



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

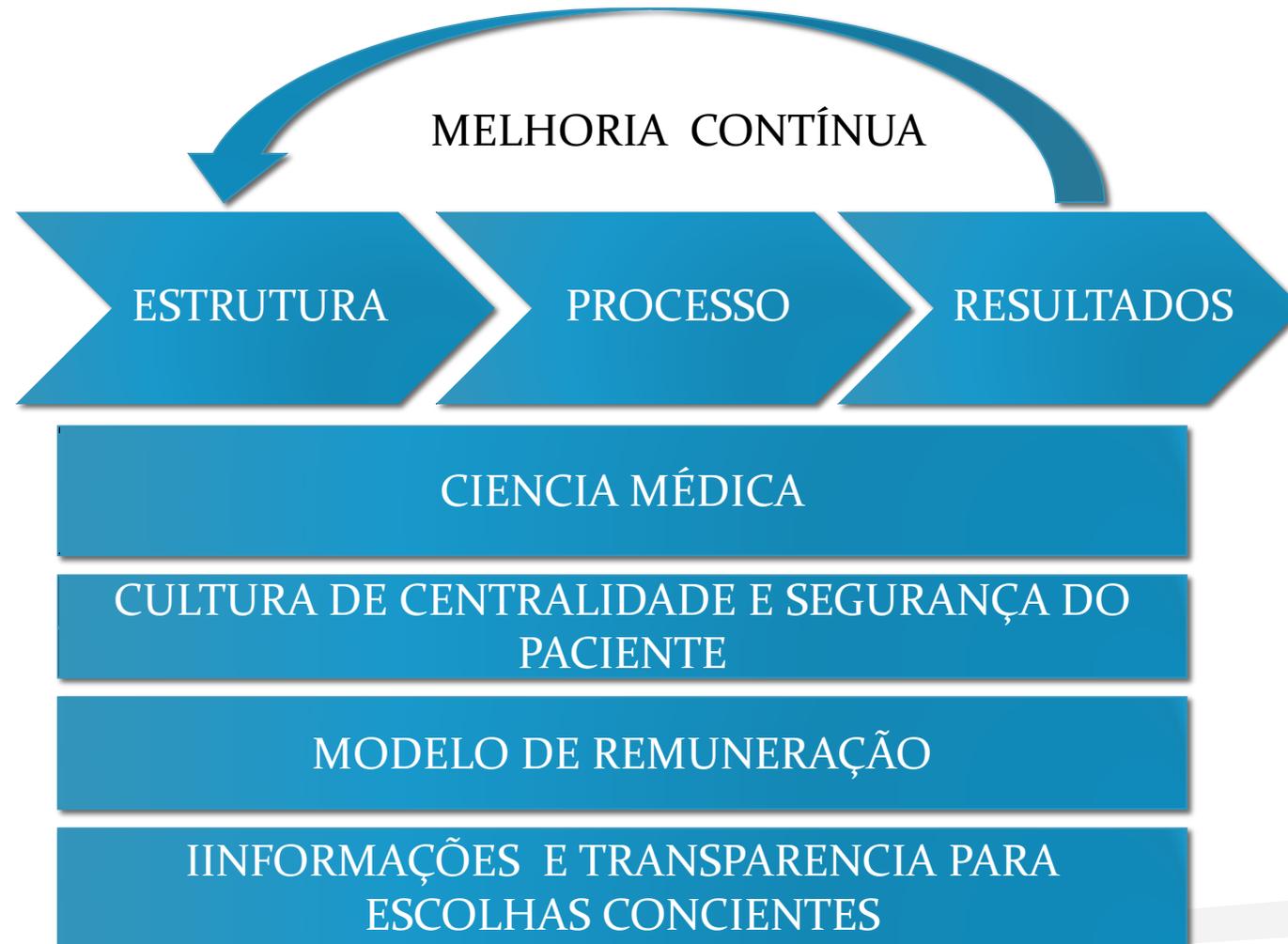


O que queremos em nossas escolhas de saúde?

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% “.

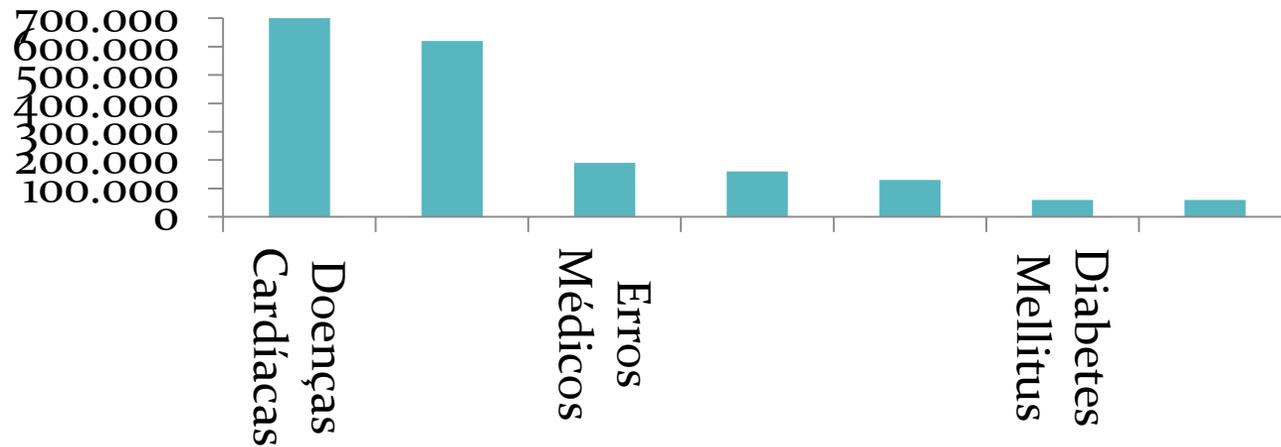
TA Brennan, LL Leape, NM Laird, L Hebert, AR Localio, AG Lawthers, JP Newhouse, PC Weiler, and HH Hiatt -1991 Results of the Harvard Medical Practice Study I Incidence of adverse events and negligence in hospitalized patients.



- **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).



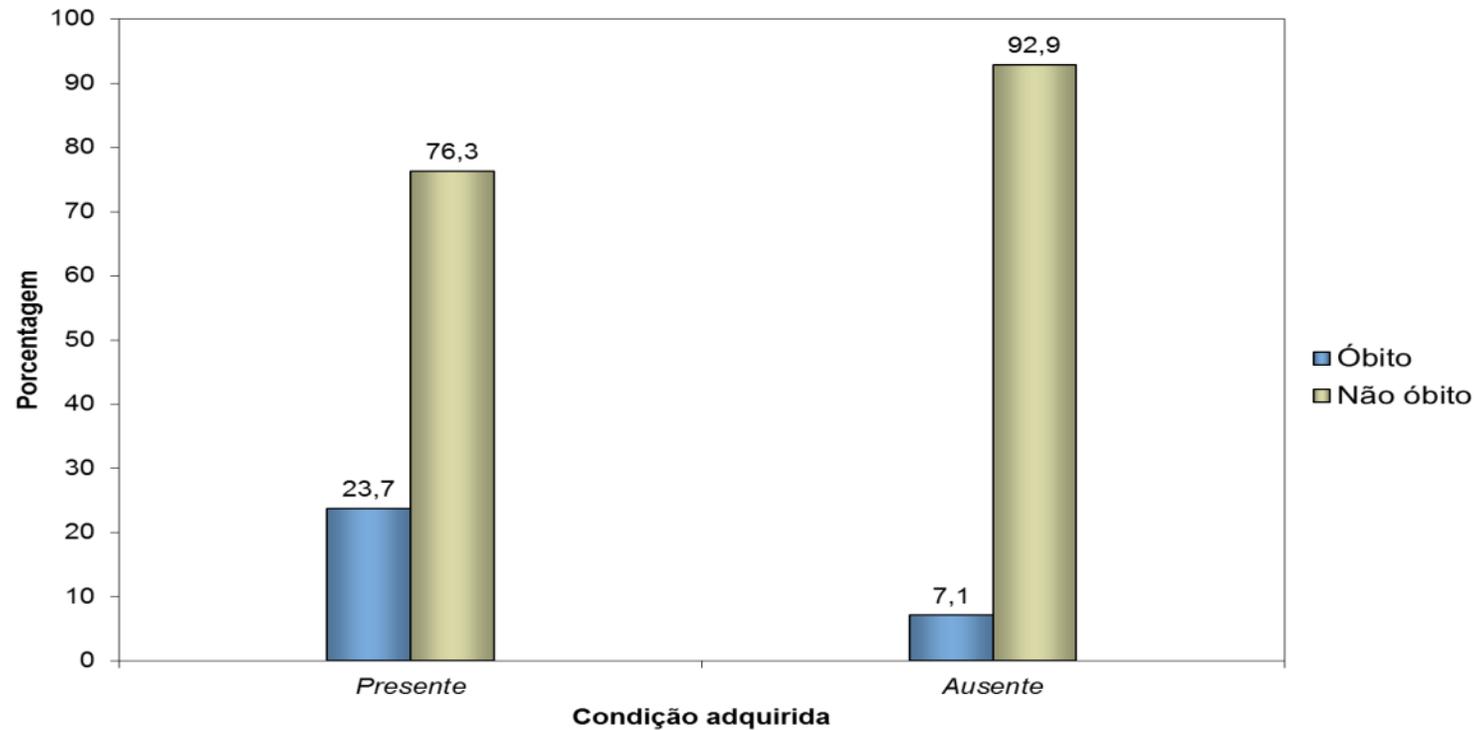
UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
Faculdade de Medicina
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE

*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 consulta 20-07-16

Causas de óbito no Brasil, 2013

| Grupo de Causas | Nº de óbitos | |
|---|---------------------|--|
| I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias | 52.058 | Óbitos por insegurança assistencial- hospitalar |
| 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 | |
| Total | 1.138.670 | 11,1 a 38% dos obitos |

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) |
| p | < 0,001 | < 0,001 |

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

| POPULAÇÃO BRASILEIRA | DADOS | REFERENCIA |
|--|--------------------------|---|
| Nº de internações hospitalares da saúde suplementar-2015 | 7.924.127 | ANS. Caderno de Informação da Saúde Suplementar - Março 2016 (1) |
| Valor pago pelas operadoras pela assistência hospitalar-2015 | R\$ 51,9 bilhões | ANS. Mapa assistencial da Saúde Suplementar – 2016 (2) |
| Custos atribuíveis a insegurança assistencial hospitalar | R\$ 15,57 bilhões | 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 | R\$ 5,19 bilhões | 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 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 % |
| | | 2.575 | 10.309,0 | 20.492,7 | 220 | 8,54 % | 141 | 1.489,5 | 5,48 % | 100,00 % |



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



VIVO 13:55 98%

choosingwisely.org

An initiative of the ABIM Foundation

MENU Search

Patient-Friendly Resources

The materials listed below were developed by Consumer Reports in partnership with medical specialty societies. Spanish-language versions for some of them can be found on ConsumerHealthChoices.org.

< > Share Bookmarks Tabs

VIVO 13:55 98%

choosingwisely.org

Resources Sort By: **Newest** | [Topic](#)

- Antibióticos para infecciones del oído en niños
- Antibióticos para la conjuntivitis
- Antibióticos para las infecciones de las vías urinarias en personas mayores
- Consejos para los cuidadores
- Cómo tratar la sinusitis
- Antibióticos para garganta irritada, tos o nariz tapada
- Al dar a luz a su bebé
- Treatments and Tests Your Baby May



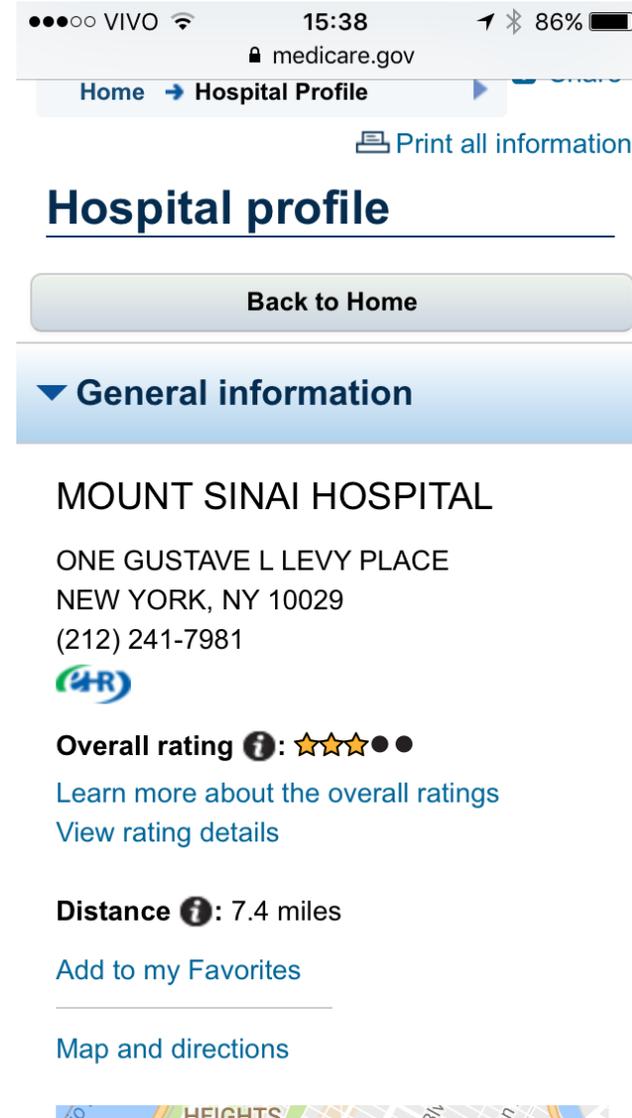
Hospital Compare

Physician Compare

Nursing Home Compare

Home Health Compare

Dialysis Facility Compare





Safari 13:57 97%

Detalhes Opiniões Relacionados

iPhone

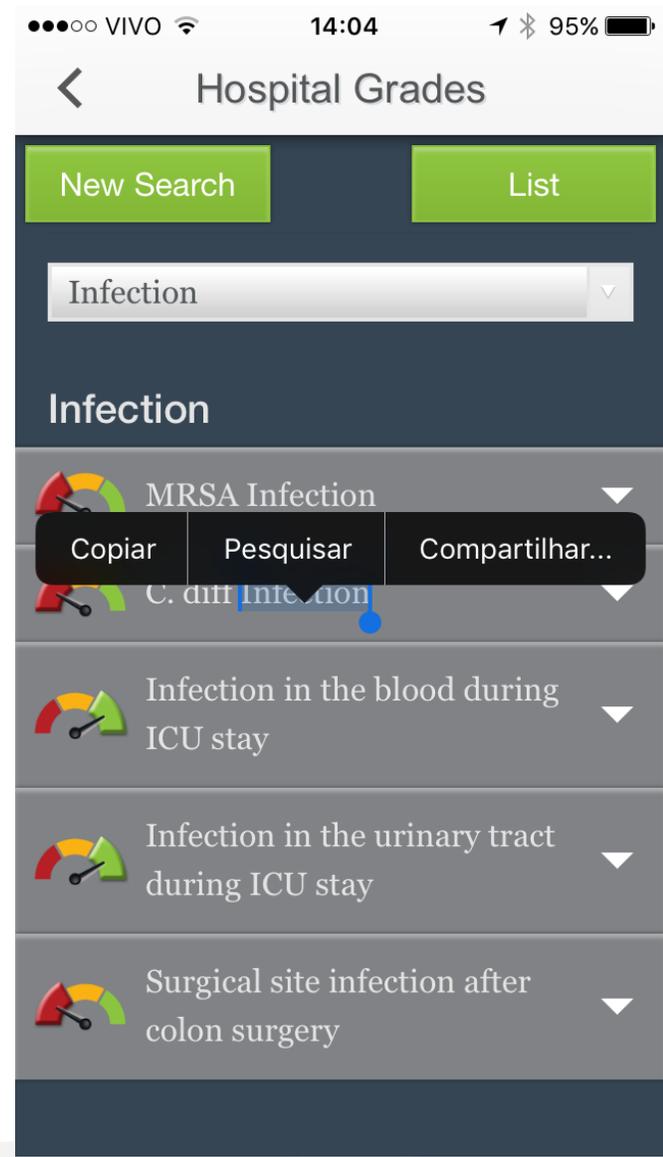
LEAPFROG
HOSPITAL
SAFETY GRADE

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

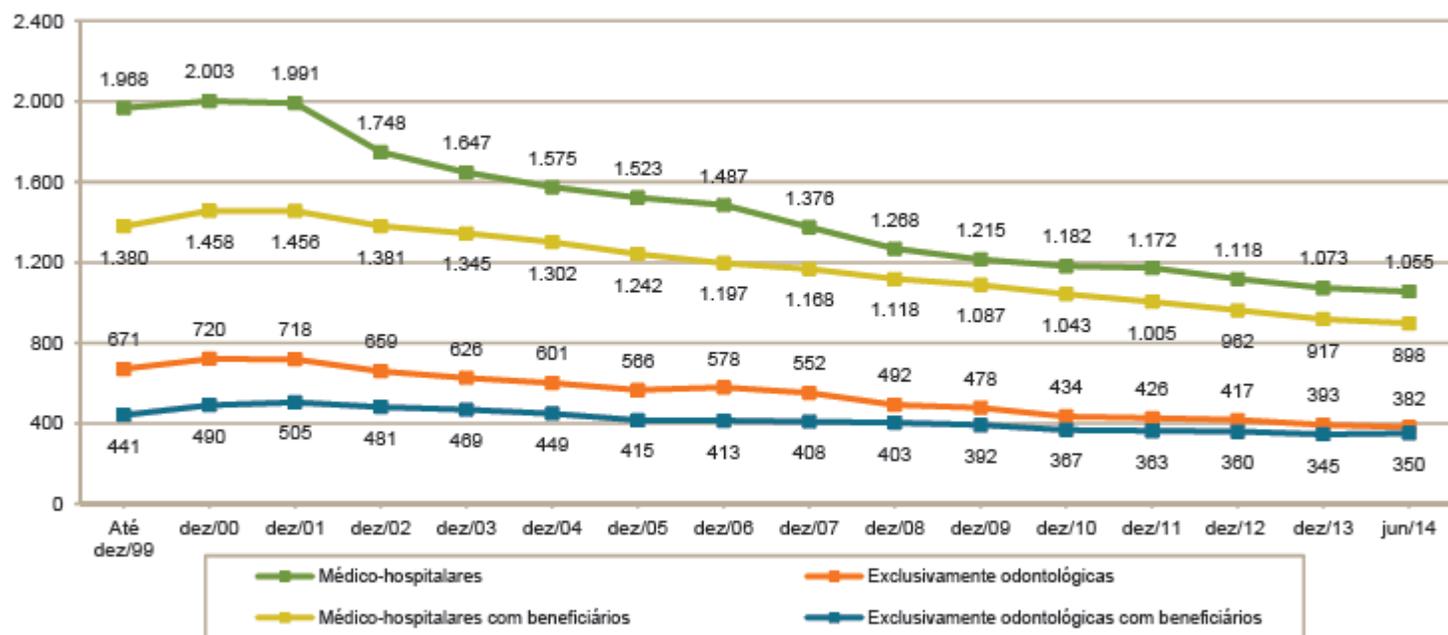
| Distribuição de receita por natureza – tipo | 2014 | 2015 |
|---|------|------|
| Diárias e taxas | 17,3 | 17,6 |
| Medicamentos | 17,9 | 17,4 |
| Materiais | 16,4 | 19,1 |
| OPME e materiais especiais | 6,2 | 5,2 |
| Gases Medicinais | 1,9 | 1,9 |
| SADT | 21,3 | 22,9 |
| Outras receitas operacionais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

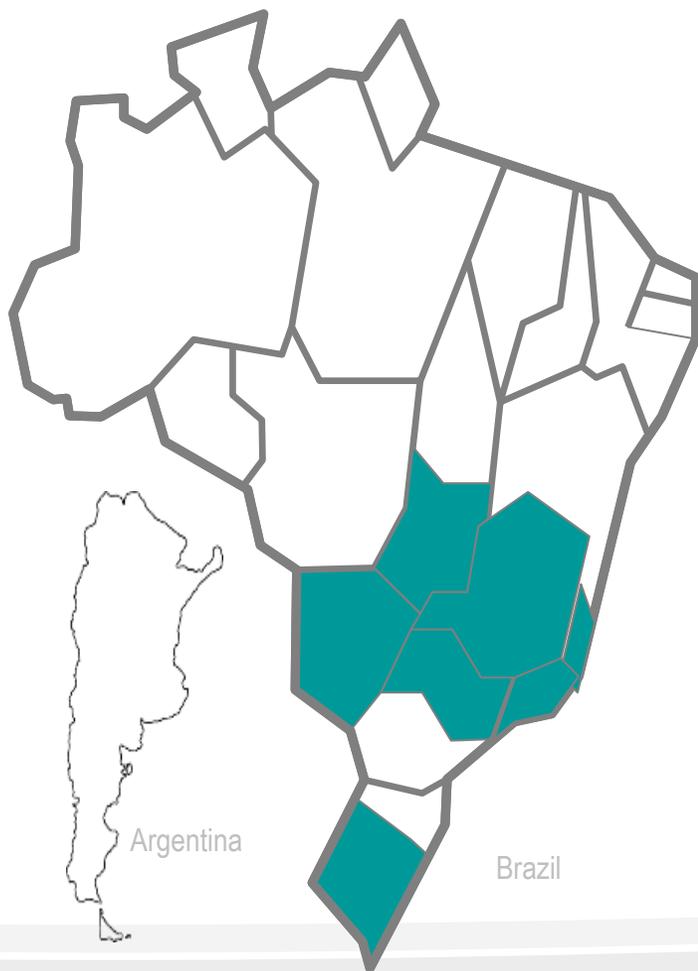
2 - Independente

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

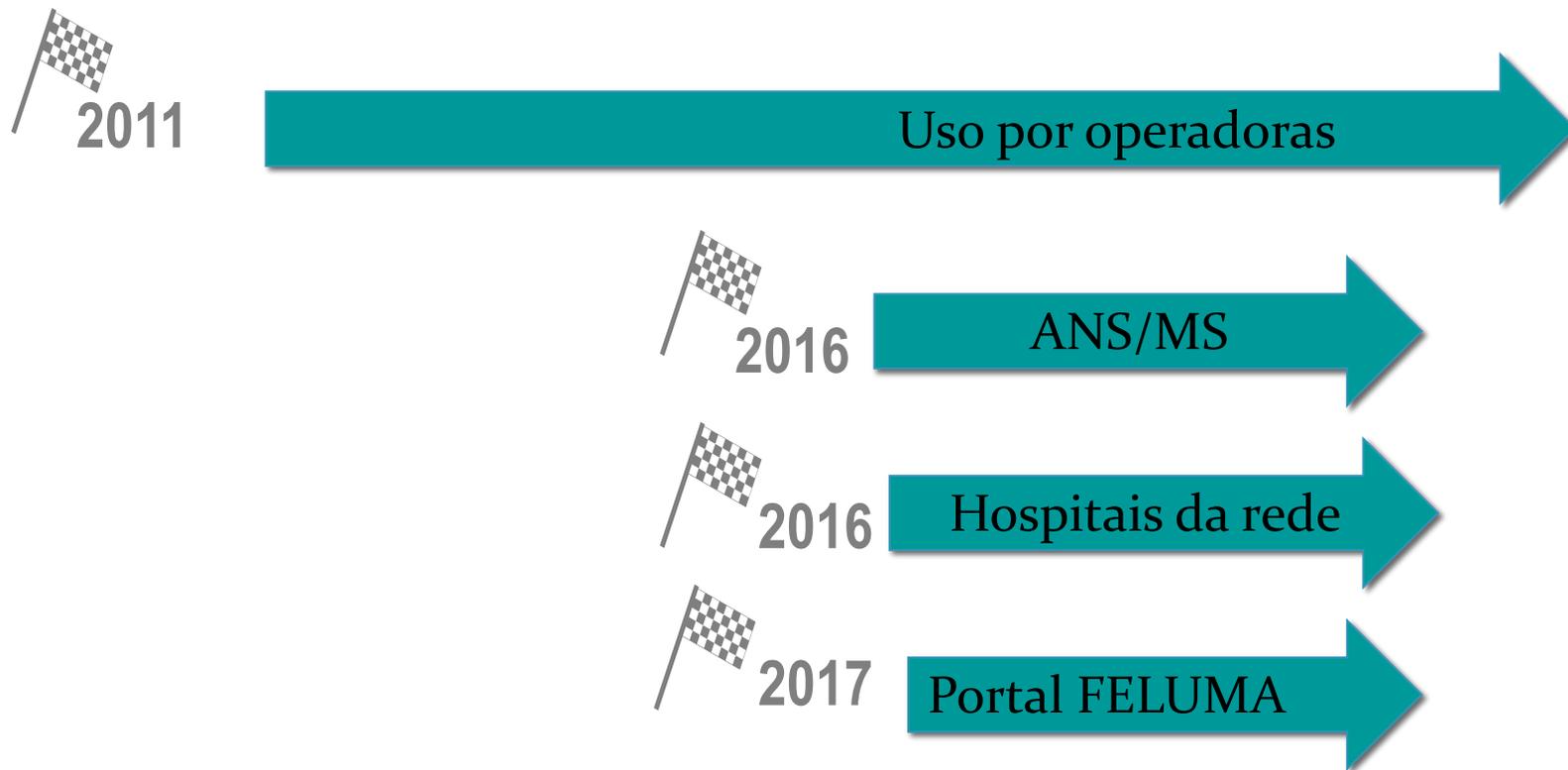
O QUE MUDA COM O DRG?

| 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">• Custo fixo• Resultados assistenciais | Há referencial internacional de: <ul style="list-style-type: none">• Custo fixo• Resultados assistenciais Há referencial nacional de: <ul style="list-style-type: none">• Custo fixo• Custo variável• Resultados assistenciais |

Disponibilidade das informações





Bem Vindo, RENATO COUTO!

Período de referência para a
aplicação:

 12 meses

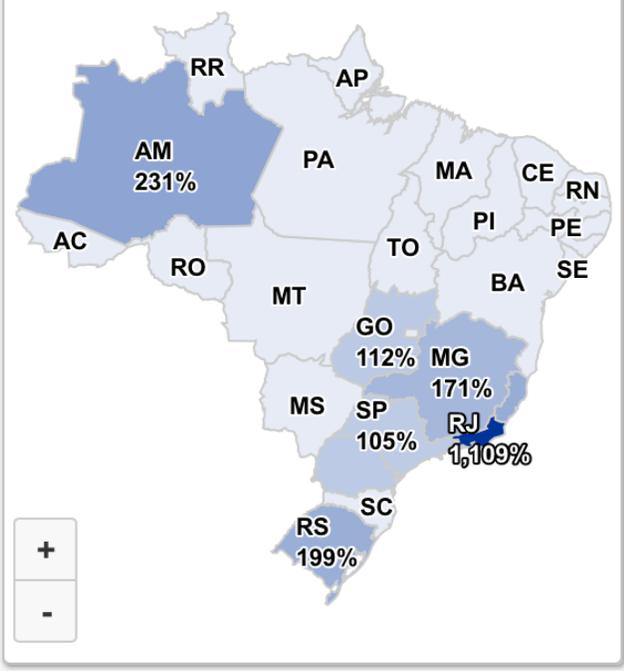
 3 meses

 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 | ★★★★☆ |

Menu items: 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 |
| 195 | PNEUMONIA SIMPLES & PLEURISIA SEM CC/MCC |
| 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