de baixo risco clínico
- Readmissão em pacientes de alto risco
- Readmissão não planejada em 30 dias**
- Taxa de condições adquiridas**
- Taxa de mortalidade de prematuros críticos

Mortalidade em DRG de baixo risco clínico

Hospital Tiradentes	★★★★★
Hospital Mantiqueira	★★★★★
Hospital do Serro	★★★★★
Hospital Nova lima	★★★★★
Hospital Mariana	★★★★★
Hospital Ouro Preto	

Ranking Assistencial por Indicador

12 meses

Taxa de condições adquiridas

Hospital Nova lima	★★★★★
Hospital Mantiqueira	☆☆☆☆☆
Hospital do Serro	☆☆☆☆☆
Hospital Nova lima	☆☆☆☆☆
Hospital Mariana	☆☆☆☆☆
Hospital Ouro Preto	

Ranking Assistencial por Indicador

12 meses

Readmissão não planejada em 30 dias

Hospital Nova lima	★★★★★
Hospital Mantiqueira	★★★★★
Hospital do Serro	☆☆☆☆☆
Hospital Nova lima	☆☆☆☆☆
Hospital Mariana	☆☆☆☆☆
Hospital Ouro Preto	



RENATO COUTO  
UNIMED UBERLÂNDIA

MENU

- Inicial
- Análise Econômica
- Score Econômico**
- Cálculo
- Dashboards
- Desempenho Assistencial
- Desospitalização Segura

• Índice de cesárea

DRG Brasil Mobile

194	PNEUMONIA SIMPLES & PLEURISIA COM CC
<b>195</b>	<b>PNEUMONIA SIMPLES &amp; PLEURISIA SEM CC/MCC</b>
196	DOENÇA PULMONAR INTERSTICIAL COM MCC
197	DOENÇA PULMONAR INTERSTICIAL COM CC
198	DOENÇA PULMONAR INTERSTICIAL SEM CC/MCC
202	BRONQUITE & ASMA COM CC/MCC
203	BRONQUITE & ASMA SEM CC/MCC
204	SINAIS & SINTOMAS RESPIRATÓRIOS

DRG Brasil Mobile

194 - PNEUMONIA SIMPLES & PLEURISIA COM CC

Hospital Nova lima	★ ★ ★ ★ ★
Hospital Mantiqueira	★ ★ ★ ★ ★
Hospital do Serro	★ ★ ☆ ☆ ☆
	★

VIVO 13:52

- Cálculo
- Dashboards
- Desempenho Assistencial
- Desospitalização Segura
- Mapa da Gestão de Leitos
- Ranking Assistencial
  - por Indicador
  - Global

DRG Brasil Mobile

Desempenho Assistencial por Prestador

12 meses

Admissões sensíveis à atenção primária

Dr José Borges	★★★★★
Dr Maria Alves	★★★★☆
Dr Vitor Seara	★★★★☆
Dra Carolina Vidigal	★★★★☆
Dr Marcus Angelos	★★★★☆
Dr Sergio Barbosa	★★★★☆
Dra Vilma Abreu	★★★★☆
Dra Paula Daibert	★★★★☆
Dra Debora Borges	★★★★☆
Dra Daniela Pedrosa	★★★★☆
Dra Valeria Silva	★★★★☆
Dr.Ansemo Filho	★★★★☆



## CUSTO DA INFORMAÇÃO QUALIFICADA PARA SAÚDE SUPLEMENTAR BRASILEIRA

Internações/ano	Produção /8horas /mês	Homens/mês/ano	Custo homem /mês	Custo coleta	Ano	% custo hospitalar anual
8 milhões	500-1000 internações	16.000/1454 enfermeiros	R\$5000,00	87,24 milhoes		0,14% Custo hospitalar 57,46 bilhões



*Masculino, 20 anos, casado, 2 filhos, pedreiro*

Paciente com leucemia linfoblástica diagnosticado há 1 ano e em remissão medular em mielograma e biópsia de crista ilíaca realizada há 15 dias. Internado para ciclo de quimioterapia de consolidação

**D1**- AraC 3g/m

Evolui bem

**D5** - Admissão no CTI

Neutropenico febril com sinais de sepse em choque

Suporte ventilatório, aminas vasoativas e antiibiotico de largo espectro

**D8** - Paciente evolui com falência orgânica múltipla e óbito





***“Knowing is not enough; we must apply. Willing is not enough; we must do.”***

**Goethe**



# Obrigado!



Rua Chapecó nº 156,  
Prado Belo  
Horizonte/MG  
CEP 30.411-153



+55 31 2551-9828



suporte1@drgbrasil.com.  
br

[www.drgbrasil.com.br](http://www.drgbrasil.com.br)