



COMISSÃO DE SEGURIDADE SOCIAL E FAMÍLIA
55ª Legislatura - 3ª Sessão Legislativa Ordinária



PAUTA DE SEMINÁRIO CONJUNTO COM A COMISSÃO DE CIÊNCIA E
TECNOLOGIA, COMUNICAÇÃO E INFORMÁTICA E COM A COMISSÃO ESPECIAL
DESTINADA A ESTUDAR O PROCESSO DE INOVAÇÃO E INCORPORAÇÃO
TECNOLÓGICA NO COMPLEXO PRODUTIVO DA SAÚDE, NO BRASIL E NO
MUNDO DIA 05/07/2017

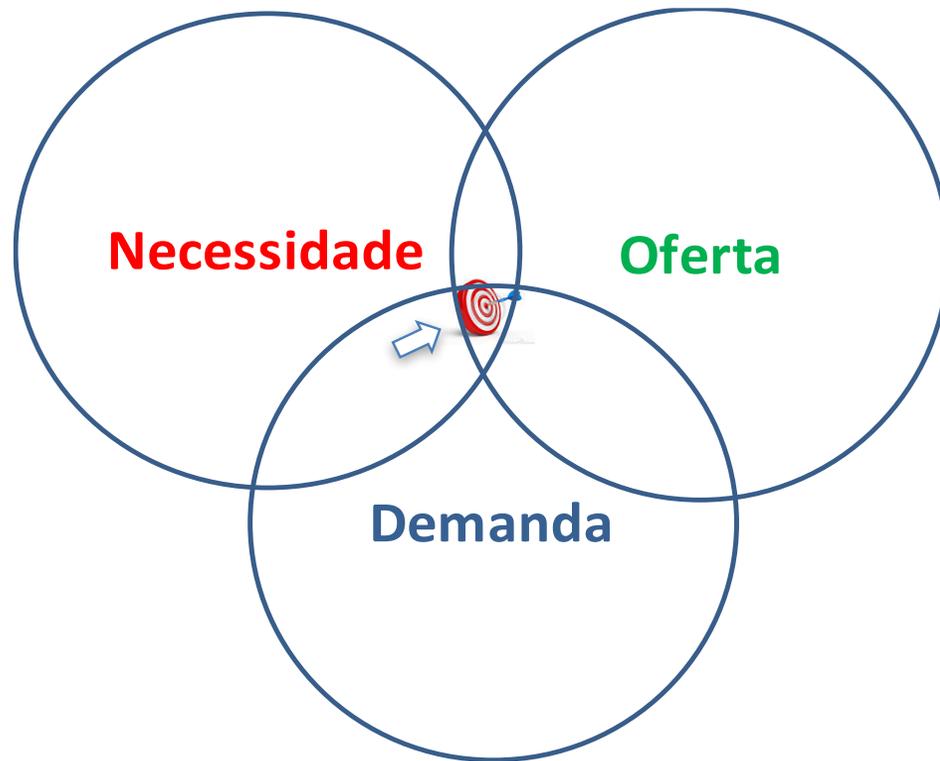
Grupos Relacionados em Diagnósticos - GRD - (DRG –Diagnosis Related Groups)

*Conceitos, Estudos, Experiência de Implantação,
Operação e Análises de Performance*

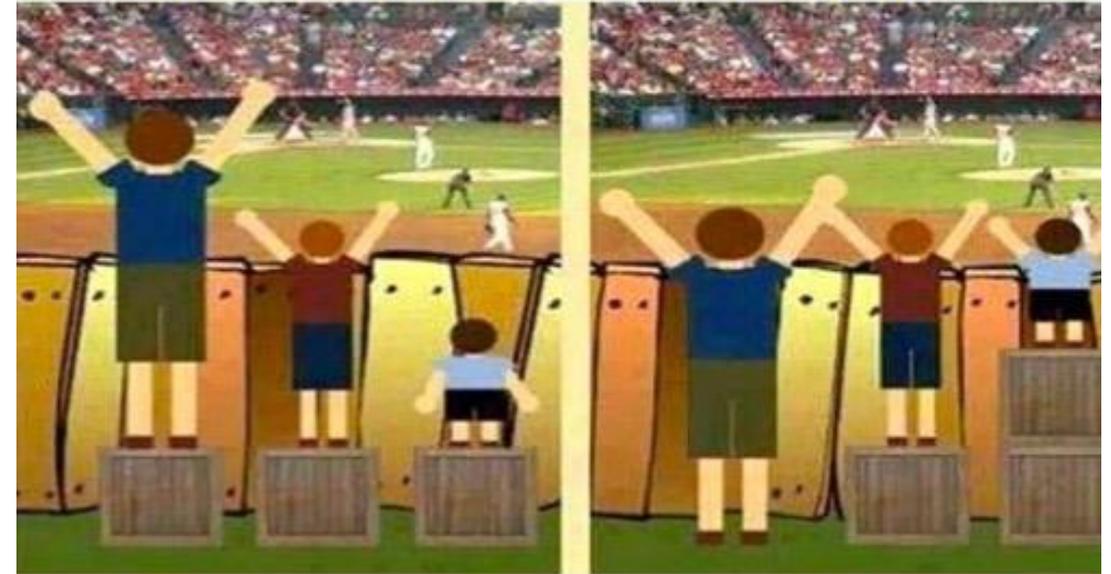
*André Alexandre Osmo, MD, Ph.D., MBA,
consultor da ANS/OPAS para DRG*

Julho de 2017





Igualdade não significa justiça ...



IGUALDADE

EQUIDADE

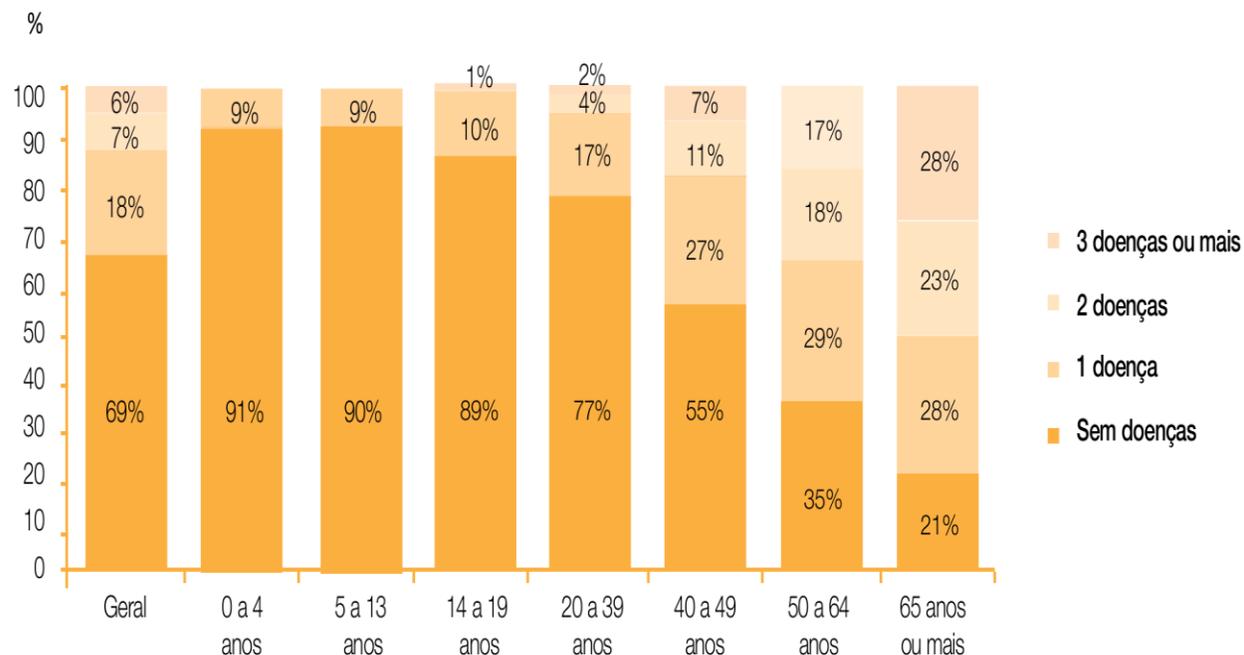
- **Necessidade** - " quantidade de serviços médicos que, na opinião dos profissionais de saúde, devam ser consumidos em determinado período de tempo para que as pessoas possam permanecer ou ficar tão saudáveis quanto seja possível segundo o conhecimento existente naquele momento"
- **Demanda** – é a quantidade de bens ou serviços que as pessoas desejam consumir em um determinado período de tempo, dadas as suas restrições econômicas.
- **Oferta** - é a quantidade de um bem ou serviço que fornecedores de bens ou prestadores de serviços estão dispostos a oferecer, a um dado preço e num determinado momento"

(Jeffers et al. 1971, p. 46-47)

(Pereira, 1995)

Distribuição de doenças crônicas por faixa etária no Brasil

Fonte: Elaboração Anahp a partir de dados do PNAD (Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios) - Suplemento Saúde (2008)



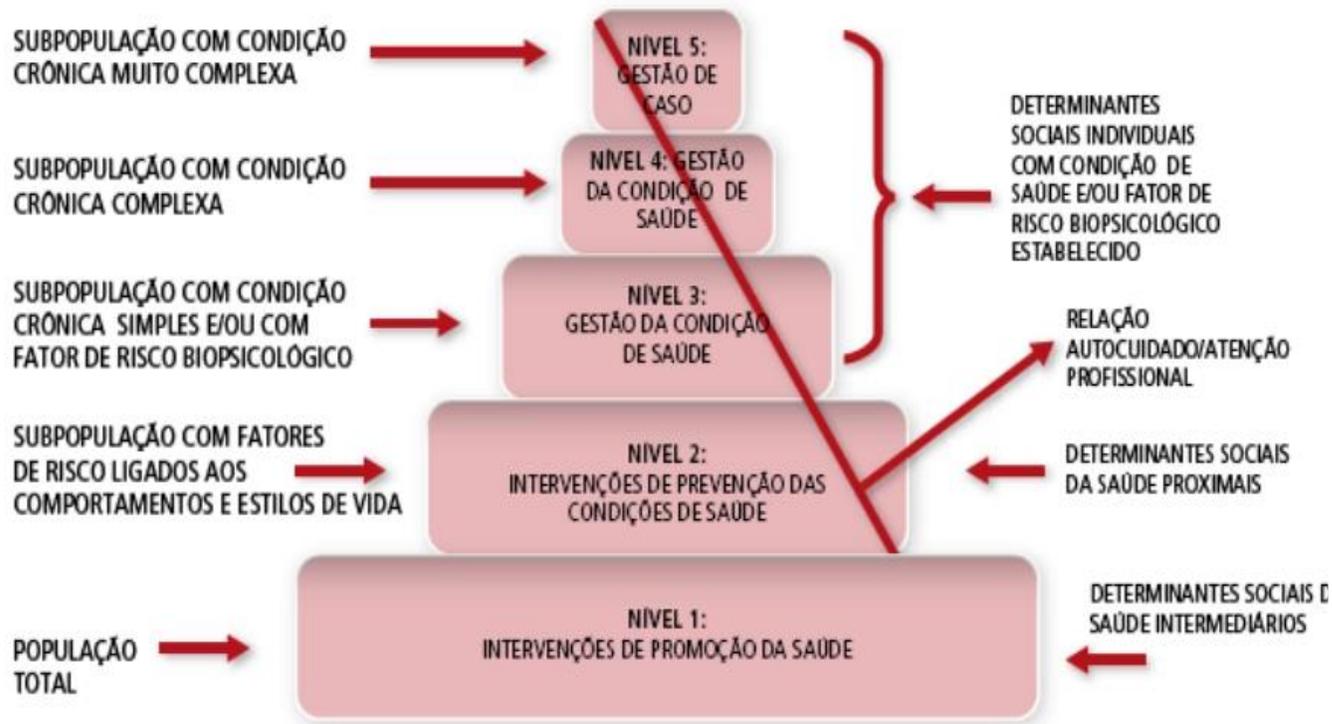
Mais da metade dos gastos de saúde é em favor das pessoas com múltiplas condições crônicas.

Percentual das despesas de saúde em número de condições crônicas *

População	% População	% Custo com saúde
Não Crônica	56 %	22 %
Crônica	44 %	78 %
Com 1 enfermidade	23 %	21 %
Con 2 enfermidades	11 %	18 %
Com 3 enfermidades	5 %	15 %
Com 4 enfermidades	3 %	12 %
>= 5 Enfermidades	2 %	14 %

*Equal to more than 100% due to rounding.

SOURCE: MEDICAL EXPENDITURE PANEL SURVEY, 1998 and "health Plans Begin to Address Chronic Care Management", Managed Care, december 2003..

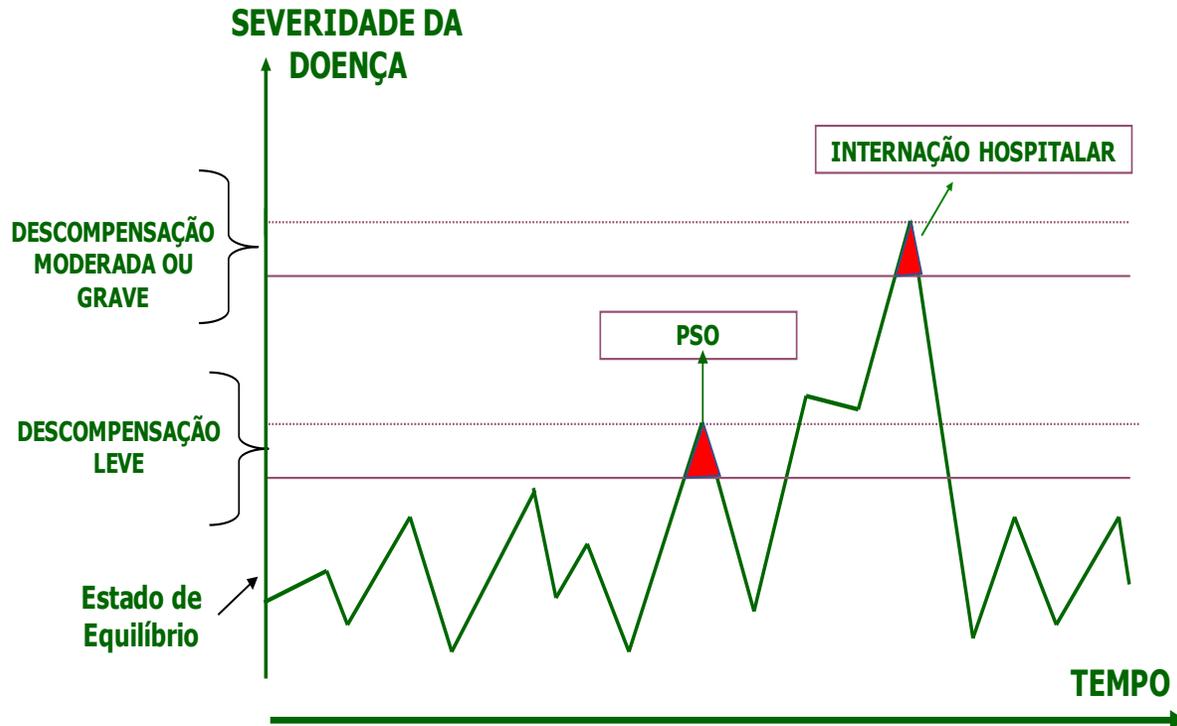


Fonte: Mendes EV. As redes de atenção à saúde. Brasília, Organização Pan-Americana da Saúde, 2011

Planos da intervenção em saúde



Nossos serviços estão organizados para atender muito bem condições agudas, sem seguimento das condições crônicas...



Eugênio Vilaça Mendes, 2001, citando Edwards, Hensher & Werneke (1999)

PRODUTIVIDADE HOSPITALAR NO BRASIL

Grupos	Pacientes	Permanência Ocorrida	Permanência Prevista P50	% Permanência Excedente
Geral	145.710	649.345 dias	464.977 dias	28,4%
DRG Cirúrgico	90.902	273.197 dias	263.076	3,7%
DRG Clínico	54.808	376.048 dias	201.901	46,35

Percentil 50 americano ajustados por categoria de DRG 2012-2014

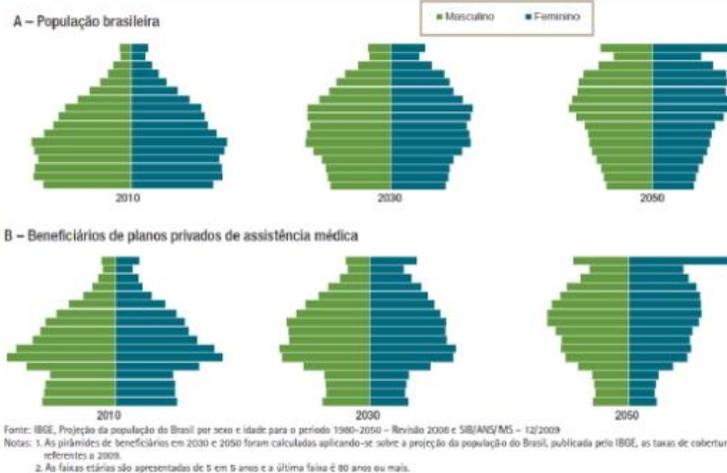
Serufo Filho, J C -Tese de Mestrado UFMG, 2014

Transição Demográfica
de rápida evolução

Transição Epidemiológica

Transição Tecnológica

Perfil demográfico e projeção (2010, 2030, 2050)



Transição na organização
dos serviços de saúde

→ Busca da Qualidade como forma de
viabilizar o sistema

ANS – projeto Qualiss



Necessidade de mover as
engrenagens do sistema!

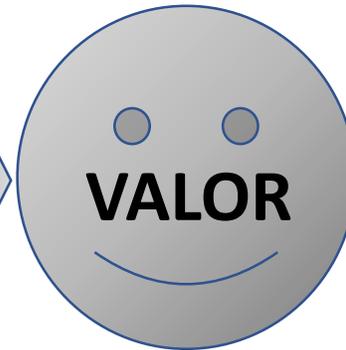


Modelo Tradicional

- ❖ Menor expectativa de vida;
- ❖ Padrão de morbidade baseada em doenças agudas;
- ❖ Evolução tecnológica lenta;
- ❖ Modelo baseado na atenção hospitalar – emergências e especialistas;
- ❖ Elevado grau de medicalização;
- ❖ Polifarmácia;
- ❖ Foco na quantidade – número de procedimentos;
- ❖ Baixo grau de eficiência;
- ❖ Foco no processo e não no resultado;
- ❖ Custo elevado

Modelo Gerador de Valor

- ❖ Medicina baseada no impacto na saúde das populações;
- ❖ Busca da qualidade, segurança e eficiência;
- ❖ Foco nos resultados / desfechos;
- ❖ Uso racional das tecnologias;
- ❖ Base em evidências científicas;
- ❖ Modelos para doenças crônicas e poli morbidade;
- ❖ Busca da qualidade de vida
- ❖ Satisfação do paciente



[ME Porter](#) - New England Journal of Medicine, 2010 -

A PONTA DO ICEBERG

FINANCIAMENTO

Qualidade da documentação clínica

Qualidade da Codificação para morbidade hospitalar

Padronização do CMD Sumário de alta

Uso de agrupadores com classificação por severidade da doença

Análise do Case Mix, Classificação por Complexidade e geração de informações para a gestão clínica e administrativa

- Avaliação de desempenho
- Indicadores

Informação em Saúde

Visão estratégica

Melhoria da saúde

Metas

Melhorar a qualidade, segurança e eficiência

Engajar pacientes e suas famílias

Aperfeiçoar a coordenação do cuidado

Melhorar a saúde da população, reduzindo disparidades

Garantir segurança e privacidade

Iniciativas estratégicas do Sistema de Saúde

Gerenciamento estruturado da informação

Coordenação do cuidado

Mensuração da qualidade

ICD-10, DRG, SNOMED etc.

Segurança

Compartilhamento das informações

Saúde populacional

Adesão aos registros eletrônicos de saúde

Suporte à tomada de decisões clínicas

Responsabilização pelo próprio cuidado

Business Intelligence/Analytics

Contabilidade de custos

Gerenciamento de risco

Transparência

DRG | Histórico

- 1912, Codman (Massachusetts General Hospital): Produto Hospitalar = pacientes tratados, instrução médica, enfermeiros graduados e publicações médicas;
- Décadas de 60, administradores de saúde (EUA) buscam definição mais útil e operativa –
Como avaliar e comparar o desempenho dos hospitais?
- 1970 - Yale School of Public Health (YSPH) – Robert Barclay **Fetter** e John Devereaux **Thompson**:
 - **Produto Hospitalar é um conjunto de serviços fornecido ao paciente em função das suas necessidades de tratamento** - produtos intermediários = serviços diagnósticos, de enfermagem, nutrição, medicações, centro cirúrgico, etc.;
- **Dificuldade: o hospital possui tantos produtos quanto o número de pacientes tratados;**
- **Apesar de único, cada paciente possui características demográficas, diagnósticas e terapêuticas comuns a outros pacientes, que determinam o tipo e nível de serviços que receberá;**
- Agrupamento de pacientes com características clínicas e perfil de tratamento semelhantes - **Sistema de Classificação** - ferramenta para o conhecimento do **perfil nosológico hospitalar (“case-mix”)** em termos de recursos consumidos durante a internação e assim mensurar o produto hospitalar

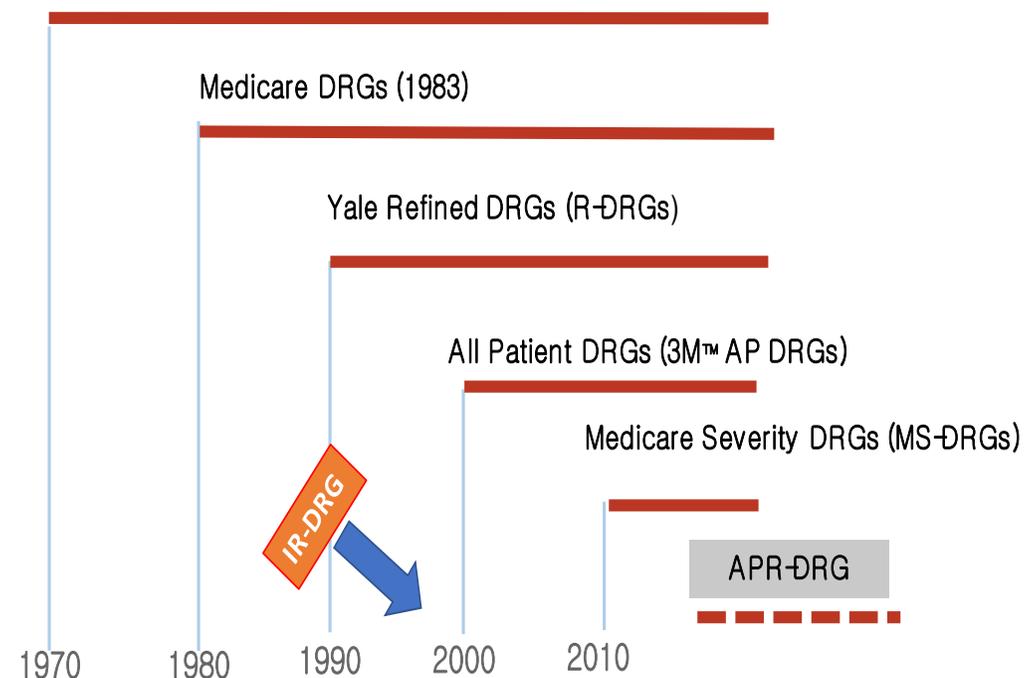
DRG | Características

DRGs constituem conjuntos de pacientes agrupados:

- **De forma homogênea em consumo de recursos (custo ?)**
 - Pacientes em um mesmo grupo não são idênticos
 - Estima uma média do consumo de recursos utilizados
- **De forma a ser clinicamente coerentes** considerando-se características similares
 - Topografia, etiologia ou especialidades
- **Mutuamente exclusivos quanto aos eventos**
 - **1 DRG = 1 evento do paciente**

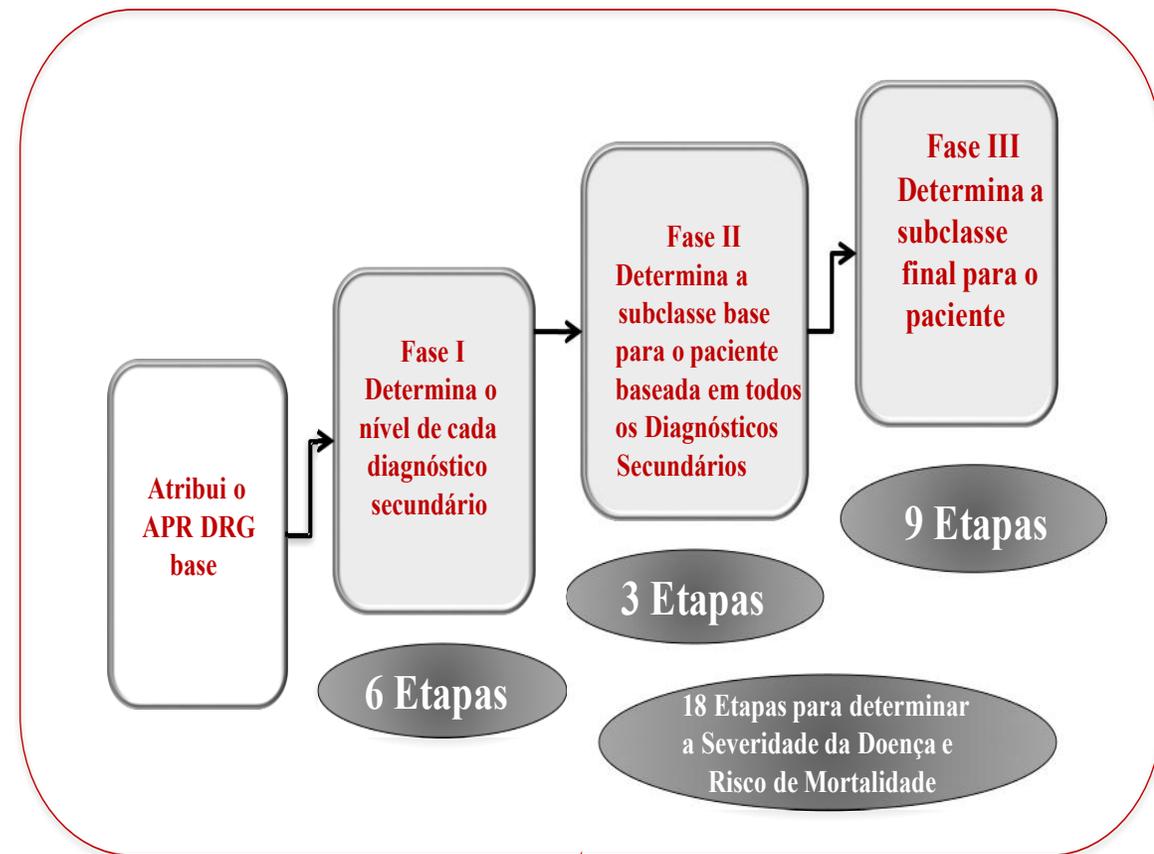
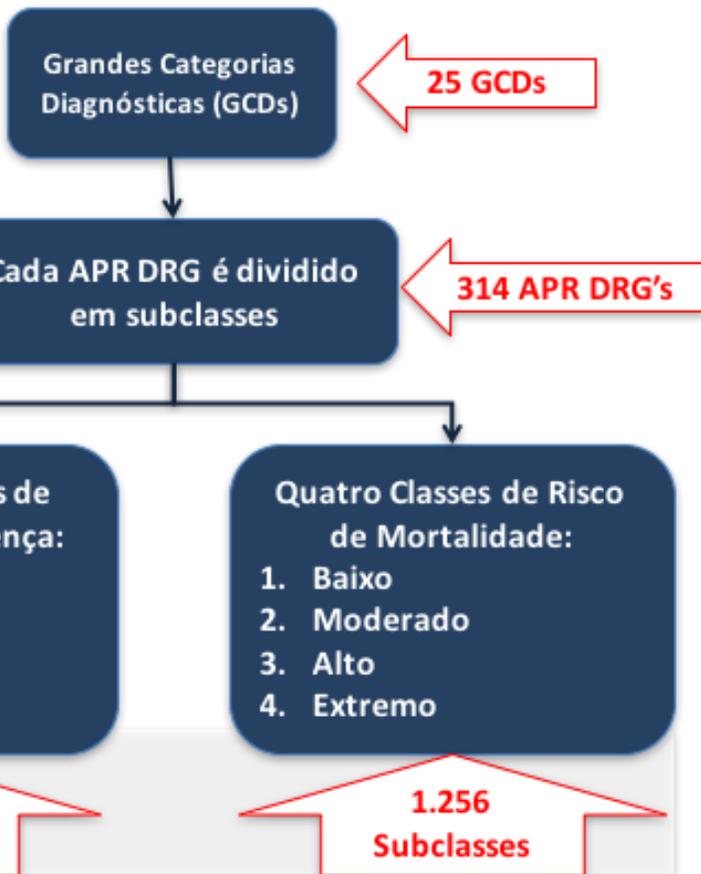
Linhas do Tempo dos Tipos de DRG

Original Yale DRGs (1970s)



APR -DRG | Processo de Classificação

ALL PATIENTS REFINED DRG
APR DRG



Definição do produto hospitalar através de dados rotineiros disponíveis nas saídas hospitalares

Documentação

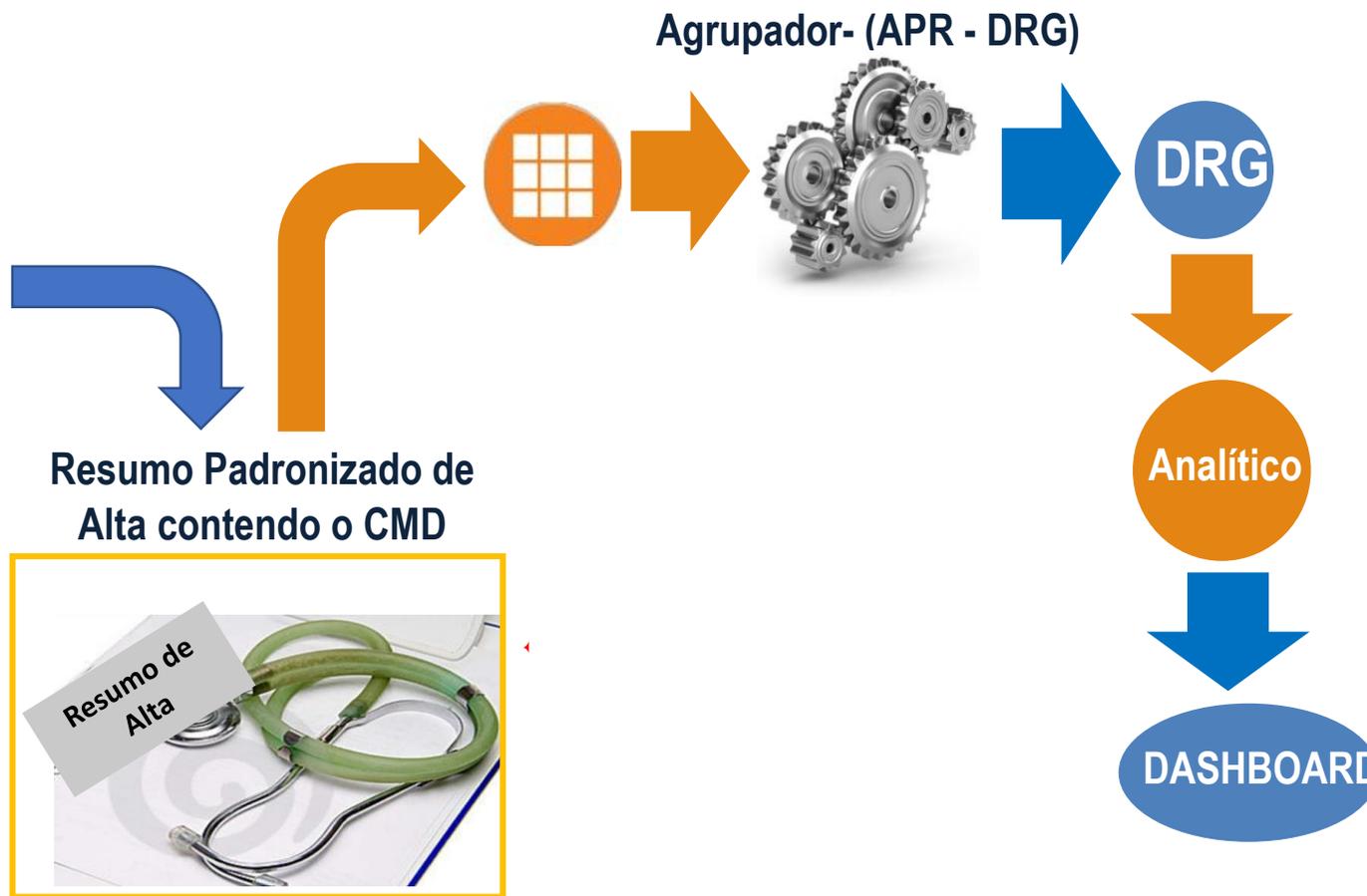


Conjunto Mínimo de Dados (CMD)

- Idade; Sexo;
- Diagnóstico Principal;
- Diagnósticos Secundários (5 ou mais);
- Co-morbidades e complicações;
- Procedimentos
- Status da Alta (transferência, casa, óbito)
- Peso do recém-nascido (quando pertinente)
- Outros (**ventilação mecânica – 72h**, procedimentos diagnósticos complexos, hemoterapia)

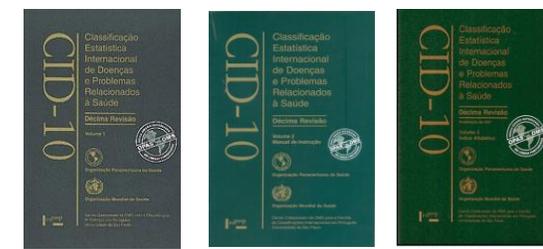
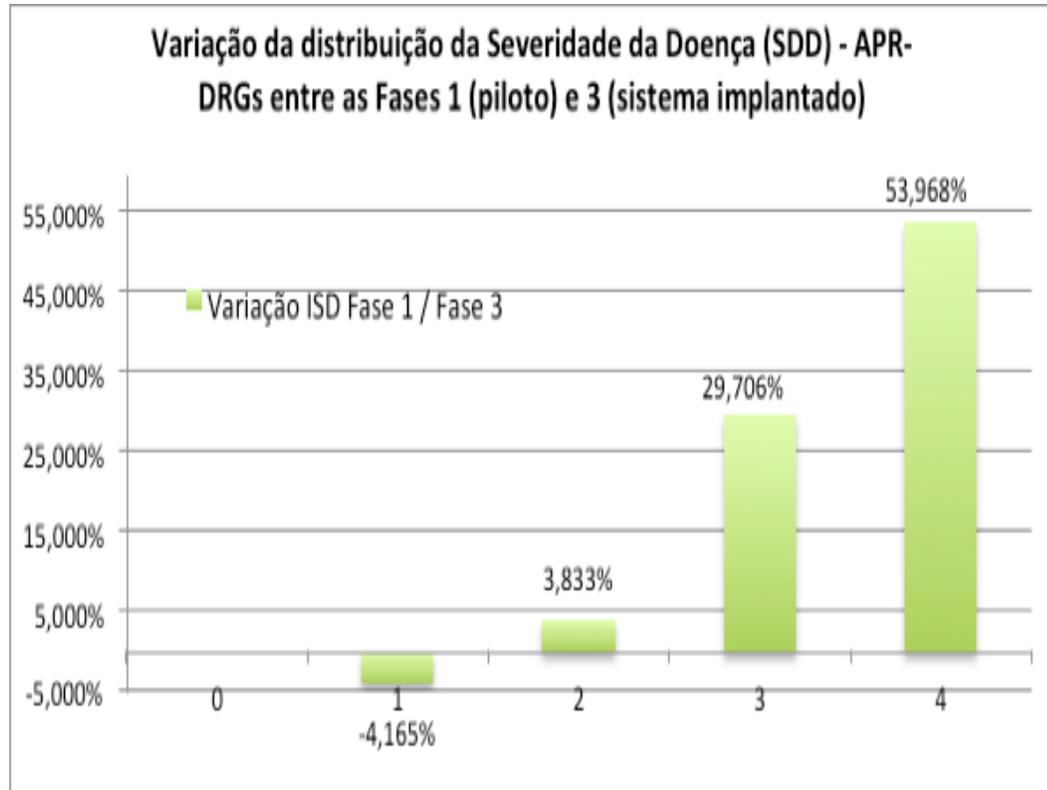
CID-10

TUSS



DRG | importância da codificação

Comparação das Modificações na Severidade da Doença (SDD) entre a Fase 1 (piloto) e a Fase 3 com APR-DRGs implantado e em operação



Busca dos diagnósticos ocultos

Por ser uma metodologia que diferencia os pacientes pelo grau de severidade é fundamental a completa codificação dos diagnósticos

Para isso são codificados também os diagnósticos ocultos; aqueles que estão no prontuário, mas, não no resumo de alta

- **A ação e foco do médico e dos profissionais de saúde é e deve ser cuidar do paciente** e registrar as suas ações e conclusões no prontuário.
- **O foco do codificador é traduzir as informações registradas pela equipe de saúde para códigos dos sistemas de classificação** para transformá-las em informações passíveis de ser analisadas num conjunto de dados

Idade em Anos 78 Idade em Dias 0 Idade em Dias à Alta 0 DVM Após Admissão 0 Tempo de Permanência 49

Diagnósticos

J189;A419;N189;I509

	Diag	PNA	SDD	RDM	Valid	DRG	Designação
Pdx	J18.9	S	P	P	✓	✓	PNEUMONIA NÃO ESPECIFICADA
Dx 2	A41.9	S	3	3	✓		SEPTICEMIA NÃO ESPECIFICADA
Dx 3	N18.9	S	1	1	✓		INSUFICIÊNCIA RENAL CRÔNICA NÃO ESPECIFICADA
Dx 4	I50.9	S	2	2	✓		INSUFICIÊNCIA CARDÍACA NÃO ESPECIFICADA
Procura							

Procedimentos

0303140151

	Proc	Valid	...	Designação
SG 1	0303140151	✓	...	TRATAMENTO DE PNEUMONIAS OU INFLUENZA (GRIPE)
Procura			...	

ACHADOS & Perdidos



DRG na Alta DRG na Admissão

MDC: 04 DOENÇAS E DISTÚRBIOS DO SISTEMA RESPIRATÓRIO
 DRG: 130 DIAGNÓSTICO DO SISTEMA RESPIRATÓRIO C/ SUPORTE DE VENTILAÇÃO 96+ HORAS

Méd./Cirú.:
 DRG médico: 00 OK, DRG calculado

Gravidade da Doença: 2 Moderado
 Tempo de Permanência: 49

Peso Relativo: 3,3097
 Tempo de Permanência Médio: 11,05
 Limite Inferior: 4

Idade em Anos 78 Idade em Dias 0 Idade em Dias à Alta 0 DVM Após Admissão 0 Tempo de Permanência 49

Diagnósticos

J18.9;A41.9;I50.0;J90;I80.8;R57.0;J81;E14.9;I49.9;I70.9;N18.9;J10.8;J96.0;L40.9;K44.9;Z87.1;Z87.2;Z97.3;Z85.4

	Diag	PNA	SDD	RDM	Valid	DRG	Designação
Pdx	J18.9	S	P	P	✓	✓	PNEUMONIA NÃO ESPECIFICADA
Dx 2	A41.9	N	3	3	✓		SEPTICEMIA NÃO ESPECIFICADA
Dx 3	I50.0	S	2	2	✓		INSUFICIÊNCIA CARDÍACA CONGESTIVA
Dx 4	J90	S	3	2	✓		DERRAME PLEURAL NÃO CLASSIFICADO EM OUTRA PARTE
Dx 5	I80.8	N	3	2	✓		FLEBITE E TROMBOFLEBITE DE OUTRAS LOCALIZAÇÕES
Dx 6	R57.0	N	4	4	✓		CHOQUE CARDIOGÊNICO
Dx 7	J81	N	4	3	✓		EDEMA PULMONAR, NÃO ESPECIFICADO DE OUTRA FORMA
Dx 8	E14.9	S	1	2	✓		DIABETES MELLITUS NÃO ESPECIFICADO - SEM COMPLICAÇÕES
Dx 9	I49.9	S	1	1	✓		ARRITMIA CARDÍACA NÃO ESPECIFICADA
Dx 10	I70.9	S	1	1	✓		ATEROSCLEROSE GENERALIZADA E A NÃO ESPECIFICADA
Dx 11	N18.9	S	1	1	✓		INSUFICIÊNCIA RENAL CRÔNICA NÃO ESPECIFICADA
Dx 12	J10.8	N	1	1	✓		INFLUENZA COM OUTRAS MANIFESTAÇÕES, DEVIDA A OUTRO VÍRU...

Procedimentos

0303140151;0305010107

	Proc	Valid	...	Designação
SG 1	0303140151	✓	...	TRATAMENTO DE PNEUMONIAS OU INFLUENZA (GRIPE)
SG 2	0305010107	✓	...	HEMODIÁLISE (MÁXIMO 3 SESSÕES POR SEMANA)
Procura			...	

DRG na Alta DRG na Admissão

MDC: 04 DOENÇAS E DISTÚRBIOS DO SISTEMA RESPIRATÓRIO
 DRG: 130 DIAGNÓSTICO DO SISTEMA RESPIRATÓRIO C/ SUPORTE DE VENTILAÇÃO 96+ HORAS

Méd./Cirú.:
 DRG médico: 00 OK, DRG calculado

Gravidade da Doença: 4 Extremo
 Tempo de Permanência: 49
 Idade: 78 Y / 0 D

Peso Relativo: 5,2495
 Tempo de Permanência Médio: 17,65
 Limite Inferior: 5
 Limite Superior: 55

DRG HSL | publicações e produção científica no Brasil



Veras, C. et al. Bras. Saúde Coletiva, 1989

Noronha, MF et cols, Ver.Saúde Pública, S.Paulo, 25(3), 1991

Noronha, MF et cols, Cad. Saúde Pública, 20, RJ, 2004

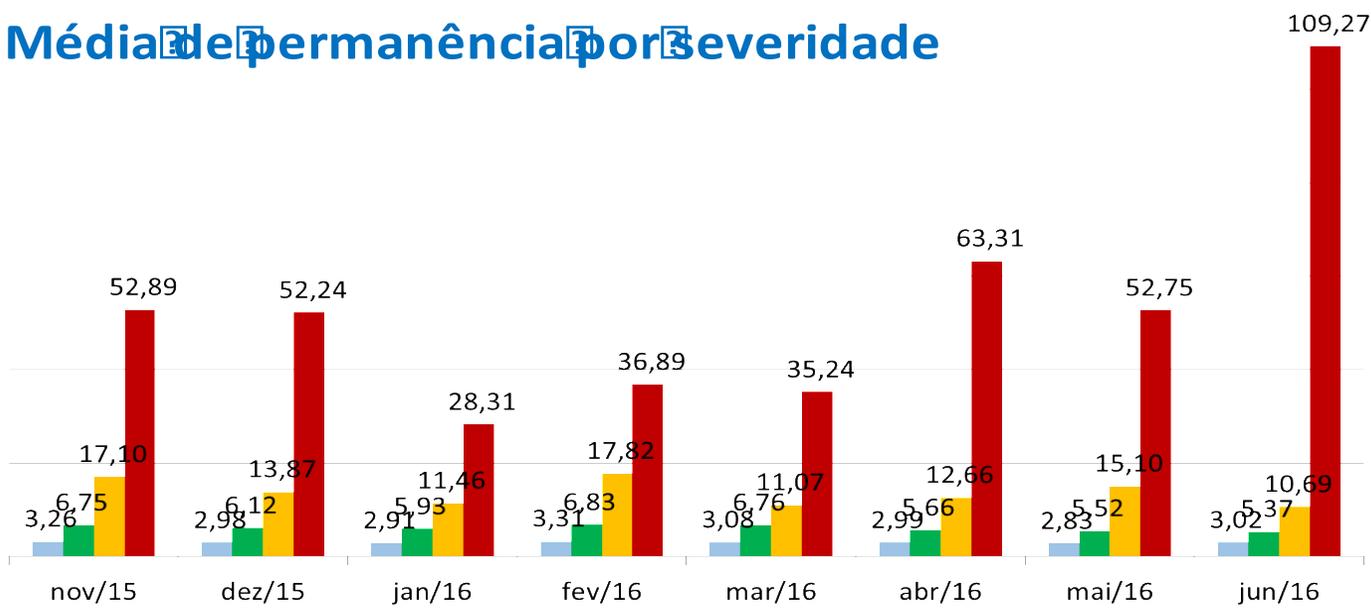
Dalmati, C F, XIII Cong Bras. Informática em Saúde, CBIS, 2012

Zanetta, S , Tese de Mestrado, FMUSP, 2013

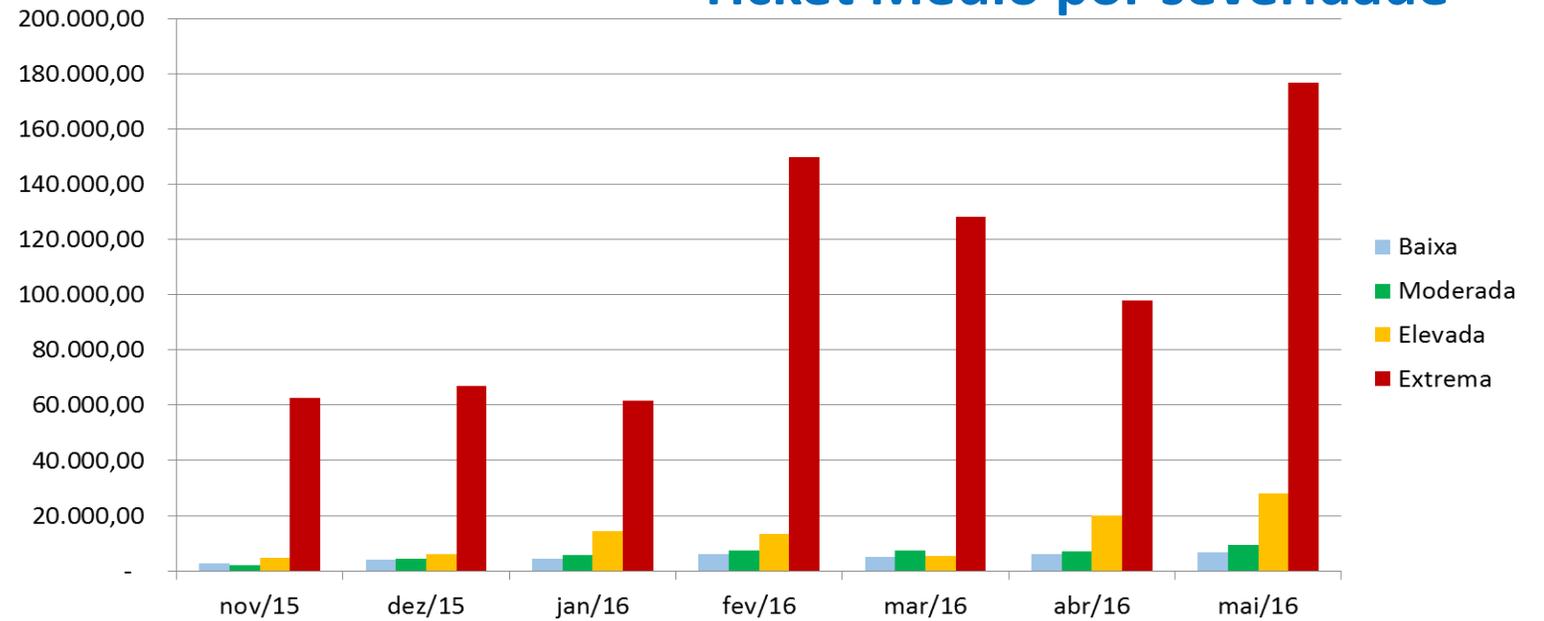
Livro Branco Brasil Saúde 2015 – ANAHP

- OSMO AA. Sírio-Libanês, everis e 3M investem em DRG. Matéria publicada na revista Saúde Business. Out/2014. da equipe
- OSMO AA, Lira ACO, Leão BF, Pereira CGS, Ferreira DP, Vecina G Neto, Sá MMS, Sanzovo OAC, Chapchap P, Zanetta, SFR. Metodologia e ferramentas para aplicação do modelo de “Grupos Diagnósticos Relacionados” (DRGs) para área hospitalar na saúde suplementar brasileira. In: Lozer AC, Godoy CVC, Leles FAG, Coelho KSC, organizadores. *Conhecimento técnico-científico para qualificação da saúde suplementar* [Internet]. Brasília, DF: OPAS; Rio de Janeiro: ANS, 2015. [citado 11 Jun 2016]. p. 145-176. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/materiais-publicados/livros> (Acesso em: 26/06/2016).
- OSMO, A.A., SÁ, M.M.S., FERREIRA, D.P., GREGORY, F.H., PEREIRA, C.G., VENDRAMINI, F., BERLINGUET, M. Improving coding for DRG assignment in a Brazilian tertiary care hospital., PCSI Abst. Book Conference, Hague, 114-115, 2015.
- FERREIRA, D.P., OSMO, A.A., GREGORY, F.H., SÁ, M.M.S., SANZOVO, O.A.C.. Piloto de Mapeamento TUSS-SIGTAP para fins de DRG., QualiHosp, 2015.
- OSMO AA. Case Hospital Sírio-Libanês. Eixo Novos Modelos – DRG como Ferramenta de Gestão. VI Seminário de Gestão em Saúde ANAHP 2015.
- OSMO, A. A.. Processo Gerencial. Capítulo do livro Gestão em Saúde. VECINA NETO, G., MALIK, A.M.. 2ª ed. Rio de Janeiro: Editora Guanabara, 2016.
- OSMO, SÁ e cols. Apresentação da experiência HSL de implantação do DRG. Simpósio das Unimed (MG, RJ e ES) (Vitória, set.16).
- 32nd annual Patient Classification System International (PCSI) conference - 2016 (04 a 07 de outubro em Dublin-Ireland):
 - APR DRG Length of Stay Performance Benchmark analysis and encounter review in one innovator Brazilian Hospital. Marc Merlinguet, Márcia M de S e Sá, Penélope R da Silva, André A Osmo.
- XV Congresso Brasileiro de Informática em Saúde (CBIS) 2016 (Goiânia-GO, nov.16):
 - Paineis Experiências no uso do DRG no Brasil. OSMO AA e outros;
 - Pôster Mapeamento TUSS – SIGTAP: Lições aprendidas. Deborah P Ferreira, Osmeire A C Sanzovo, Márcia M de S e Sá, André A Osmo;
 - Tutorial Implantação do Sistema DRG. André A Osmo, Márcia M de S e Sá,, Penélope R da Silva, Rafael F Saad, Franca P Baldassare.

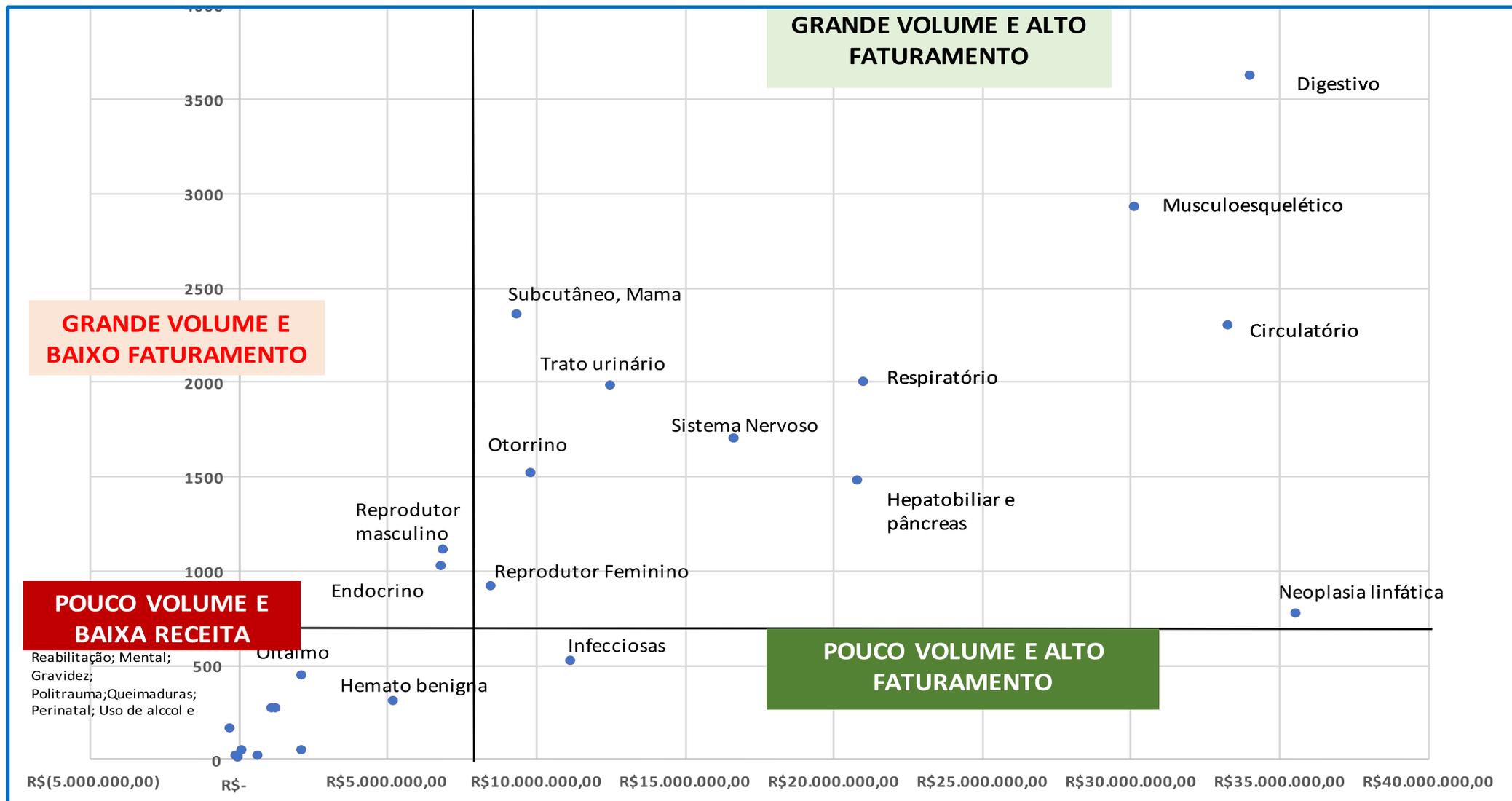
Média de Permanência por Severidade



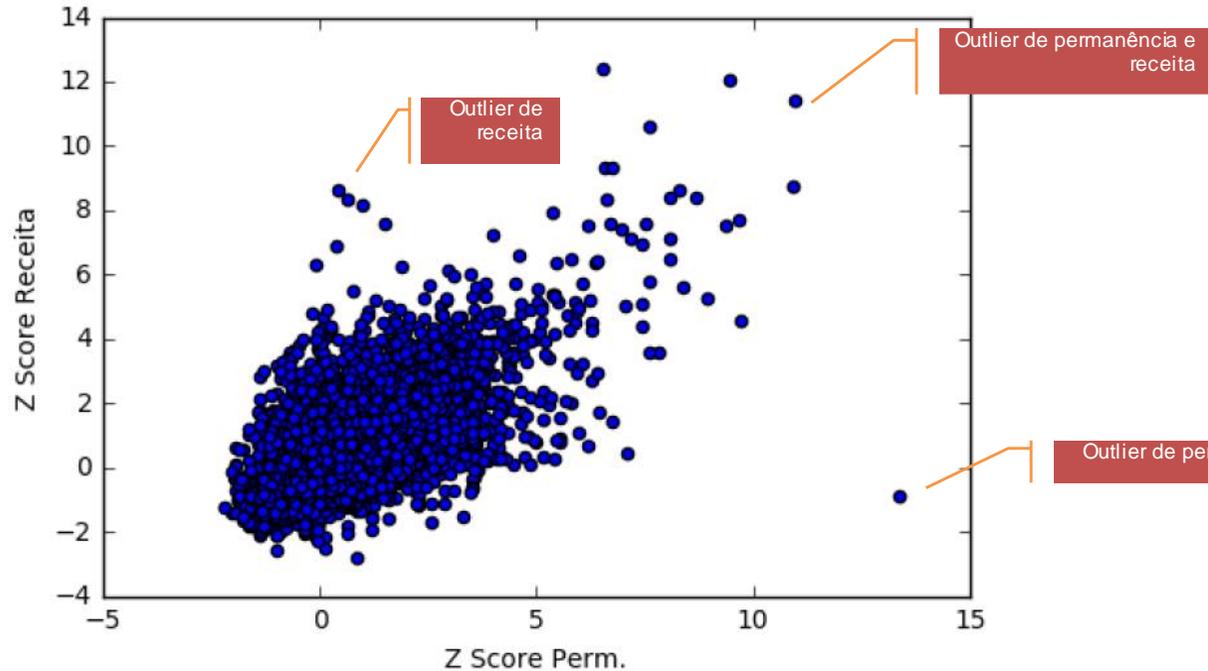
Ticket Médio por severidade



Dispersão das Grandes Categorias de Diagnósticos APR-DRG por Volume e Recita Produzida – ano de 2016



DRG | Benchmarking Interno - Outliers

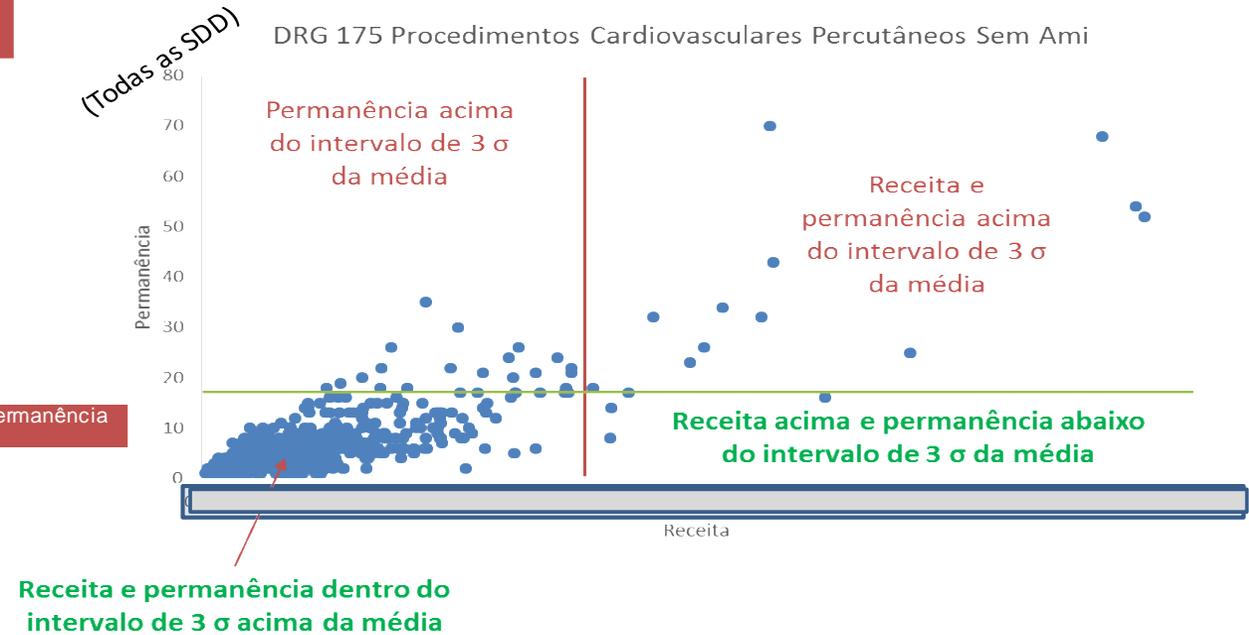


Definição → 3 desvios padrão de permanência e/ou receita

Gráfico de dispersão

Eixo X → Z Score (Desvio padrão) de permanência

Eixo Y → Z Score (Desvio padrão) de receita



DRG Performance - Estudos de Eficiência - Pacientes e Receitas Potencialmente Perdidas por Ineficiência de Giro de Leitos.

Origem	Saídas 2016	Média Perm Observ	Pacientes/Dia /Ano Observ	Média Perm USA DRG	Média Perm Ajustada Brasil (1,4)	Pacientes/Dia /Ano Med USA	Pacientes/Dia /Ano Perm Ajustada Brasil	Perform perm ajust Brasil (diárias perdas)	Pacientes Potenciais Perdidos/ano	Receita Média/dia - Observada	Receita Potencialm Perda
HOSP TOTAL	25.714	6,0	154.284	3,5	4,8	88.970	124.559	-1,16	422	7.184,23	3.031.313,30

FATOR DE CORREÇÃO DE TEMPO DE PERMANÊNCIA BASEADO EM:

1. DADOS DA HCA: 168 HOSP - 1,8 MILHÕES DE INTERNAÇÕES - TEMPO MÉDIO DE 4,9 DIAS (HCA-USA)

2. DADOS ANAHP 2016 - 5,4 DIAS - 1,4 MILHÕES DE INTERNAÇÕES - 2017 (OBSERVATÓRIO ANAHP 2017)

	Years Ended December 31				
	2015	2014	2013	2012	2011
Number of hospitals at end of period	168	166	165	162	163
Number of freestanding outpatient surgery centers at end of period	116	113	115	112	108
Number of licensed beds at end of period(a)	43,771	43,356	42,896	41,804	41,594
Weighted average licensed beds(b)	43,620	43,132	42,133	41,795	39,735
Admissions(c)	1,868,800	1,795,300	1,744,100	1,740,700	1,620,400
Equivalent admissions(d)	3,122,700	2,958,700	2,844,700	2,832,100	2,595,900
Average length of stay (days)(e)	4.9	4.8		4.7	4.8
Average daily census(f)	25,084	23,835	22,853	22,521	21,123
Occupancy rate(g)	58%	55%	54%		53%

HCA
Hospital Corporation of America

DRG Performance - Estudos de Eficácia - Reinternações

Grupos de DRGs	Saídas HSL (2016)	Reinternação <=7d		Reinternação <=30d	
		HSL	Bench	HSL	Bench
TOTAL HSL	22.635	4,4%	3,4%	11,8%	10,1%
DRG cirúrgico	10.455	2,0%	2,4%	6,1%	6,6%
DRG clínico	12.179	6,6%	4,0%	16,9%	12,1%
Proc. articulares de membros inferiores	288	1,7%	1,9%	3,8%	6,7%
Proc. abdominopelvicos	818	1,8%	1,8%	4,4%	3,8%
Proc. Cardíacos e vasculares	588	3,4%	3,8%	7,7%	11,0%
Insuficiência cardíaca	136	7,4%	5,8%	19,1%	19,9%
Pneumonia	704	2,7%	3,7%	11,4%	11,6%
DPOC	137	4,4%	4,7%	11,7%	16,2%

1. other pneumonia (139),
2. chronic obstructive pulmonary disorder (COPD) (140),
3. heart failure (HF) (194),
4. angina and coronary atherosclerosis (198),
5. cerebral vascular accident (45),
6. renal failure (460),
7. kidney and urinary tract infection (463),
8. cardiac arrhythmia and conduction disorder (201),
9. AMI, initial episode of care (190),
10. pacemaker without AMI, HF or shock (171),
11. other vascular (173),
12. percutaneous cardiac procedures with AMI (174),
13. percutaneous cardiac procedures without AMI (175),
14. major small and large bowel disease (221),
15. laparoscopic cholecystectomy (263),
16. Hip joint replacement (301),
17. knee joint replacement (302),
18. hip and femur procedures for trauma, except joint replacement (308)
19. uterine and adnexa procedures for non-malignancy except leiomyoma (513).

Benchmark: Hospitais de Agudos (Califórnia). Corresponde a 9 milhões de saídas (2000-2009). California Office of Statewide Health Planning and Development Patients Discharge Data.

Reinternação em até 7 dias (Top 10)

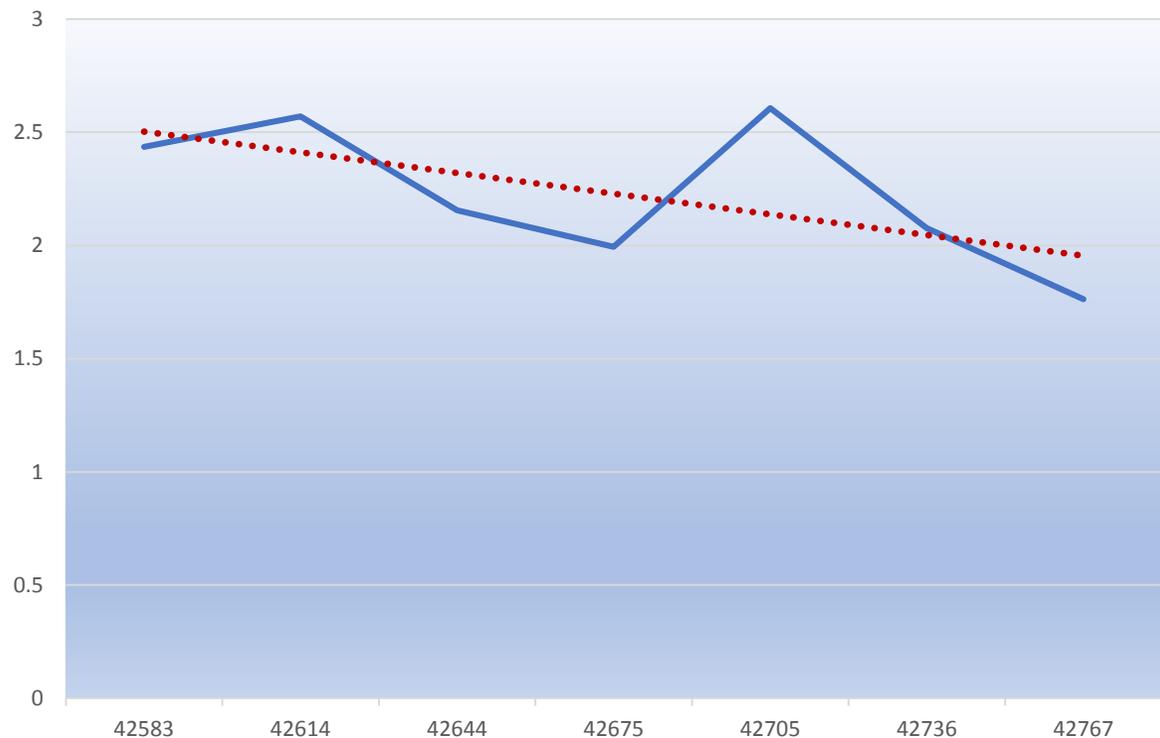
DRG Alta	Saídas HSL (2016)	Reinternações <=7 dias	Tx de reinternação
690 Leucemia Aguda	105	32	30,5%
813 Outras Complicações de Tratamento	124	29	23,4%
691 Linfoma, Mieloma e Leucemia Não-Aguda	391	81	20,7%
281 Malignidade do Sistema Hepatobiliar e Pâncreas	233	33	14,2%
240 Malignidade Digestiva	253	33	13,0%
424 Outros Distúrbios Endócrinos	165	21	12,7%
137 Importantes Infecções e Inflamações Respiratórias	208	25	12,0%
136 Malignidade Respiratória	165	15	9,1%
720 Septicemia e Infecções Disseminadas	133	12	9,0%
461 Malignidade dos Rins e Trato Urinário	102	8	7,8%

Reinternação em até 30 dias (Top 10)

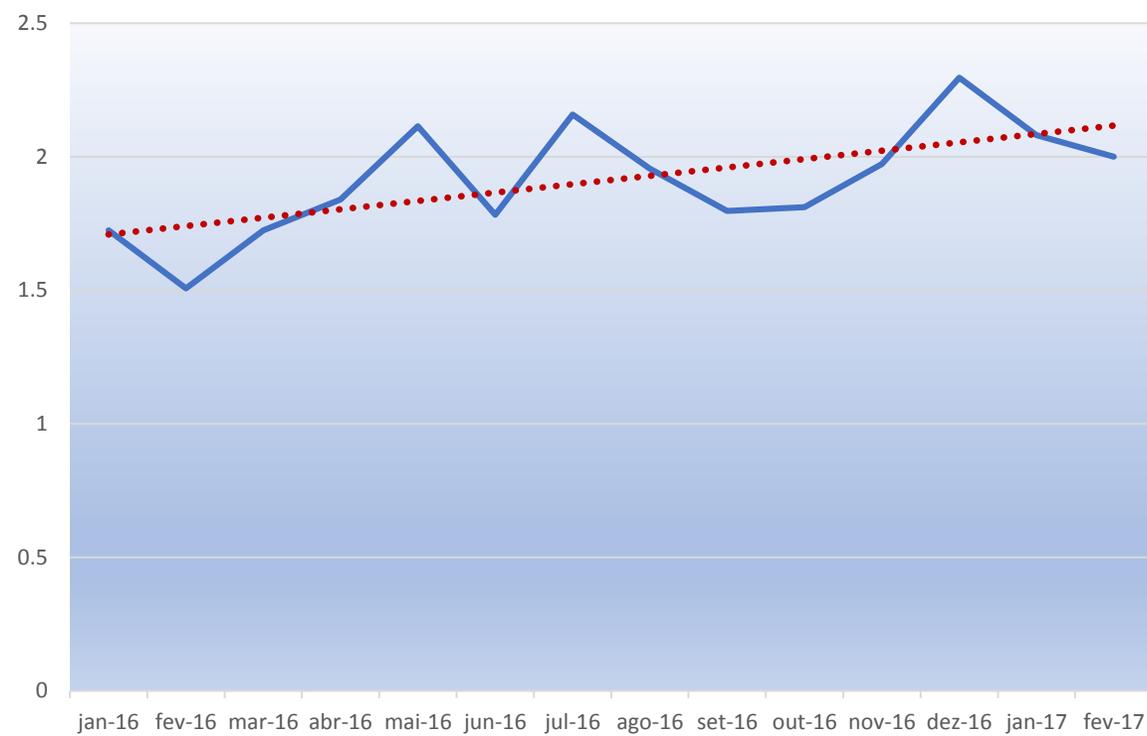
DRG Alta	Saídas (2016)	Reinternações <=30 dias	Tx de reinternação
690 Leucemia Aguda	263	161	61,2%
691 Linfoma, Mieloma e Leucemia Não-Aguda	747	445	59,6%
813 Outras Complicações de Tratamento	249	116	46,6%
003 Transplante de Medula Óssea	129	60	46,5%
721 Outras Infecções e em Dispositivos Pós-Operatórios, Pós-Traumáticas	148	66	44,6%
530 Malignidade do Sistema Reprodutivo Feminino	137	58	42,3%
248 Importantes Infecções Gastrointestinais Peritoneais	116	47	40,5%
425 Distúrbios Eletrolíticos Exceto Relacionados a Hipovolemia	100	38	38,0%
660 Importantes Diagn. Hematológicos/Imunológicos Exc. Crise de Anemia Falsiforme e Coagul.	165	62	37,6%
281 Malignidade do Sistema Hepatobiliar e Pâncreas	484	170	35,1%



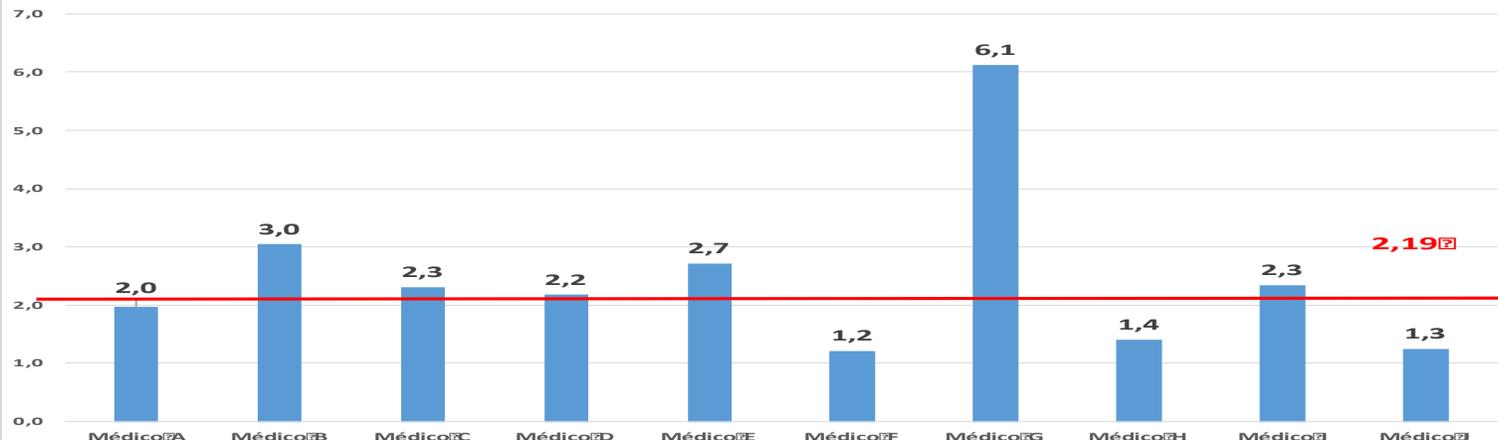
**Distribuição do Índice de Case-Mix -UTI Cardio
(III) - HSL - Ago/16 a Fev/17**



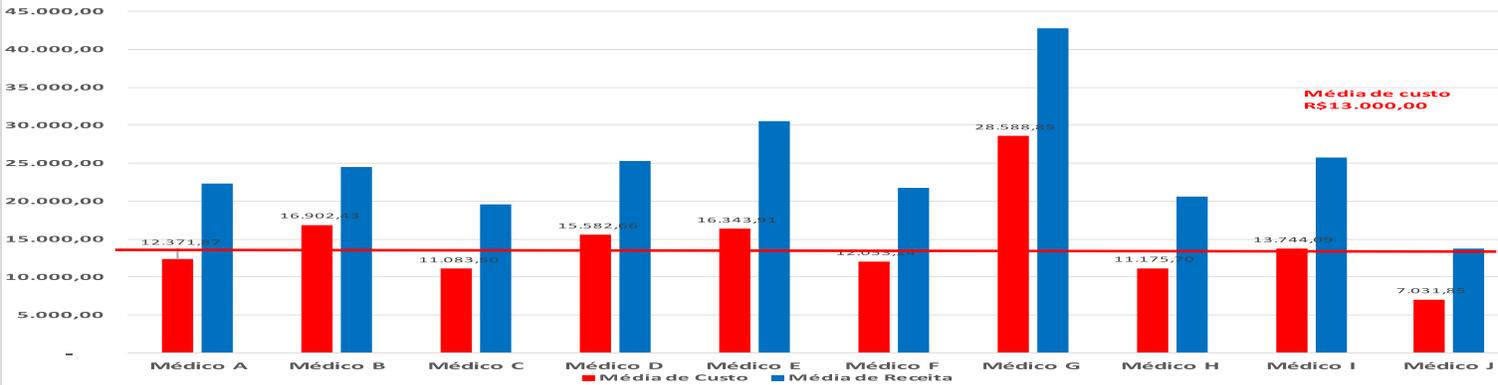
**Distribuição do Índice de Case-Mix - UTI - I - II e IV,
HSL jan/16 a fev/17**



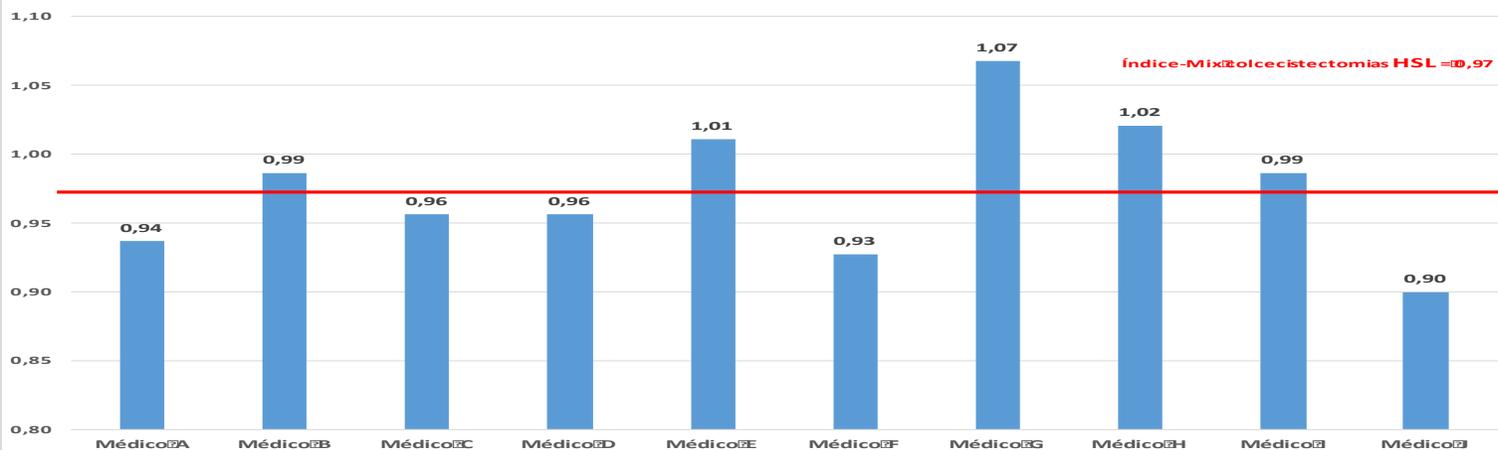
Tempo Médio de Permanência



Custo e Receitas por Médico



Índice de Case-Mix



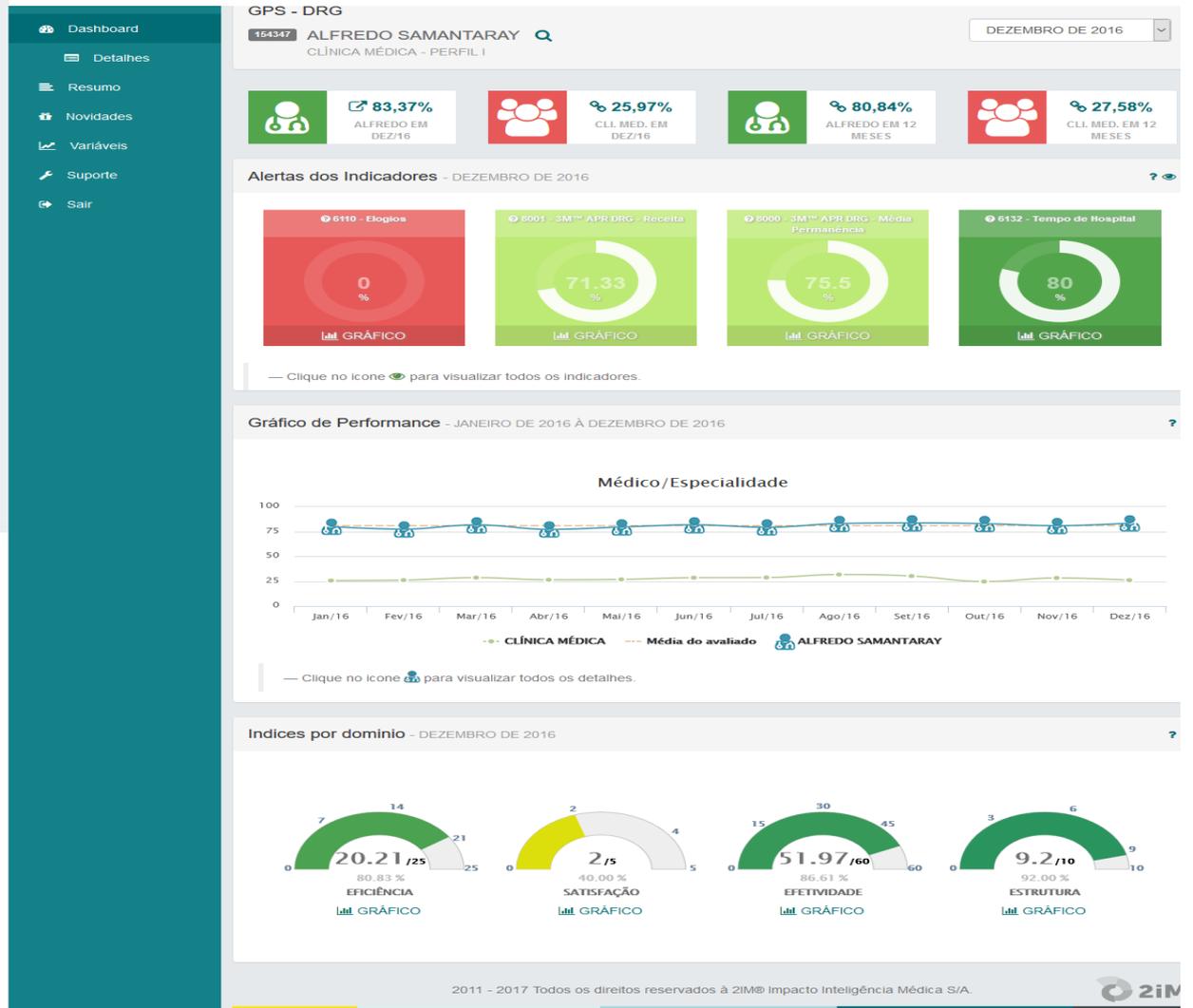
DRG – Colecistectomia Laparoscópica

Performance médica





Sistema de Avaliação de Performance Médica com informações de DRGs - HSL&2iM&3M





Domínios / Indicador - Dezembro de 2016		Pontos do Indicador	Resultado Indicador	Banda Inferior					Banda Ideal		Banda Superior						
EFETIVIDADE				0%	50%	60%	70%	80%	90%	100%	90%	80%	70%	60%	50%	0%	
(8000) 3M TM APR DRG - Média Permanência		30	Q 75,517 %														
(8002) 3M TM APR DRG - Mortalidade		10	Q 100 %														
(8004) 3M TM APR DRG - Taxa de Reinternação em 7 dias		10	Q 93,103 %														
(8005) 3M TM APR DRG - Taxa de Reinternação em 30 dias		10	Q 100 %														
PONTUAÇÃO DO DOMÍNIO		60															
EFICIÊNCIA				0%	50%	60%	70%	80%	90%	100%	90%	80%	70%	60%	50%	0%	
(8001) 3M TM APR DRG - Receita		15	Q 71,379 %														
(6125) Taxa de não conformidade de auditoria de prontuários - Preenchimento Sumario de Alta		5	Q N.D							0	0						acima de 0,001
(7129) Taxa de acerto de previsão de alta		5	Q 20,588 %	0 a 2,839			2,840 a 11,040	11,040 a 19,239	19,240 a 27,439	27,440	acima de 27,440						
(8003) 3M TM APR DRG - CASE MIX		0	Q 100 Ind														
PONTUAÇÃO DO DOMÍNIO		25															
ESTRUTURA				0%	50%	60%	70%	80%	90%	100%	90%	80%	70%	60%	50%	0%	
(6103) Atividade Científica: Participação em atividades educacionais como coordenador e palestrante em cursos e congressos e pós graduação		2	1 Qtde	0 a 0						1	acima de 1						
(6104) Participação em reunião científica		2	4 Qtde	0 a 0,999	1 a 1,999	2 a 2,999	3 a 3,999	4 a 4,999	5 a 5,999	6	acima de 6						
(6130) Publicação Científica médicos		2	1 Qtde	0 a 0						1	acima de 1						
(6131) Pesquisa Principal/ atividade na pós graduação		2	1 Qtde	0 a 0						1	acima de 1						
(6132) Tempo de Hospital		2	16 Anos	0 a 3,999	4 a 6,999	7 a 10,999	11 a 15,999	16 a 20,999	21 a 30,999	31	acima de 31						
PONTUAÇÃO DO DOMÍNIO		10															
SATISFAÇÃO				0%	50%	60%	70%	80%	90%	100%	90%	80%	70%	60%	50%	0%	
(6110) Elogios		3	0 Qtde	0 a 0						1	acima de 1						
(6106) Reclamação		2	0 Qtde							0	0						acima de 0,001



Passos que poderíamos trilhar..

- Definição e orientação para utilização de um **Conjunto Mínimo de Dados - CMD** adequado para classificação e agrupamento de pacientes;
- Criação de **Programas de Qualidade em Documentação Clínica - PQDC**;
- Cursos de **Formação de Codificadores** para morbidade (CID/TUSS);
- Propor e estimular a **Carreira de Codificador de nível médio de Documentalista Clínico** para profissionais de saúde de nível superior;
- Definir um **Sumário Padronizado de Alta** (Saída) Hospitalar contendo o **CMD** com possibilidade de trânsito por meios eletrônicos/virtuais;
- **Evolução da Guia ISS**;
- **Aprimoramento do conteúdo e estrutura de uma Tabela de Procedimentos Nacional** com hierarquia e códigos estruturados e independentes de "rol" ou amplitude de abrangência;
- **Realizar discussões e divulgar metodologias de classificações de pacientes** que propiciem avaliações coerentes de desempenho de qualidade, eficiência, eficácia e comparabilidade ("benchmarking") em todos os níveis de atenção à saúde ou posicionamento da rede produtiva – prestadores e financiadores.



DADOS ESSENCIAIS DO CONJUNTO MÍNIMO DE DADOS (CMD) PARA GERAÇÃO DOS GRUPEMANTOS				
	Campo	Definição ou Descrição	Forma de registro	Fonte
1	Nome	Nome completo do paciente	Por extenso e sem abreviações	Cadastro do hospital
2	SAME	Número de registro do prontuário único do paciente	Numeração conforme organização do hospital	SAME
3	Número do atendimento	Número de registro que identifica o episódio de internação	Numeração conforme organização do hospital	SAME
4	Sexo	Sexo do paciente	Registrar uma das opções: • F (feminino) • M (masculino) • I (indeterminado)	Cadastro do hospital
5	Data de nascimento	Data de nascimento do paciente	No formato dd/mm/aaaa	Cadastro do hospital
6	Peso ao nascer	Peso ao nascer no caso de recém-nascidos	Em gramas	Prontuário do paciente
14	Data da saída	Data da saída do paciente do hospital	No formato dd/mm/aaaa	Prontuário do paciente
15	Motivo de saída	Destino do paciente após a saída do hospital	Registrar uma das opções: • Alta • Óbito • Transferência externa	Prontuário do paciente
19	Dias de Ventilação Mecânica	Número de dias em que o paciente esteve sob ventilação mecânica invasiva	Em nº absoluto de dias completos	Prontuário do paciente Conta hospitalar?
20	Diagnóstico no momento da admissão	Diagnóstico ou hipótese diagnóstica no momento da internação		
21	Diagnóstico Principal*	Diagnóstico atribuído ao motivo da internação, definido processo de investigação diagnóstica		Prontuário do paciente CID-10
22	Diagnósticos Secundários**	Diagnósticos decorrentes de comorbidades (pré-existente desencadeadas após a internação) e complicações relacionadas à internação e aos diagnósticos.	Registrar o maior número possível	CID10 - Prontuário do paciente / Sumário padronizado de alta
24	Procedimentos***	Principais procedimentos clínico e cirúrgicos (realizado, centro cirúrgico ou não), durante o episódio de internação	Registrar o maior número possível	Tableas TUSS ou SUS Prontuário do paciente Sumário padronizado de alta
*	importante a qualidade da documentação clínica e a busca dos "diagnósticos ocultos no prontuário"			
**	importante a qualidade da documentação clínica e a busca dos "diagnósticos ocultos no prontuário"			
***	importante a qualidade da documentação clínica e a busca dos "diagnósticos ocultos no prontuário"			

The National Minimum Data Set NHS

- One reporting requirement multiple uses
- Complex process to maintain
- Stable and rigorous standards - but variable compliance
- Consistent and valid for comparisons
- Alternatives required DSS for payment.
- Convenient to maintain with NHDD



COMISSÃO DE SEGURIDADE SOCIAL E FAMÍLIA
55ª Legislatura - 3ª Sessão Legislativa Ordinária



PAUTA DE SEMINÁRIO CONJUNTO COM A COMISSÃO DE CIÊNCIA E
TECNOLOGIA, COMUNICAÇÃO E INFORMÁTICA E COM A COMISSÃO ESPECIAL
DESTINADA A ESTUDAR O PROCESSO DE INOVAÇÃO E INCORPORAÇÃO
TECNOLÓGICA NO COMPLEXO PRODUTIVO DA SAÚDE, NO BRASIL E NO
MUNDO DIA 05/07/2017

Obrigado

André Alexandre Osmo
(11) 99999-0354
andre.osmo@hsl.org.br

