

**UNIVERSIDADE DO VALE DO RIO DOS SINOS – UNISINOS UNIDADE
ACADÊMICA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO PROGRAMA DE PÓS-
GRADUAÇÃO EM GESTÃO E NEGÓCIOS NÍVEL MESTRADO PROFISSIONAL**

MAURO ROBERTO CANTO

**AVALIAÇÃO DE DESEMPENHO ECONÔMICO E MODELO DE REMUNERAÇÃO
HOSPITALAR POR DIAGNOSIS RELATED GROUPS (DRG) – CASUÍSTICAS
CIRÚRGICA E CLÍNICA**

PORTO ALEGRE

2022

MAURO ROBERTO CANTO

**AVALIAÇÃO DE DESEMPENHO ECONÔMICO E MODELO DE REMUNERAÇÃO
HOSPITALAR POR DIAGNOSIS RELATED GROUPS (DRG) – CASUÍSTICAS
CIRÚRGICA E CLÍNICA**

Dissertação apresentada como requisito para a obtenção do título de Mestre à Universidade do Vale do Rio dos Sinos pelo Programa de Pós-Graduação em Gestão e Negócios, Nível Mestrado Profissional.

Orientador: Prof. Dr. Gabriel Sperandio Milan

PORTO ALEGRE

2022

C232a Canto, Mauro Roberto.
Avaliação de desempenho econômico e modelo de remuneração hospitalar por diagnosis related groups (DRG) – casuísticas cirúrgica e clínica / por Mauro Roberto Canto. – 2022.
191 f. : il. ; 30 cm.

Dissertação (mestrado) — Universidade do Vale do Rio dos Sinos, Programa de Pós-Graduação em Gestão e Negócios, Porto Alegre, RS, 2022.
“Orientador: Dr. Gabriel Sperandio Milan”.

1. Diagnosis related groups (DRG). 2. Performance hospitalar. 3. Gestão hospitalar. 4. Modelo de remuneração hospitalar. 5. Pacientes. I. Título.

CDU: 64.024.8

**AVALIAÇÃO DE DESEMPENHO ECONÔMICO E MODELO DE
REMUNERAÇÃO HOSPITALAR POR DIAGNOSIS RELATED GROUPS (DRG)
– CASUÍSTICAS CIRÚRGICA E CLÍNICA**

Dissertação apresentada como requisito para a obtenção do título de Mestre à Universidade do Vale do Rio dos Sinos pelo Programa de Pós-Graduação em Gestão e Negócios, Nível Mestrado Profissional.

Aprovado em 28 de outubro de 2022.

BANCA EXAMINADORA

Orientador: Prof. Dr. Gabriel Sperandio Milan — UNISINOS

Prof.Dr.José Carlos S.Freitas Jr. — UNISINOS

Prof. Dr.Luiz Felipe Gonçalves — UFRGS / Hospital de Clínicas

Dra.Juçara Gasparetto Maccari — UFCSPA / Hospital Moinhos de Vento

Prof. MSC.Marcelo Tadeu Carniero — FCMMG/ CUSCSP / Planisa

Dedicado

À minha esposa Andréia, pelo amor,
confiança e apoio incondicional.

Aos meus filhos Raphael e Guilherme,
meus maiores orgulhos e inspiração.

AGRADECIMENTOS

A Deus, princípio, meio e fim.

À minha querida sogra Sirlei, pelo exemplo de vida e família Teixeira que me acolheram e tornaram-se minha segunda família.

Ao meu amado Pai Délcio (*in memorian*), representando pessoas queridas da minha família que me inspiram e meus familiares em outro plano, e das quais tenho saudades.

À minha mãe Cida (*in memorian*).

Às minhas queridas e amadas irmãs Nara e Rita e meus sobrinhos.

A minha querida nora Sara.

Aos Professores Drs. Gabriel Sperandio Milan e Oscar Rudy Kronmeyer Filho, pela orientação tranquila e qualificada, que foram fundamentais para a concretização deste trabalho.

Ao Professor Dr. Renato Couto, Ana Claudia Abreu e toda equipe do Grupo IAG Saúde, por toda atenção a mim dispensada e a disponibilização da base de dados para a elaboração de minha pesquisa..

Ao Professores, Dr. José Carlos S. Freitas Jr, Dr. Luiz Felipe Gonçalves, Dra. Juçara Gasparetto Maccari e MSC. Marcelo Tadeu Carniero, pelo incentivo e excelente contribuição na banca de qualificação.

À Universidade do Vale do Rio dos Sinos , em especial ao MPGN por ter permitido minha formação acadêmica.

Aos meus colegas, professores e um agradecimento especial ao Coordenador do Mestrado Prof. Dr. Marcelo Fonseca , pelo incentivo e com quem tive o privilégio de conviver e aprender ao longo dos últimos dois anos.

“A distância entre o sonho e a conquista, se chama atitude”.

Patricia Pessoa Pousa

“Ou você diminui os seus sonhos, ou aumenta as suas habilidades.A escolha é sua”.

Jim Rohn

“Eu persegui os dois... o sonho e a qualificação de minhas habilidades...”.

Mauro Canto

RESUMO

Todos nós brasileiros queremos um sistema de saúde que entregue valor em saúde e que seja sustentável. Para transformar o modelo assistencial e remuneratório torna-se necessário somar competências dentro de um Ecossistema, capaz de transformar para entregar valor. O uso da metodologia DRG, seria um avanço na avaliação de desempenho assim como a possibilidade de comparação adequada com outras instituições hospitalares e principalmente como uma alternativa de pagamento de serviços hospitalares a ser utilizado pelo setor de saúde complementar no Brasil e no mundo. O sistema de classificação Diagnosis Related Groups (DRG's) tem sido utilizado em diferentes países com diversos sistemas de saúde (BUSSE et al. 2011), com fins que variam desde controle da produção hospitalar até a pesquisa sobre qualidade da assistência (Braga Neto et al, 1990). No entanto, o uso mais comum do DRG é no método de pagamento de hospitais conhecido como Sistema Prospectivo de Pagamento que refere-se ao método em que o montante de pagamento pelos serviços é estabelecido anteriormente à prestação destes e o hospital, (ou outro prestador de serviços) assim fica parcialmente com risco de perdas ou possibilidade de superávit, devido às diferenças entre o valor pré-fixado e os custos incorridos (NORONHA et al, 1991). Nesse método, o valor já é pré-estabelecido segundo o grupo de diagnóstico (DRG) em que o paciente é classificado. O valor pago é baseado no gasto médio do atendimento do grupo de diagnóstico em que o paciente está e não no que foi gasto especificamente com cada paciente. Foi proposta a utilização da metodologia DRG para avaliar o desempenho econômico das casuísticas cirúrgicas e clínicas de unidades hospitalares de médio e grande porte. A fundamentação teórica enfatizou cinco temas: Histórico e evolução da classificação DRG, a classificação AP-DRG, a avaliação do desempenho e gestão hospitalar por DRG, a gestão de custos hospitalares e modelos de remuneração hospitalar. O método utilizado consistirá em uma pesquisa tipo estudo de caso único com abordagem exploratória e descritiva de dados, de natureza quali-quantitativa. O campo do estudo serão Hospitais que utilizam a Plataforma DRG Brasil (HPDRGB). Os dados serão coletados a partir das informações contidas nos documentos de alta hospitalar de cada paciente submetido a procedimento cirúrgico ou internação clínica, no período de um ano (Abril de 2019 a Março de 2020), e serão processados e extraídos do software da Plataforma DRG Brasil versão 14, instrumento inicial da análise, que sinalizará os DRGs cirúrgicos e clínicos de maior incidência nos hospitais pesquisados. Os objetivos serão: propor, validar e apresentar um framework que oriente a implantação do método DRG para avaliar o desempenho econômico e modelo de remuneração para as casuísticas clínica e cirúrgica de Hospitais da Plataforma DRG Brasil (HPDRGB); comparar o desempenho econômico e o modelo de remuneração das casuísticas clínica e cirúrgica mais frequentes entre as unidades pesquisadas utilizando o método DRG e Identificar os impactos a partir da implantação do método DRG na gestão dos serviços hospitalares de HPDRGB.

Palavras-chave: DRG. Diagnosis Related Groups. Performance hospitalar. Modelo de Remuneração hospitalar.

ABSTRACT

All Brazilians want a health system that delivers value in health and that is sustainable. To transform the care and remuneration model it is necessary to add competencies within an Ecosystem, capable of transforming to deliver value. The use of the DRG methodology would be an advance in performance evaluation as well as the possibility of proper comparison with other hospital institutions and mainly as an alternative of hospital services payment to be used by the supplementary health sector in Brazil and in the world. The Diagnosis Related Groups (DRG's) classification system has been used in different countries with diverse health systems (Busse et al. 2011), with purposes ranging from hospital production control to research on quality of care (Braga Neto et al, 1990). However, the most common use of DRG is in the method of payment for hospitals known as Prospective Payment System which refers to the method of payment in which the amount of payment for services is established prior to their provision and the hospital, (or other service provider) is thus partially at risk of loss or possibility of surplus, due to differences between the pre-fixed amount and the costs incurred (NORONHA et al, 1991). In this method, the value is already pre-established according to the diagnostic group (DRG) in which the patient is classified. The amount paid is based on the average cost of care for the diagnosis group in which the patient is classified, not on what was spent specifically on each patient. The DRG methodology was proposed to be used to evaluate the economic performance of surgical and clinical cases in large hospitals. The theoretical foundation emphasized five themes: DRG classification history and evolution, AP-DRG classification, performance evaluation and hospital management by DRG, hospital cost management and hospital remuneration models. The method used will consist of a single case study type research with exploratory and descriptive data approach, of quali-quantitative nature. The field of study will be Hospitals that use the DRG Brazil Platform (HPDRGB). The data will be collected from the information contained in the hospital discharge documents of each patient who underwent a surgical procedure or clinical admission, in the period of one year (April 2019 to March 2020), will be processed and extracted from the DRG Brasil Platform software version 14, initial analysis instrument, which will indicate the hospital and clinical DRGs with the highest incidence in the researched hospitals. The objectives will be: to propose, validate and present a framework that guides the implementation of the DRG method to evaluate the economic performance and remuneration model for the clinical and surgical casuistics of Hospitals of the DRG Brasil Platform (HPDRGB); to compare the economic performance and the remuneration model of the most frequent clinical and medical casuistics among the researched units using the DRG method and to identify the impacts from the implementation of the DRG method in the management of hospital services of HPDRGB.

Keywords: DRG. Diagnosis Related Groups. Hospital Performance. Hospital Remuneration Model.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Diferentes tipos de DRGs em vários países.....	22
Figura 2 - Evolução dos DRGs: classificação AP-DRG.....	30
Figura 3 - AP DRG.....	31
Figura 4 - Fluxo do Atendimento Hospitalar.....	42
Figura 5 - Diferentes tipos de DRGs em vários países.....	54
Figura 6 - Fluxograma de construção do Processo do DRG.....	57
Figura 7 - Metodologia das etapas da Pesquisa.....	64
Figura 8 - Etapa da Circunspeção.....	65
Figura 9 - Redução de Categorias para Gerenciamento com DRG.....	73
Figura 10 – Alterações apresentadas no artefato versão 2.....	103

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Modelos de Remuneração Hospitalar.....	48
Quadro 2 - Fluxo de informações necessárias ao cálculo do preço de venda de um procedimento Hospitalar.....	50
Quadro 3 - Custo do Procedimento a partir Modelo de Protocolo de tratamento homologado na instituição (Pacote).....	51
Quadro 4 - Cálculo da incidência de internações hospitalares.....	53
Quadro 5 - Cálculo do Preço de Venda por usuário – Capitation.....	53
Quadro 6 - O Impacto do DRG Internacionalmente.....	55
Quadro 7 - Países com o Modelo de Pagamento por DRG.....	56
Quadro 8 - Referências bibliográficas, principais autores e contribuições.....	59
Quadro 9 - Tipo de artefatos.....	61
Quadro 10 - Esquema do estudo na fase de coleta de dados e análise.....	66
Quadro 11 – Perfil dos especialistas.....	98

LISTA DE TABELAS

Tabela 1- Classificação AP-DRG em um HGGP.....	33
Tabela 2 - Características Sociodemográficas.....	69
Tabela 3 - Ocorrência de DRGs por Categoria Diagnóstica Maior, Número de Altas e Média de Permanência.....	70
Tabela 4 - Os 20 DRGs mais frequentes e seu código. Ocorrência por número de altas hospitalares (pacientes).....	74
Tabela 5 - Comparação por média de permanência hospitalar dos 20 DRGs mais frequentes dos HPDRGB, com as casuísticas dos Sistema de Saúde Brasileiro.....	76
Tabela 6 - Avaliação do Desempenho Econômico Consolidado dos 20 DRGs mais frequentes nos HGMGP.....	78
Tabela 7 - Avaliação do Desempenho Econômico Consolidado dos 40 DRGs mais frequentes nos HGMGP.....	79
Tabela 8 - Avaliação do Desempenho Econômico Consolidado dos 80 DRGs mais frequentes nos HGMGP.....	80
Tabela 9 - Avaliação do Desempenho Econômico Individual dos 20 DRGs mais frequentes nos HGMGP (670 – Cirurgias Transuretral Sem CC/MCC)....	81
Tabela 10 - Avaliação do Desempenho Econômico Individual dos 20 DRGs mais frequentes nos HGMGP (766 – Cesareana Sem CC/MCC).....	81
Tabela 11 - Avaliação do Desempenho Econômico Individual dos 20 DRGs mais frequentes nos HGMGP (419 – Colecistectomia Laparoscópica Sem Exploração do Ducto Comum Sem CC/MCC).....	82
Tabela 12 - Avaliação do Desempenho Econômico Individual dos 20 DRGs mais frequentes nos HGMGP (743 – Cirurgia Uterina e dos Anexos para Doenças Não Neoplásicas Sem CC/MCC).....	82
Tabela 13 - Avaliação do Desempenho Econômico Individual dos 20 DRGs mais frequentes nos HGMGP (134 – Outras Cirurgias do Ouvido, Nariz, Boca e Garganta Sem CC/MCC).....	83
Tabela 14 - Avaliação do Desempenho Econômico Individual dos 20 DRGs mais frequentes nos HGMGP (489 – Cirurgia do Joelho Sem Diagnóstico Principal de Infecção Sem CC/MCC).....	83
Tabela 15 - Avaliação do Desempenho Econômico Individual dos 20 DRGs mais frequentes nos HGMGP (581 – Cirurgia de Pele, Tecido Subcutâneo e Mama Sem CC/MCC).....	84
Tabela 16 - Avaliação do Desempenho Econômico Individual dos 20 DRGs mais frequentes nos HGMGP (621 – Cirurgias para Obesidade Sem CC/MCC).....	84
Tabela 17 - Avaliação do Desempenho Econômico Individual dos 20 DRGs mais frequentes nos HGMGP (512 – Cirurgias do Ombro, Cotovelo ou Antebraço Exceto Articulação Maior Sem CC/MCC).....	85

Tabela 18 - Avaliação do Desempenho Econômico Individual dos 20 DRGs mais frequentes nos HGMGP (470 – Prótese do Quadril ou do Joelho ou Recolocação de Membros Inferiores Sem CC/MCC).....	85
Tabela 19 - Avaliação do Desempenho Econômico Individual dos 20 DRGs mais frequentes nos HGMGP (352 – Cirurgias de Hérnia Inguinal e Femoral Sem CC/MCC).....	86
Tabela 20 - Avaliação do Desempenho Econômico Individual dos 20 DRGs mais frequentes nos HGMGP (343 – Apendicectomia Sem Diagnóstico Principal Complexo Sem CC/MCC).....	86
Tabela 21 - Avaliação do Desempenho Econômico Individual dos 20 DRGs mais frequentes nos HGMGP (392 – Esofagite, Gastroenterite e Outras Doenças Digestivas Sem CC/MCC).....	87
Tabela 22 - Avaliação do Desempenho Econômico Individual dos 20 DRGs mais frequentes nos HGMGP (263 – Ligadura e Remoção de Veia).....	87
Tabela 23 - Avaliação do Desempenho Econômico Individual dos 20 DRGs mais frequentes nos HGMGP (765 – Cesariana Com CC/MCC).....	88
Tabela 24 - Avaliação do Desempenho Econômico Individual dos 20 DRGs mais frequentes nos HGMGP (585 – Biópsia de Mama, Excisão Local e Outras Cirurgias de Mama Sem CC/MCC).....	88
Tabela 25 - Avaliação do Desempenho Econômico Individual dos 20 DRGs mais frequentes nos HGMGP (247 – Cirurgia Cardiovascular Percutânea com Stent Farmacológico Sem CC/MCC).....	89
Tabela 26 - Avaliação do Desempenho Econômico Individual dos 20 DRGs mais frequentes nos HGMGP (690 – Infecções do Rim e Trato Urinário Sem CC/MCC).....	89
Tabela 27 - Avaliação do Desempenho Econômico Individual dos 20 DRGs mais frequentes nos HGMGP (520 – Procedimentos do Dorso e Pescoço, Exceto Fusão Espinhal Sem CC/MCC).....	90
Tabela 28 - Avaliação do Desempenho Econômico Individual dos 20 DRGs mais frequentes nos HGMGP (775 – Parto Vaginal Sem Diagnósticos Complicadores).....	90
Tabela 29 - Análise Comparativa de Custos dos 20 DRGs mais frequentes nos HGMGP.....	91
Tabela 30 - Nº de Ocorrências, Custo Médio e Sugestão de Preço de Venda dos 80 DRGs mais frequentes na Amostra dos HPDRGB.....	95

LISTA DE SIGLAS

AIDS	Acquired Immunodeficiency Syndrome
AMB -92	Tabela da Associação Médica Brasileira – Versão 1992
ANS	Agência Nacional de Saúde Suplementar
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
AP-DRG	All Patient Diagnosis Related Groups
APR-DRG All	Patient Refined Diagnosis Related Groups
CBHPM	Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos
CC	Comorbidades e/ou Complicações
CDM	Categoria Diagnóstica Maior
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CFM	Conselho Federal de Medicina
CID 9	Classificação Internacional de Doenças - 9ª Edição
CID-9-MC	Classificação Internacional de Doenças - 9ª Edição – Modificação clínica
CID 10	Classificação Internacional de Doenças - 10ª Edição
CMBD	Conjunto Mínimo Básico de Dados
CUSCSP	Centro Universitário São Camilo
DRG	Diagnosis Related Groups
EC	European Commission
ECT	Eletroconvulsoterapi
EUA	Estados Unidos da América
Euro-DRG	Projeto da EC de desenvolvimento do DRG na Europa
FCMMG	Faculdade de Ciências Médicas de Minas Gerais
FSSA	Federal Social Security Administration
GCD	Grandes Categorias Diagnósticas
GDH	Grupo de Diagnósticos Homogêneos
HCFA	Health Care Financing Administration
HCFA-DRG	DRG financiado pela HCFA
HGGP	Hospital Geral de Grande Porte
HGMP	Hospital Geral de Médio Porte
HGMGP	Hospital Geral de Médio e Grande Porte

HPDRGB	Hospitais da Plataforma DRG Brasil
IR-DRG	International Refined DRG
IAM	Infarto Agudo do Miocárdio
IC	Insuficiência Cardíaca
JCI	Joint Comission International
MBDS	Minimum Basic Data Set
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONA	Organização Nacional de Acreditação
PCP	Procedimentos Cardiovasculares Percutâneos
PPS	Sistema de Pagamento Prospectivo
SEGER	Serviço de Epidemiologia e Gestão de Risco
SME	Sistema Musculoesquelético
TI	Tecnologia da Informação
TMP	Tempo Médio de Permanência Hospitalar
UE	União Europeia
UFCSPA	Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto alegre
UFMG	Universidade Federal de Minas Gerais
UFRGS	Universidade Federal do Rio Grande do Sul
UNISINOS	Universidade do Vale do Rio dos Sinos

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	18
1.1 JUSTIFICATIVA.....	20
1.1.1 Características do DRG – vantagens e possibilidades.....	21
1.1.2 O modelo de compra de serviços hospitalares pelo Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil.....	23
1.1.3 O DRG e suas diferenças em relação ao modelo do Sistema Único de Saúde (SUS).....	24
1.1.4 Benefícios do DRG – Como Redução de Custos e possibilidade Modelo de Pagamento dos Serviços Hospitalares.....	24
1.2 PROBLEMA DE PESQUISA.....	25
1.3 OBJETIVOS.....	25
1.3.1 Objetivo Geral.....	25
1.3.2 Objetivos Específicos.....	25
2 REFERENCIAL TEÓRICO.....	27
2.1 HISTÓRICO E EVOLUÇÃO DA CLASSIFICAÇÃO DRG.....	27
2.2 A CLASSIFICAÇÃO AP-DRG: CARACTERÍSTICAS.....	30
2.3 CARACTERÍSTICAS DO DESEMPENHO E GESTÃO HOSPITALAR POR DRG.....	34
2.4 A GESTÃO DE CUSTOS HOSPITALARES.....	40
2.4.1 A Importância dos Sistemas de Custos de Instituições Hospitalares.....	43
2.4.2 Aspectos Contábeis e Tributários.....	44
2.4.3 Gestão de Custos Operacionais.....	45
2.4.4 Fundamentos do Custeio por Absorção.....	45
2.4.5 Formulação de Preços.....	47
2.5 MODELOS DE REMUNERAÇÃO HOSPITALAR.....	48
2.5.1 Remuneração por Serviços Prestados - Fee-for-service.....	48
2.5.2 Remuneração por Procedimentos Hospitalares – Pacotes (Bundled Payment).....	49
2.5.3 Remuneração sob a forma de Diárias Globais e Semi-Globais.....	51
2.5.4 Remuneração sob a forma de Orçamentação (Global ou Parcial).....	51

2.5.5 Remuneração sob a forma de Capitation.....	52
2.5.6 Remuneração sob a forma de Compartilhamento de Riscos – Shared Saving / Shared Risk.....	54
2.5.7 Remuneração por DRG.....	54
2.5.8 O Processo de construção do DRG.....	57
3 METODOLOGIA.....	60
3.1 DELINEAMENTO DA PESQUISA.....	61
3.2 CAMPO DE ESTUDO.....	62
3.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA.....	62
3.4 COLETA DE DADOS.....	62
3.4.1 Painel de Especialistas.....	63
3.5 ANÁLISE DE DADOS.....	65
4 RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	67
4.1 ANÁLISE POR CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS.....	69
4.2 ANÁLISE POR CATEGORIA DIAGNÓSTICA MAIOR.....	70
4.3 ANÁLISES DOS DRGS MAIS FREQUENTES NOS HGMGP.....	73
4.4 ANÁLISE COMPARATIVA DA AMOSTRA ESTUDADA COM OUTRAS INSTITUIÇÕES HOSPITALARES.....	75
4.5 ANÁLISE ECONÔMICA COMPARATIVA DA AMOSTRA ESTUDADA.....	78
4.6 RESULTADO DO PAINEL DE ESPECIALISTAS E ARTEFATO 2.....	97
4.6.1 Painel de Especialistas.....	97
4.6.1.1 <i>Especialista A</i>	98
4.6.1.2 <i>Especialista B</i>	99
4.6.1.3 <i>Especialista C</i>	100
4.6.1.4 <i>Especialista D</i>	101
4.6.2 Artefato 2.....	103
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	105
5.1 CONCLUSÕES.....	105
5.2 SUGESTÕES PARA ESTUDOS FUTUROS, RECOMENDAÇÕES PARA A ORGANIZAÇÃO E LIMITAÇÕES DO ESTUDO.....	107
REFERÊNCIAS.....	110
APÊNDICE A – Contrato de Cessão de Dados.....	115
APÊNDICE B – Parecer Consubstanciado do CEP Unisinos.....	120

APÊNDICE C – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO..	124
APÊNDICE D – QUESTIONÁRIO / ENTREVISTA PARA PAINEL EXPERTS	126
APÊNDICE E – Grandes Categorias Diagnósticas da Amostra dos HPDRGB.	128
APÊNDICE F – Nº de Ocorrências Por Grandes Categorias Diagnósticas da Amostra dos HPDRGB.....	129
APÊNDICE G – Casuística Completa das Internações Por DRG (Clínicas e Cirúrgicas).....	130
APÊNDICE H – Desempenho Econômico Por DRG.....	163
APÊNDICE I – Desempenho Econômico Por Especialidade Médica.....	184
APÊNDICE J – Permanência Prevista Por Especialidade Médica.....	187
APÊNDICE K – Cases com o uso da Metodologia DRG.....	189

1 INTRODUÇÃO

Os gastos em saúde mundiais são vultosos e no Brasil consomem ao menos 15% da arrecadação municipal e 12% da estadual. Segundo estimativas elaboradas pela Associação Nacional dos Hospitais Privados (Anahp) com base em dados da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE), da Secretaria do Tesouro Nacional (STN) e da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) as despesas com saúde movimentaram recursos equivalentes a 9,47% do seu Produto Interno Bruto (PIB) do Brasil ou equivalente R\$ 822,16 bilhões (em valores correntes em saúde, dos quais 52,87% vêm de recursos privados e 47,13%, de recursos públicos).

Portanto, por mais que o País forneça um sistema universal de saúde para seus cidadãos, a maior parte do dinheiro ainda é proveniente de gastos privados. Gerir esses investimentos de maneira satisfatória torna-se grande desafio. O Diagnosis Related Group (DRG) é um tipo de classificação de pacientes hospitalares que leva em consideração o consumo de recursos, reunindo os pacientes clinicamente homogêneos em um mesmo grupo (MATHAUER e WITTENBECHER, 2013).

Uma das características mais importantes dos DRGs é a de permitir a comparação do desempenho hospitalar (BENTES; MATEUS; GONÇALVES, 1996; CASAS; TOMAS, 1993; McMAHON, 1987). Essa característica, associada à relativa facilidade de acesso e à disponibilidade dos dados necessários para classificação em sumários de alta hospitalar, permite sua utilização em gestão e avaliação dos serviços hospitalares.

O grau de detalhamento definido pelos DRGs permite, partindo de uma perspectiva clínica, localizar os processos de atendimento de um hospital em que haja possibilidades de melhoria, comparando-os com os resultados observados em outros hospitais para o mesmo grupo de pacientes. Possibilita, ainda, destacar quais as áreas de excelência de atendimento da instituição hospitalar. Numa perspectiva clínica, essa capacidade dos DRGs constitui o ponto de partida de uma verdadeira gestão orientada para os processos de atendimento do paciente, uma vez que é capaz de atribuir a esses processos um conjunto de indicadores chave para a qualidade e eficiência do atendimento (CASAS; TOMAS, 1993).

Anteriormente, pela dificuldade em definir o produto hospitalar e pela complexidade característica do atendimento ao paciente, era bastante complexo fazer

tal comparação de performance e resultados. Esse sistema de classificação foi desenvolvido no final dos anos 60, por uma equipe interdisciplinar de pesquisadores da Universidade de Yale, nos EUA, coordenada pelo Prof. Robert Fetter. A partir de 1983 passou a ser utilizado para o reembolso a hospitais que prestavam assistência a pacientes, principalmente os idosos beneficiários do Medicare (NORONHA, 1991).

Inicialmente com o intuito de melhora na qualidade assistencial do sistema de saúde, essa equipe teve como objetivos realizar pesquisas nas áreas de gerência, planejamento e revisão de utilização hospitalar e foi motivada principalmente pela demanda gerada com a criação, em 1965, do programa *Medicare* (Programa norte-americano para assistência a indivíduos com doença debilitante ou maiores de 65 anos) e *MediCaid* (Programa social norte-americano para indivíduos de baixa renda). O governo norte-americano, como fonte pagadora, passou a ter interesse em uma metodologia que fosse capaz de oferecer informações para o controle de preços dos serviços hospitalares e adotou o método desenvolvido por Fetter e seus colaboradores (FETTER et al., 1980). Este determinava que cada hospital pertencente ao programa deveria ter um comitê de revisão de utilização, assim como um programa para essa revisão (MULLIN, 1986). O sistema de classificação busca correlacionar os tipos de pacientes atendidos pelo hospital, com os recursos consumidos durante o período de internação, criando grupos de pacientes coerentes, do ponto de vista clínico e similares ou homogêneos quanto ao consumo dos recursos hospitalares, denominados DRGs (AVERIL, 1985).

Para tal, foi desenvolvida uma metodologia que utiliza técnicas estatísticas e computacionais, juntamente com conhecimentos de medicina e dos processos de atendimento hospitalar. De acordo com Dalmati (2012), para a construção da classificação de pacientes em DRG'S considera-se: o diagnóstico principal do paciente, a gravidade de sua internação (se clínica ou cirúrgica) e, no caso de internação cirúrgica, o porte da cirurgia também é levado em conta para a classificação. Também são incorporados para a classificação do DRG os códigos do CID (Classificação Internacional de Doença, os CTP (Códigos de procedimento terapêuticos), gênero e idade. O CID é composto por 39.462 códigos e o CTP por 9.266 códigos (PWC, 2014). Em alguns países, o DRG é utilizado para definir o reembolso financeiro aos hospitais.

A versão inicial, a partir da qual se desenvolveram as demais classificações DRG (HCFA-DRG), foi desenvolvida em 1983 pelo grupo de Yale e patrocinada pela

Health Care Financing Administration (HCFA), agência do governo americano, com o objetivo de desenvolver uma classificação que diferenciase a quantidade de recursos necessária ao atendimento e cuidado ao paciente, mas que também apresentasse coerência clínica em relação à classificação dos pacientes (RODRIGUES, 1993).

Essa classificação, também denominada de sistema de pagamento prospectivo (PPS), foi considerada por Mayes (2007) como a mais importante inovação, no pós-guerra, em financiamento do sistema de saúde.

1.1 JUSTIFICATIVA

A nova era espera que os hospitais deste século evoluam para uma atenção à saúde mais consciente dos seus custos, já que os pagadores cada vez mais vão buscar maior valor para o seu dinheiro. Estas novas demandas vão exigir dos hospitais não somente praticar uma medicina custo-efetiva, mas demonstrar o valor dos cuidados oferecidos aos pacientes. Para conseguir estas metas os provedores terão que reportar, precisamente, informações sobre o custo e o resultado correlacionado com a severidade da doença dos pacientes, para justificar o custo do tratamento (NOVAES 2002).

Nesse cenário, um sistema de classificação, que leve em conta estes fatores tão específicos, se impõe como etapa inicial para o entendimento do produto hospitalar. Várias razões dificultam a mensuração do produto hospitalar. A instituição hospitalar se caracteriza por prestar a cada paciente, uma combinação complexa e específica de bens e serviços, em função da sua doença. Para cada atendimento hospitalar existe uma combinação específica, ou seja, pode-se dizer que a instituição hospitalar produz tantos produtos diferentes quanto o número de pacientes que atende, o que dificulta enormemente sua avaliação e classificação (VERAS et al, 1990).

Em vista disso, torna-se fundamental a utilização da metodologia DRG para a mensuração e avaliação dos custos, do desempenho econômico hospitalar, da possibilidade de comparação adequada com outras instituições hospitalares e como modelo de remuneração baseado em DRG's , que prevê a remuneração dos hospitais por episódio de tratamento, com valores pré-estabelecidos, de acordo com a classificação do paciente em grupos de diagnóstico.

1.1.1 Características do DRG – vantagens e possibilidades

Para desenvolver a classificação DRG, parte-se do princípio de que grupos de pacientes possuem certas características em comum entre si, que determinam um perfil semelhante de consumo de recursos hospitalares. A base dessa classificação consiste em identificar pacientes com características clínicas e perfil de utilização de recursos semelhantes. Apesar de cada paciente ser único, os pacientes de uma instituição hospitalar apresentam características pessoais, sociais, nosológicas¹ e de utilização de recursos hospitalares semelhantes, o que permite, em princípio, seu agrupamento.

Os DRGs caracterizam-se por representarem um sistema de classificação que visa instrumentalizar a gestão hospitalar, possibilitando a mensuração e avaliação de desempenho das instituições hospitalares. A classificação DRG permite o agrupamento de pacientes com perfis clínicos e de consumo de recursos semelhantes. Permitir a adequada comparação do desempenho hospitalar é uma das características importantes dos DRGs (CASAS; TOMAS, 1993; McMAHON, 1987). Desta forma, têm sido aplicados no planejamento e gestão do sistema hospitalar, bem como em alguns países para definir o reembolso financeiro aos hospitais.

A classificação de doenças utilizada no Brasil, permite a criação de cerca de 12 mil categorias diferentes (CID 10), das patologias e procedimentos dos pacientes, o que por si só é um desafio enorme para a gestão hospitalar. Com a utilização do DRG, pode-se reduzir esse número para pouco mais de 989 tipos diferentes possíveis, e, ainda, diminuir para menos de 100 DRGs em uma única instituição. Essa característica, associada à significância clínica dos grupos, permite identificar e promover uma gestão realmente voltada aos processos de atendimento do paciente na instituição hospitalar.

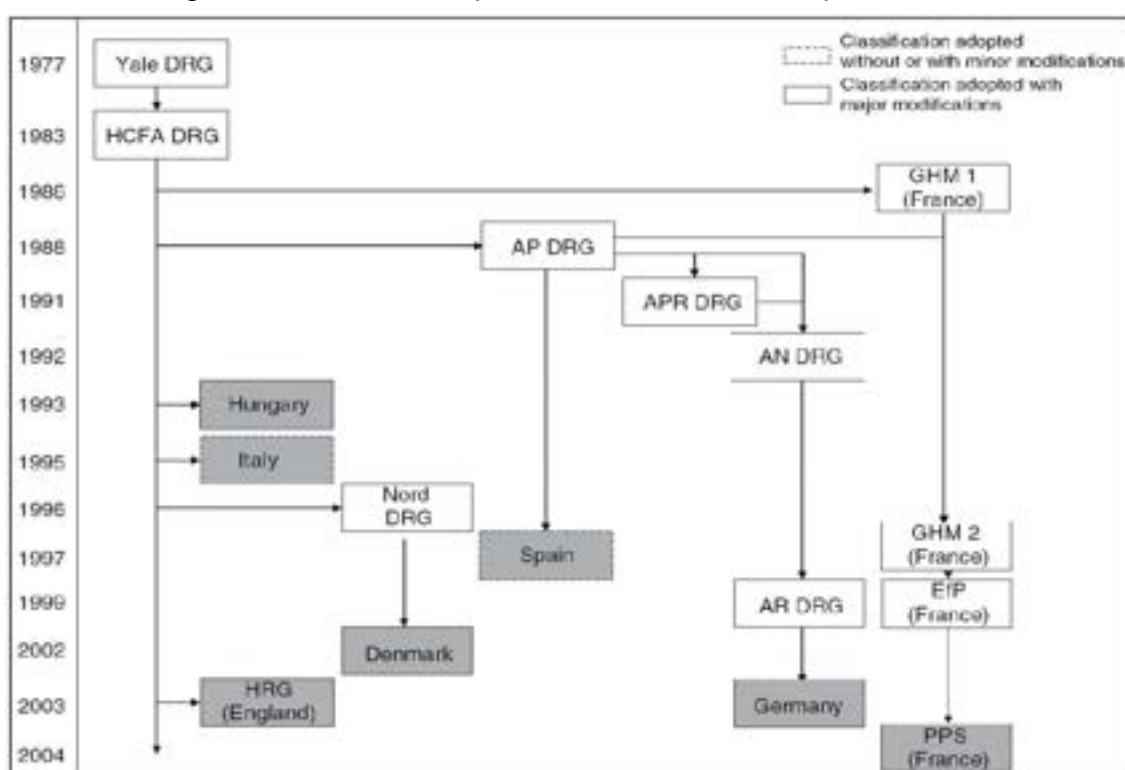
Desde o final dos anos 80, a classificação DRG tem sido utilizada em diversos países, tendo sofrido, durante esse período, inúmeros testes, modificações e adaptações. A partir de 1983, ela tem sido utilizada como unidade de referência para o pagamento aos hospitais americanos que atendem aos pacientes do seguro de saúde *Medicare* (FETTER, 1989; MULLIN, 1986). O DRG se consolidou igualmente

¹ Segundo o Ministério da Saúde, características nosológicas, são aquelas que descrevem, diferenciam e classificam as doenças.

como o sistema de classificação mais utilizado na União Europeia (CASAS; TOMAS, 1993; RODRIGUES, 1993).

Dessa ampla utilização, adaptações, atualizações e novas versões da classificação vêm sendo disponibilizadas, a elas se incorporando novas necessidades, novas tecnologias, melhora dos sistemas de informação hospitalar e customizações referentes às características regionais. Os principais exemplos, de maior utilização, são o DRG do *Medicare* (HCFA-DRG), o *All Patient DRG* (AP-DRG) e o *International Refined DRG* (IR-DRG), conforme Figura 1.

Figura 1 - Diferentes tipos de DRGs em vários países



Fonte: Schereyögg et al (2006).

Os DRGs têm sido utilizados há várias décadas em vários países da União Europeia (UE), Estados Unidos da América (EUA), Austrália e países da Ásia. No Brasil, a classificação não é ainda adotada pelo sistema de saúde. Existem movimentos nos setores público e privado, para adoção da classificação DRG adaptada ao sistema de saúde local, o que permitiria melhor planejamento e gestão dos serviços hospitalares, comparação com instituições nacionais e internacionais e o desenvolvimento de um novo modelo de remuneração dos serviços hospitalares.

1.1.2 O modelo de compra de serviços hospitalares pelo Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil

No Brasil, os hospitais públicos e os privados contratados pelo Sistema Único de Saúde (SUS), nas três esferas de governo, vêm realizando o reembolso financeiro dos serviços de atenção hospitalar, utilizando como unidade de pagamento os procedimentos que compõem a classificação de procedimentos hospitalares, elaborada no começo da década de 80. A classificação parte de uma lista de procedimentos médicos que são classificados em cirúrgicos e clínicos e organizados em subgrupos baseados, especialmente, em sistemas orgânicos (digestivo, respiratório, cardiovascular, etc.).

Essa classificação não sofreu revisão estrutural desde a sua concepção e, embora com grande utilidade potencial, contém problemas que limitam a possibilidade de seu uso para a gerência e em relação às necessidades atuais dos sistemas de saúde, permite que pacientes com gravidades distintas e diagnósticos diversos sejam classificados no mesmo grupo. Desse modo, existe uma formação de grupos homogêneos quanto a procedimentos realizados, mas muito heterogêneos em termos de gravidade, comorbidades e consumo de recursos, o que dificulta comparação entre instituições, avaliação de desempenho assistencial e a utilização de sistemas de remuneração adequados (NORONHA; PORTELA; LEBRÃO, 2004). Tais aspectos predispõem à ocorrência de glosas, faturamento indevido, créditos incobráveis, discussões, queda da qualidade no atendimento e mesmo perda da viabilidade econômica do processo.

Portanto, a classificação brasileira, atualmente em uso no sistema público e privado, leva em consideração especialmente os procedimentos realizados, não considerando outras variáveis que diferenciem os pacientes quanto a sua gravidade e característica clínica e quanto ao perfil de consumo dos recursos, como por exemplo: idade, sexo, outras doenças associadas, gravidade do quadro clínico e complicações. Pacientes com gravidades distintas e diagnósticos diversos são classificados atualmente no mesmo grupo. A lista de procedimentos utilizada também não contempla todas as possibilidades e inovações, como novos procedimentos e tratamentos (REUSCH 2015).

1.1.3 O DRG e suas diferenças em relação ao modelo do Sistema Único de Saúde (SUS)

O DRG categoriza os pacientes admitidos em hospitais de agudos em produto hospitalar a partir da combinação das diversas faixas etárias, a patologia de base, as comorbidades por ventura existentes e os procedimentos assistenciais (cirurgias, uso de ventilação mecânica etc.). A definição das variáveis, seu ponto de corte e seus agrupamentos foram desenvolvidos a partir de tratamento estatístico em grandes bases de dados coletadas com este objetivo.

1.1.4 Benefícios do DRG – Como Redução de Custos e possibilidade Modelo de Pagamento dos Serviços Hospitalares

Em geral a utilização de DRG gera os seguintes benefícios (PWC, 2014):

- a) Contenção dos custos médicos e melhora na eficiência dos serviços hospitalares;
- b) Alteração do comportamento médico no sentido de incentivar a eficiência médica e a redução dos números de prescrições de medicamentos e de exames de diagnóstico;
- c) Não possui mudanças significativas nos resultados para a saúde do paciente;
- d) Aumento da transparência dos gastos hospitalares;
- e) Aumento da produtividade;
- f) Diminuição tratamentos excessivos;
- g) Possibilidade de ser customizado às características de cada país.

O DRG não é o modelo mais adequado, apenas, para a aplicação de remuneração de casos não cirúrgicos ou para pacientes ambulatoriais devido à dificuldade em relação à remuneração dos médicos. Por esse motivo, países utilizam um sistema de pagamento misto, incluindo os modelos de pagamentos fee-for-service e pay for performance para procedimentos não cirúrgicos e ambulatoriais (CHERCHIGLIA, 1994).

Segundo Averill et al (2003) a classificação dos pacientes, além de importante para o funcionamento do modelo de pagamento, é necessária para:

- a) Consolidar a base de dados das internações entre os hospitais possibilitando análises estatísticas;
- b) Acompanhar a evolução das taxas de mortalidade das internações;
- c) Executar e dar suporte aos projetos de melhorias;
- d) Identificar melhorias no hospital e no modelo de pagamento;
- e) Criar uma gestão interna mais eficaz.

1.2 PROBLEMA DE PESQUISA

O presente estudo buscará compreender a questão: É possível utilizar a metodologia de classificação de casos por DRG para avaliar o desempenho econômico das casuísticas cirúrgica e clínica e adotá-la como modelo de remuneração de seus serviços em um Hospital Geral de Médio ou Grande Porte² (HGMGP)? Se sim, como?

1.3 OBJETIVOS

Os objetivos do estudo foram desmembrados em objetivo geral e objetivos específicos, os quais serão detalhados na sequência.

1.3.1 Objetivo Geral

O objetivo geral da pesquisa é propor um *framework* (estrutura/modelo) que oriente a implantação do método DRG para avaliar o desempenho econômico e modelo de remuneração para as casuísticas clínica e cirúrgica de Hospitais da Plataforma DRG Brasil (HPDRGB).

1.3.2 Objetivos Específicos

Os objetivos específicos da pesquisa são:

² Médio Porte, definido como hospital que tem de 51 à 150 leitos; Grande Porte, definido como hospital que tem 151 à 500 leitos pelo Ministério da Saúde do Brasil

- a) Comparar o desempenho econômico e o modelo de remuneração das casuísticas clínica e cirúrgica entre as unidades pesquisadas utilizando o método DRG;
- b) Identificar os impactos a partir da implantação do método DRG na gestão dos serviços hospitalares de HPDRGB;
- c) Apresentar o *framework* proposto.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

No presente estudo, a fundamentação teórica enfatizou cinco temas: Histórico e evolução da classificação DRG, a classificação AP-DRG, a avaliação do desempenho e gestão hospitalar por DRG, a gestão de Custos Hospitalares e Modelos de Remuneração Hospitalar.

2.1 HISTÓRICO E EVOLUÇÃO DA CLASSIFICAÇÃO DRG

A classificação DRG foi inicialmente desenvolvida na Universidade de Yale, nos Estados Unidos, a partir do final da década de 60 e teve como objetivo inicial definir o produto hospitalar, assim como sua utilização em gerenciamento e avaliação da qualidade da atenção hospitalar (AVERILL, 1985; FETTER, 1989).

Uma das características identificadas foi a de que os serviços prestados ao paciente eram diferenciados em função de fatores como: sexo, idade, gravidade e outros (McMAHON, 1987). O grupo de Yale, inicialmente verificou várias outras classificações existentes e suas limitações e resolvendo, então, pela criação de um novo sistema de classificação.

O conceito de produto hospitalar, não tinha sofrido grandes mudanças desde que foi descrito por Codman, em 1914, como os serviços específicos oferecidos pelo hospital (enfermagem, médico, exames diagnósticos, procedimentos cirúrgicos), porém não determinava diferenças na intensidade desses serviços prestados aos pacientes. Fetter et al (1980), passaram a considerá-los como produtos intermediários, que são utilizados em conjunto para o atendimento das necessidades dos pacientes. O produto hospitalar passa então a ser considerado um conjunto de serviços específicos para as necessidades do paciente no seu tratamento. Este é um dos pilares que embasam a classificação DRG.

Um dos problemas advindos dessa constatação é o de que cada paciente é único e mensurar esse produto torna-se um desafio, pois cada paciente tratado no hospital é um produto diferente (FETTER; FREEMAN, 1986). Grupos de pacientes, porém possuem certas características em comum entre si, as quais determinam um perfil semelhante de consumo de recursos hospitalares. A base dessa classificação consiste em identificar pacientes com características clínicas e perfil de utilização de

recursos semelhantes.

Um dos motivos para identificar e classificar adequadamente o produto hospitalar é o fato de compreender que as variações de custos entre hospitais, e numa mesma instituição, são diretamente determinadas pelos mesmos. A característica final dos grupos formados pela classificação DRG, tem significância em relação ao consumo de recursos hospitalares e também coerência do ponto de vista clínico. Para garantir essa coerência clínica, inicialmente os pacientes são classificados em Grandes Categorias Diagnósticas (GCD), definidas pela Classificação Internacional de Doenças-9ª Edição-Modificação Clínica (CID-9-MC), em grupos que correspondem a sistemas orgânicos do corpo e especialidades médicas.

O próximo passo é a divisão, em grupos clínicos e cirúrgicos, de pacientes que realizaram ou não procedimentos cirúrgicos, sendo ambas casuísticas, objeto desse estudo. Estas duas categorias criadas são subdivididas hierarquicamente em subcategorias conforme o consumo de recursos. Esses grupos médicos e cirúrgicos são novamente subdivididos em outros grupos com comorbidades significativas (outras doenças), presença de malignidade (câncer), idade e, ainda, acrescentou-se a criação de novos DRGs específicos para outras patologias, como *Acquired Immunodeficiency Syndrome* (AIDS); outros grupos foram criados para novas tecnologias e tratamentos.

A partir da década de 70, a classificação DRG se desenvolveu e passou a ser utilizada em todo o mundo, inicialmente nos EUA, depois na Europa, incluindo também Austrália e Coréia do Sul (SHIN; YEOM, 1988). Com sua ampla utilização, foram criadas diferentes versões, adaptações e atualizações que vêm sendo disponibilizadas anualmente. A elas se incorporaram novas necessidades, novas tecnologias, melhora dos sistemas de informação hospitalar e customizações referentes a características regionais. Isto ocasionou, nas últimas décadas, uma grande evolução na metodologia e qualificação da classificação DRG. Dessa forma foram então criadas novas versões e atualizações dos DRGs, que formaram grupos cada vez mais refinados e homogêneos.

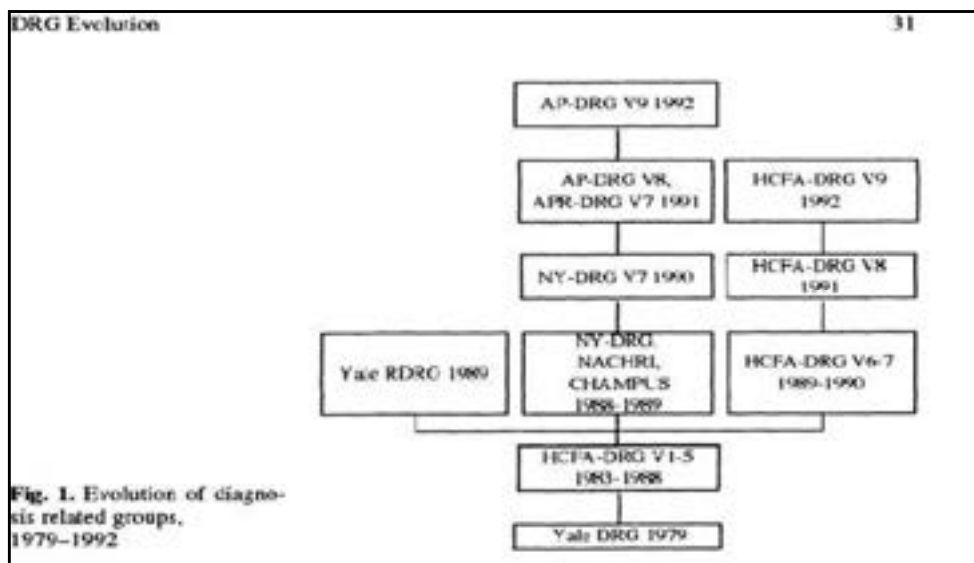
Uma das maiores dificuldades da gestão em instituições de saúde consiste na medição e determinação final do produto hospitalar. O tempo de permanência hospitalar (internação) também tem papel fundamental na gestão hospitalar, pois é o fator que melhor explica a variabilidade dos custos relacionados a cada DRG (CHORDÁ; SOLER, 2011).

No início, foram criados grupos com um grau considerável de homogeneidade no seu tempo de permanência hospitalar (FETTER et al, 1980). Outras variáveis independentes foram testadas e passaram a ser utilizadas na classificação, como: idade, sexo, diagnósticos secundários e a realização ou não de procedimento cirúrgico. As variáveis passaram a ser utilizadas na classificação porque diminuíam a variância do tempo de permanência de forma significativa em relação às demais variáveis (NORONHA et al, 1991).

Os primeiros grupos diagnósticos foram documentados em 1973, constituídos de 54 GCDs e 333 grupos finais (DRGs). A segunda versão era constituída de 83 GCDs e 383 DRGs e foi financiada por contrato com a *Federal Social Security Administration* (FSSA), EUA, já com intuito de fazer o pagamento das despesas hospitalares (CASAS; TOMAS, 1993). Essa versão, com o propósito de reembolso das despesas hospitalares, o PPS, sofreu inúmeras avaliações, críticas e apresentava muitos problemas de consistência. Alguns grupos evidenciavam heterogeneidade, outros agrupamentos representavam somente realidades locais, não tendo aplicações em outras populações (YOUNG; SWINKOLA; HUTTON, 1980).

Muitos dos problemas foram resolvidos na terceira versão, de 1978, mas problemas estruturais ainda persistiram. Durante esse período, a classificação passou por inúmeras adaptações e novas versões com correção das inconsistências apontadas. A quarta versão, em 1983, com 24 GCDs e 470 DRG's (FETTER; FREEMAN; MULLIN, 1985), foi financiada pela HCFA, do governo americano. Seu propósito era o de desenvolver uma classificação adequada em relação à determinação do consumo de recursos necessários para o cuidado do paciente e que também tivesse uma coerência clínica (CASAS; TOMAS, 1993). Uma lei foi aprovada no Congresso Americano em 1983, determinando o pagamento por DRG a todos pacientes do *Medicare*. Essa quarta versão passou a ser conhecida como 1ª revisão, vindo a sofrer várias revisões subseqüentes nos anos seguintes, o que levou ao desenvolvimento e à criação de diferentes nomenclaturas, como os HCFA-DRG, AP-DRG, APR-DRG, entre outras, conforme ilustrado na Figura 2. Mantendo os princípios básicos e conceituais originais semelhantes, as diferentes evoluções da classificação se desenvolveram nos países, com adaptações locais: AP-DRG, na França; HCFA-DRG na Itália, HCFA-DRG, na Hungria; AR-DRG, na Austrália; AP-DRG na Espanha e em Portugal; HRG, adaptação do HCFA-DRG, na Alemanha.

Figura 2 - Evolução dos DRGs: classificação AP-DRG



Fonte: McGuire apud Casas; Tomas (1993).

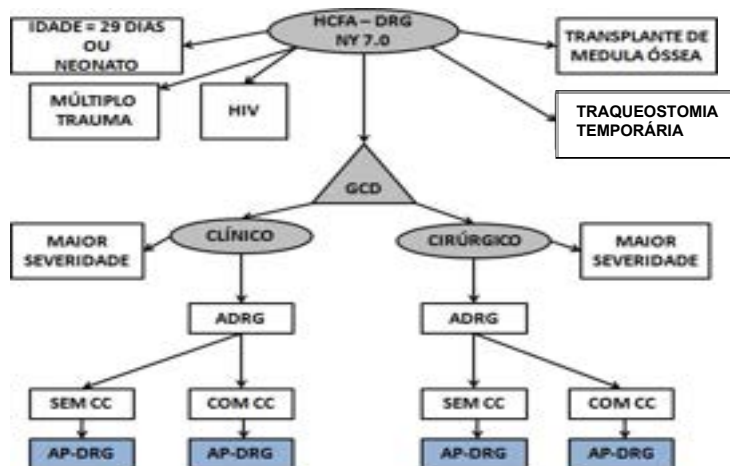
2.2 A CLASSIFICAÇÃO AP-DRG: CARACTERÍSTICAS

O objetivo inicial dos DRGs era o de desenvolver um sistema de classificação de pacientes que relacionava os tipos de pacientes tratados aos recursos consumidos para este tratamento, ou seja, os grupos formados apresentavam significado do ponto de vista médico e homogeneidade no consumo de recursos (FETTER et al, 1980). Existem inúmeras versões de DRGs atualmente em uso, no entanto é possível determinar as três versões de maior utilização, e a partir das quais as demais se desenvolveram. Os DRGs básicos são usados pelo HCFA, para pagamento de despesas hospitalares, especialmente para os hospitais americanos. O AP-DRG é uma evolução dos DRGs básicos, utilizado também para outras populações fora dos EUA, especialmente em países europeus. O *All Patient Refined Diagnosis Related Groups* (APR-DRG) expandiu os DRGs básicos adicionando subclasses a cada um deles e incorporando severidade das doenças e risco de mortalidade.

Levando isso em conta, um sistema de classificação adequado deve permitir: comparação de hospitais por uso de recursos e resultados, como tempo de permanência hospitalar e mortalidade, identificação de situações que levem a projetos de melhoria contínua; fornecimento de base para sistemas de gerenciamento interno. Esse sistema ainda permite o gerenciamento dos custos e pagamento de despesas hospitalares (AVERILL, 1985).

Uma das modificações mais importantes e significativas na evolução dos DRGs foi realizada na versão 7.0 do *New York DRG*, conhecida como AP-DRG versão 7.0, 1990. As melhorias nessa versão focaram em mudanças que aumentaram significativamente a homogeneidade dos DRGs. Nela ocorreu uma mudança estrutural que definiu quatro novos DRGs por cada GCD. Foram identificadas comorbidades e complicações associadas a custos excepcionalmente altos que levaram a modificações na classificação dos diagnósticos secundários, originando novos DRGs (McGUIRE apud CASAS; TOMAS, 1993), de acordo com Figura 3.

Figura 3 - AP DRG



Fonte: Adaptada de McGuire apud Casas; Tomas (1993).

Em 1992, na versão 9.0 do AP-DRG, entre as várias novidades e adaptações, foi incorporada a Colecistectomia Videolaparoscópica, procedimento que causou uma grande revolução na cirurgia geral, o qual consiste em uma nova tecnologia com inúmeras vantagens aos pacientes e importante diminuição de custos por modificar o tempo de permanência hospitalar de sete para menos de dois dias, sendo atualmente realizada sem internação. A incorporação precoce dessa tecnologia trouxe importante melhora da qualidade assistencial, com diminuição das complicações e da permanência hospitalar, e importante redução nos custos hospitalares associados a este procedimento nos países que utilizam o DRG. Essa tecnologia só foi incorporada às tabelas de remuneração brasileiras (não DRGs) mais de 10 anos após seu início em outros países, o que reforça uma das características importantes da classificação DRG, a qual permite incorporar rapidamente novas tecnologias e procedimentos já sustentados por evidência científica e custo-efetividade.

Como passo inicial da classificação AP-DRG, é necessário criar o Conjunto Mínimo Básico de Dados (CMBD) de cada paciente.

O CMBD contém a informação básica que será utilizada para permitir a utilização do *software da Plataforma DRG Brasil versão 14*, para classificação nas diferentes categorias da classificação DRG. No CMBD estão as informações cadastrais, idade, sexo, diagnóstico que motivou a internação (diagnóstico principal), fatores de risco, comorbidades, outras doenças associadas (diagnósticos secundários) e complicações durante o período de internação, assim como a data de admissão e alta hospitalar (tempo de permanência), o tipo de ingresso (urgência ou eletivo) e o motivo da alta (alta para casa, transferência para outro hospital, óbito). Apresenta também os procedimentos cirúrgicos realizados no paciente utilizando a codificação da CID-9-MC. Estes dados melhoraram muito em homogeneidade e qualidade após a recomendação do *Minimum Basic Data Set (MBDS)*, (LAMBERT; ROGER, 1981), que padroniza um número mínimo de informações que devem ser extraídas do registro do paciente.

A qualidade do registro hospitalar é fundamental para a adequada classificação dos pacientes, pois sua ausência ou inconsistência pode classificar o paciente em um DRG incorreto ou mesmo não permitir sua classificação. Este fato provocou em todos os países em que foi implantada a metodologia DRG, a necessidade de treinamento dos profissionais da saúde, qualificação do registro da assistência hospitalar e melhoria dos processos médicos, o que, por si só, qualifica o atendimento e provoca melhoria da eficiência. Treinamentos foram desenvolvidos com objetivos de preparar os dados para análise, investigar e editar os registros que não puderam ser agrupados em DRG, examinar o tempo de permanência hospitalar e produzir sumários com estatísticas (SANDERSON et al, 1989). Profissionais foram treinados e hoje têm uma formação específica para codificação dos pacientes, e nos EUA, só é permitido a eles codificar pacientes. No Brasil, a codificação de procedimentos cirúrgicos ainda se dá pela Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos (CBHPM) e pela tabela da Associação Médica Brasileira - Versão 1992 (AMB-92). Os dados, para serem submetidos à classificação, são extraídos do prontuário do paciente e submetidos à auditoria para verificar qualidade do registro assistencial.

Para a classificação pelo AP-DRG, os dados do CMBD são utilizados e submetidos ao *software da Plataforma DRG Brasil versão 14* que contempla o

sistema AP-DRG. Nesta etapa, os pacientes são primeiramente classificados em grupos de categorias diagnósticas (GCD), com base na CID-9, em que cada paciente deve pertencer somente a uma categoria. Na próxima etapa, os pacientes são divididos em dois grandes grupos, os que passam ou não por procedimento cirúrgico, criando-se, assim, um grupamento cirúrgico e outro clínico. Os DRGs cirúrgicos representam grupos mais homogêneos em consumo de recursos, se comparados aos DRGs clínicos (RHODES et al, 1997). A Tabela 1 apresenta exemplo da classificação AP-DRG de um HGGP.

Tabela 1- Classificação AP-DRG em um HGGP

DRG	Descrição	N	Permanência média em dias
371	Cesariana, sem CC	1.504	3,6
268	Procedimentos plásticos na pele, no tecido subcutâneo e/ou na mama	1.051	0,39
222	Procedimentos no joelho, sem CC	921	1,98
55	Procedimentos diversos no ouvido, nariz, boca e/ou garganta	787	1,3
310	Procedimentos transuretrais, com CC	674	3
469	Diagnóstico principal inválido como diagnóstico de alta	612	0,69
112	Procedimentos cardiovasculares percutâneos, sem infarto agudo do miocárdio, insuficiência cardíaca ou choque	586	4,64
232	Artroscopia	515	1,65
119	Laqueação venosa e flebo-extração	448	1,14
621	Recém-nascido, peso ao nascer entre 2000 e 2499g, sem procedimento significativo em Bloco Operatório, com outros problemas	401	10,71
553	Procedimentos no aparelho digestivo, exceto em hérnia e/ou procedimentos maior no estômago ou no intestino, com CC maior	400	5,79

Fonte: REUSCH Projeto Piloto em HGGP (2015).

2.3 CARACTERÍSTICAS DO DESEMPENHO E GESTÃO HOSPITALAR POR DRG

Uma característica importante dos sistemas de saúde, em especial dos hospitais, é a de que eles apresentam características únicas que conferem um grau maior de complexidade ao processo produtivo e conseqüentemente desafios importantes à sua gestão (JACOBS, 1974). A dificuldade e os métodos de avaliar o desempenho das organizações de saúde têm sido evidenciados no curso das últimas décadas em diversos trabalhos de vários autores por todo o mundo. Um estudo clássico, realizado por Roemer; Moustafa; Hopkins (1968), baseado em dados secundários institucionais, utilizava variáveis como mortalidade, tempo de permanência hospitalar e ocupação da estrutura hospitalar. Refere a possibilidade de desenvolver uma classificação de hospitais utilizando estas variáveis e a taxa de mortalidade como indicador de resultado (GASTAL, 1995). Esse tipo de classificação demonstrou ser insuficiente, pois avaliava apenas poucos aspectos do desempenho hospitalar.

A avaliação do desempenho das organizações de saúde, no nosso contexto, os hospitais, segue a trilogia descrita por Donabedian (1986). O desempenho pode ser avaliado por diferentes óticas: Estrutura, Processo e Resultados. A Estrutura se apresenta como as características das organizações de saúde, o Processo corresponde ao atendimento prestado ao paciente e o que é feito a ele, e os Resultados são a forma como o paciente responde aos cuidados e o que acontece com ele. A trilogia originalmente foi concebida para aplicação em garantia da qualidade dos cuidados oferecidos, mas é aplicável a outras realidades da atividade hospitalar, como a eficiência (COSTA, 1994). Até este momento, o resultado da assistência se restringia basicamente às mudanças observadas no estado de saúde do paciente, as quais tinham relação com a assistência médica. O cerne da pesquisa em qualidade é estabelecer e clarificar a relação entre o processo e o resultado, assim como entre a estrutura e o processo.

O modelo posterior, desenvolvido pelo próprio Donabedian, amplia o conceito de qualidade, da sua tríade: estrutura, processo e resultados para outro modelo, utilizando o que ele denominou de "Sete Pilares da Qualidade": eficácia, efetividade, eficiência, otimização, aceitabilidade, legitimidade e equidade (DONABEDIAN, 1990; VUORI, 1988).

Eficácia é a capacidade da ciência e da arte da medicina em oferecer melhorias na saúde e no bem-estar, significa o que de melhor pode ser feito, mais moderno, mais tecnológico, dadas as condições e o estado do paciente. A eficácia relativa a alternativas de diagnóstico e tratamento é definida por pesquisas clínicas controladas.

Efetividade é a relação entre o benefício real oferecido pelo prestador do serviço de saúde e o ideal (melhor cuidado possível) relacionado ao mesmo.

Eficiência é a relação entre a melhoria oferecida gerada e seu custo financeiro. Se dois tratamentos de saúde são igualmente eficazes e efetivos, o de maior eficiência é o que tem menor custo.

Otimização é a busca de um ponto de equilíbrio é o que define a otimização. Seria a busca de um ponto em que se teria benefícios máximos em relação a seu custo, pois, a partir de um certo ponto, os custos sobem de maneira desproporcional para um benefício baixo. Relevante quando os efeitos do cuidado não são avaliados somente em termos absolutos, mas relativamente aos seus custos.

Aceitabilidade/Conformidade é a adaptação dos cuidados de saúde aos desejos, expectativas e valores dos pacientes e de suas famílias. Legitimidade é a adaptação satisfatória do cuidado à saúde para a comunidade ou sociedade em geral. Depende de adaptação individual e satisfação da coletividade geral.

Equidade é o princípio que determina o que é justo, possível ou razoável, na distribuição do cuidado e de seus benefícios e qualidades dentre os indivíduos de uma população.

A qualidade da assistência à saúde é avaliada pela conformidade a determinados padrões, derivados de três aspectos básicos: 1) da ciência médica ou da assistência à saúde, que determina a eficácia, 2) de valores e expectativas individuais do paciente, que determinam a conformidade; 3) de valores e expectativas sociais que determinam a legitimidade. Portanto a qualidade é avaliada em termos técnicos e práticas de assistência, bem como por fatores que envolvem elementos individuais e coletivos (GASTAL, 1995).

Quando se avalia a *performance* ou desempenho de um hospital ou unidade de assistência à saúde, procura-se por evidências diretas ou indiretas de que a melhor alternativa de cuidado foi selecionada e de que ela está sendo utilizada da melhor maneira possível para o paciente.

O conhecimento e a publicação do desempenho dos hospitais são importantes para podermos comparar as diferentes instituições, assim como para reduzir a assimetria de informações existente (GRIFFITH; ALEXANDER; JELINEK, 2001). Existem diversas perspectivas que podem ser utilizadas para avaliação do desempenho na ótica resultados, como eficiência, eficácia e desempenho financeiro.

Qualquer que seja a perspectiva utilizada para avaliar os hospitais deve-se contemplar uma classificação que leve em conta as características dos doentes que podem influenciar no resultado da assistência (COSTA, 1994). A finalidade de levar em conta estas características, denominadas também ajuste pelo risco, é a de conhecer os fatores que os pacientes apresentam ao serem tratados em uma instituição de saúde e que afetam a probabilidade de obterem um resultado bom ou não (IEZZONI et al, 1996).

O Sistema baseado nos DRGs, permite que se classifiquem os doentes conforme o perfil nosológico das doenças, que é uma forma de adaptação ao risco, e, também, conforme a utilização de recursos associados a cada atendimento. Isso possibilita que se utilize uma abordagem gerencial das instituições de saúde, especialmente dos hospitais, baseada no consumo de recursos e que também tenha lógica de controle e avaliação do processo assistencial médico (FETTER; FREEMAN; MULLIN, 1985; NORONHA; PORTELA; LEBRÃO, 2004).

O conceito de produto hospitalar, centro do modelo DRG, não sofreu mudanças importantes desde que foi descrito por Codman (1914), como os serviços específicos oferecidos pelo hospital (médicos, enfermagem, exames diagnósticos, procedimentos cirúrgicos, etc.), embora não determinasse diferenças na intensidade de cada um destes serviços prestados aos pacientes.

Fetter et al (1980), a partir do desenvolvimento do seu trabalho sobre DRGs, considerou esses serviços específicos como produtos intermediários, que são utilizados em conjunto para atendimento das necessidades dos pacientes. O produto hospitalar então passa a ser considerado um conjunto de serviços específicos para as necessidades do paciente no seu tratamento. Este é um dos pilares que embasam a classificação DRG. O tempo de permanência hospitalar foi considerado como variável *proxy* de consumo de recursos hospitalares, ou seja, a variável isolada que melhor define o consumo de recursos em uma internação hospitalar

(NORONHA; PORTELA; LEBRÃO, 2004). A classificação DRG é destinada à classificação de internações em hospitais gerais, de curta permanência, denominados de hospitais de agudos³.

Diversos estudos buscam examinar e avaliar as características do produto hospitalar e sua relação com a qualidade e a prática médica entregues aos pacientes. As variáveis frequentemente utilizadas e tidas como fundamentais nos estudos de qualidade são a mortalidade e o tempo de permanência hospitalar (DONABEDIAN, 1986). São variáveis constantes da classificação DRG, portanto importantes em avaliação de *performance* dos processos hospitalares e em comparações com outras instituições, quando se utiliza a metodologia DRG visando melhorias de qualidade da assistência prestada aos pacientes. A utilização de um sistema de classificação como um elemento objetivo de mensuração do produto hospitalar, permite uma adequada comparação entre diferentes centros, e elimina o fator de complexidade dos pacientes, como fator de confusão na interpretação dos indicadores de produtividade, eficiência, qualidade e *performance* (CASAS; TOMAS, 1993).

No setor da saúde, a classificação DRG se apresenta como uma classificação fundamental, pois permite, ainda, a comparação de grupos de pacientes com características nosológicas e de consumo de recursos homogêneas. Permite, ainda, mapeamento de áreas e processos com possibilidades de melhoria ou de pior desempenho, facilita a troca de ideias, de métodos e das variadas formas de resolver situações de saúde, inclusive de medir e avaliar os benefícios atingidos com a comparação de organizações (BRAVO; EISMAN, 1998).

Um dos maiores e bem documentados estudos na área hospitalar, compara, por DRG, hospitais de Portugal e Espanha desde 2004, com intuito de melhoria de processos e resultados, mas também com a ideia de facilitar o acesso de dados a: comunidade científica, aos políticos (a quem cabe desenvolver e implantar as políticas públicas), aos pacientes e à opinião pública. As dimensões de análise compreendem: qualidade dos registros clínicos, complexidade e severidade da casuística, tempo de permanência hospitalar, cirurgia ambulatorial e a qualidade dos resultados clínicos, medidos em mortalidade, complicações e readmissões hospitalares (SAIS et al, 2012).

³ Hospital cuja permanência média não ultrapassa 30 (trinta) dias.

A gestão da produção da informação assistencial também é parte importante dos processos de gestão da qualidade da assistência e não deve ser tratada como uma tarefa menor e isolada, pois depende da assistência e impacta em todas as atividades desenvolvidas no hospital. Para que possa haver uma adequada gestão da informação, em geral é necessário que todos os profissionais se sintam partícipes e responsáveis pela sua produção e utilização, isto é, que exista uma cultura institucional de valorização da informação. Complementarmente, faz-se necessária a implantação, pelos gestores dos hospitais, de propostas e instâncias que permitam a articulação tanto das perspectivas e necessidades de informação clínica, de pesquisa e de gestão interna, quanto das crescentes demandas externas (econômico financeiras, epidemiológicas, sanitárias e de avaliação de desempenho), assim como orientem os investimentos em tecnologia da informação (TI) e o desenvolvimento das padronizações e registros necessários. Este deve ser um processo de aprimoramento contínuo, pois, por si só, garante melhorias na qualidade dos dados e no CMBD, com a melhoria da *performance* hospitalar. Trata-se de desenvolver a capacidade de utilizar de forma mais adequada para cada instituição e contexto, recursos materiais e humanos diversos, de tal forma que a gestão da informação se transforme em um processo dinâmico e totalmente parte da gestão do serviço como um todo (SCHOUT, 2007). Trata-se de um processo positivo e ativo para mudar as operações da empresa de maneira estruturada e assim obter um desempenho superior.

A adoção do critério de significado clínico dos grupos foi decisiva para que os DRGs viessem a possibilitar a aproximação entre a gerência e o processo de assistência médica. Essa característica representa uma das contribuições mais importantes que os DRGs trazem que é a de gerar informações e dados sobre o produto hospitalar, os quais capacitam a administração a desvendar e compreender o trabalho médico em um hospital e o seu processo de produção, condição essencial para a gestão de hospitais, pois permite que a gestão hospitalar passe a ser conduzida pela lógica de atividade assistencial. O grau de detalhamento definido pelos DRGs possibilita, partindo de uma perspectiva clínica, localizar os processos de atendimento em um hospital, para os quais haja possibilidades de melhoria ao serem comparados com os resultados observados em outros hospitais tendo em vista o mesmo grupo de pacientes (DRG); permite, ainda, destacar quais as áreas de excelência de atendimento da instituição hospitalar. Numa perspectiva clínica,

essa capacidade dos DRGs constitui o ponto de partida de uma verdadeira gestão orientada para processos de atendimento ao paciente, uma vez que é capaz de atribuir-lhes um conjunto de indicadores chave para a qualidade e eficiência do atendimento (CASAS; TOMAS, 1993).

Estudos demonstram que houve uma significativa redução de custos em organizações que implementaram a metodologia DRG, oriunda particularmente da redução do tempo de permanência hospitalar, embora ainda existam discussões se essa realidade poderia afetar de forma negativa a qualidade do cuidado ao paciente e seus resultados (LIMA; WHYNES, 2003).

Estudos comparando resultados por DRG em diferentes hospitais para patologias cirúrgicas comuns, em que não há muita discussão sobre os passos do tratamento e sobre o tempo de permanência hospitalar, demonstraram variabilidade significativa entre hospitais, o que levanta a hipótese de que o hospital ou o próprio médico sejam responsáveis por esta variabilidade.

O envolvimento dos profissionais médicos no gerenciamento do uso dos recursos hospitalares, tem se tornado uma tendência em gestão hospitalar. A simples distribuição destas informações para os próprios médicos, gerando discussões e possibilidades de melhoria, podendo aumentar a eficiência do processo de atendimento.

Um dos objetivos fundamentais dos estudos europeus sobre DRGs foi o de utilizar o tempo de permanência hospitalar para estimar o consumo de recursos em processos de atendimento similares (CASAS; TOMAS, 1993; RHODES, 1997). Um dos motivos de críticas ao DRG por parte dos médicos refere-se ao refinamento dos mesmos, levando em conta a severidade da doença; aumentou muito o número de novos grupos, sem um aumento proporcional na homogeneidade dos DRGs.

Independentemente do tipo de sistema hospitalar vigente em cada país, os DRGs foram introduzidos com o intuito de aumentar a transparência e informação sobre os serviços efetivamente oferecidos pelos hospitais, e/ou oferecer estímulos à eficiência, fazendo o pagamento conforme a classificação. A combinação de transparência e uso eficiente de recursos contribuiu para melhoria da qualidade do cuidado em saúde (WILEY, 2011). Algumas consequências importantes já ocorrem devido a estas constatações, como o não pagamento dos gastos hospitalares com cuidados médicos e demais serviços decorrentes de complicações que seriam evitáveis (ROSENTHAL; DUDLEY, 2007). Desse modo, para evitar a diminuição da

performance financeira, as instituições de saúde necessitam, mais do que nunca, melhorar os processos de atendimento ao paciente e conseqüentemente os resultados assistenciais. No nosso meio, as complicações dos procedimentos, evitáveis ou não, assim como a utilização de procedimentos desnecessários, ainda estão associadas a uma maior remuneração e a melhoria de processos e resultados assistenciais pode provocar uma diminuição da receita hospitalar.

Os objetivos dos DRGs como ferramenta de microgestão na área da saúde, compreendem: o conhecimento do perfil nosológico dos hospitais; o monitoramento da utilização dos serviços hospitalares; a composição das casuísticas cirúrgica e clínica do hospital; a promoção de melhor entendimento da linguagem médica pelos demais gestores; a avaliação da qualidade do cuidado; do desempenho dos serviços e dos médicos; a avaliação da eficiência dos serviços (tempo de permanência hospitalar); a comparação e a avaliação interna, bem como uma adequada comparação com outras organizações (externa). Como ferramenta de macrogestão existem importantes possibilidades de utilização, como a organização da rede de prestadores, sistemas de regionalização e hierarquização do cuidado à saúde, identificação de unidades subutilizadas e ampliação ou planejamento de novos serviços. (CASAS; TOMAS, 1993; NORONHA; PORTELA; LEBRÃO, 2004; VERAS et al, 1990). Uma constatação relevante descrita na literatura demonstra que, em análises baseadas em DRG, ocorreram substanciais diferenças entre países da UE, em eficiência e preços. As análises por DRG também demonstram maior refinamento em relação aos tradicionais indicadores de processo (RHODES et al, 1997).

2.4 A GESTÃO DE CUSTOS HOSPITALARES

“A Saúde não tem preço, mas tem custo. De fato, o que as instituições de saúde mais tem procurado saber é o custo dos seus serviços”. (SPIGOLON, 2002).

Os países da América Latina estão avançando a passos largos para a descentralização de seus serviços de saúde, com a devolução aos municípios das funções relacionadas à saúde, e o Brasil não é exceção. Esta iniciativa vem também acompanhada de uma forte tendência de outorgar maior autonomia aos estabelecimentos públicos de saúde como os hospitais, e, com ela, a responsabilidade pela administração de todos seus recursos, incluindo os econômicos

financeiros. Estas tendências farão, em um futuro não distante, que os Hospitais Públicos tenham que adotar medidas que os aproximem, no aspecto gerencial, à eficiência do setor privado (NOVAES, 2002).

Durante os últimos anos vem prevalecendo o conceito de que a eficiência e eficácia de um estabelecimento de saúde independe de se o proprietário é o Estado ou o capital privado. Para implementar estas e novas iniciativas se destaca a formação administrativa dos gestores e, principalmente a gestão financeira e de custos.

A importância de sistemas de gestão e controle de custos, de maneira profissional, conduz para aumentar a eficiência, e conseqüentemente a obtenção de melhor qualidade da atenção à saúde. A crise de recursos tanto de sistema público como do privado, acompanhada da vertiginosa rapidez com que surgem novas tecnologias médicas torna o enfoque de capacitação ainda mais prioritário.

Equidade e eficiência são princípios fundamentais para o aprimoramento do sistema hospitalar, e apesar destes conceitos não serem específicos da saúde, estes enfoques são básicos para a economia da saúde. Em um momento de tantas inovações tecnológicas e funcionais no provimento da saúde, a Gestão de Custos Hospitalares torna-se indispensável para viabilizar recursos para implementação de melhorias, inclusive por meio de pequenos investimentos na utilização dos recursos disponíveis e na resposta apropriada às rápidas e agressivas mudanças no entorno hospitalar atual.

Atualmente, vivenciam-se mudanças nos diferentes mercados consumidores em decorrência da crescente competitividade empresarial. Esta permite que os consumidores detenham poder de escolha e ditem determinadas regras no mercado. Um dos setores de destaque neste cenário é o de serviços. As empresas prestadoras de serviços estão especializando e individualizando os mesmos, buscando atingir a fidelização do cliente.

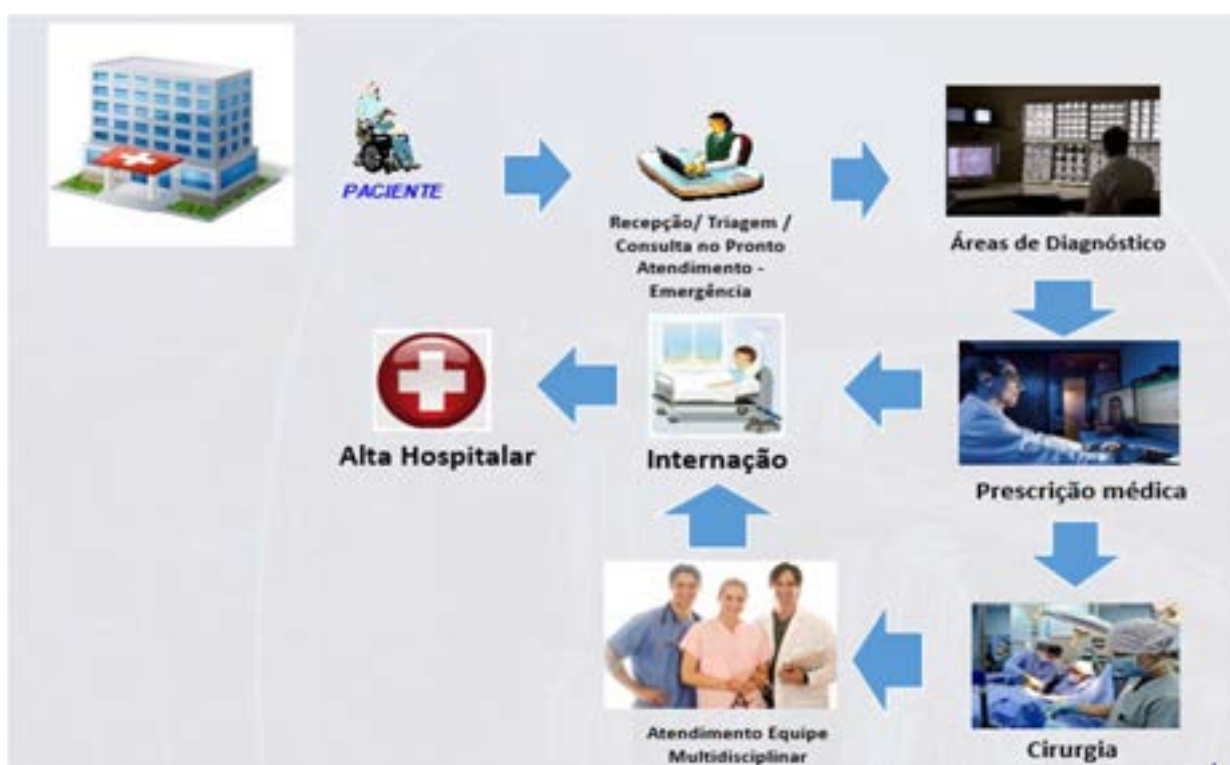
O setor de serviços da economia está passando por um período de mudança quase revolucionária. Os concorrentes que demonstrarem inovações e padrões de serviços mais diferenciados serão os que conquistarão e fidelizarão o maior número de clientes (LOVELOCK, 2003).

A maioria dos hospitais brasileiros foi construída em um tempo onde a tecnologia da informação não estava tão desenvolvida como hoje. Também, reformas que estão ocorrendo em nível mundial no setor saúde, nos regulamentos e formas de pagamento, estão mudando como os hospitais operam. No fundo a ênfase será cada

vez mais o diagnóstico, tratamento e apuração de seus respectivas custos, em nível ambulatorial. As internações se limitarão nos próximos anos aos pacientes que necessitam tecnologia altamente intensiva.

A nova era espera que os hospitais deste século evoluam para uma atenção a saúde mais consciente dos seus custos, já que os pagadores cada vez mais vão buscar maior valor para o seu dinheiro. Estas novas demandas vão exigir dos hospitais não somente praticar uma medicina custo-efetiva, mas demonstrar o valor dos cuidados oferecidos aos pacientes. Para conseguir estas metas os provedores (ou prestadores) terão que reportar, precisamente, informações sobre o custo e o resultado correlacionado com a severidade da doença dos pacientes, para justificar o custo do tratamento. Os hospitais terão outros desafios pelo próprio envelhecimento da população brasileira e o aparecimento de doenças crônicas em um número jamais visto. O tratamento de crônicos é altamente consumidor de recursos. Alguns estudos mostram que cerca da metade dos gastos individuais totais ocorrem nos seis últimos meses de vida. A figura 4 apresenta um exemplo de fluxo do atendimento hospitalar e, a respectiva evolução do uso e consumo dos recursos no atendimento, diagnóstico e tratamento de um paciente.

Figura 4 – Fluxo do Atendimento Hospitalar



Fonte: Elaborado pelo autor (2021).

2.4.1 A Importância dos Sistemas de Custos de Instituições Hospitalares

Um hospital é uma unidade econômica que possui vida própria e, difere das outras empresas porque o seu objetivo ou “produto” básico é a manutenção ou restabelecimento da saúde do sujeito. Custo representa o valor dos bens e serviços consumidos na produção de outros bens ou serviços. Dessa forma, em uma organização hospitalar, pode-se entender como custos os gastos incorridos para a obtenção de um serviço prestado como, por exemplo, o custo com antibióticos para tratar e dar alta a um paciente com pneumonia.

Rocchi (1982) afirma que, “A apuração dos custos em estabelecimentos hospitalares é um trabalho complexo que exige, em outras condições, a perfeita delimitação dos centros de custo e um eficiente sistema de informações gerenciais”, consequência direta da diversidade dos serviços prestados. Também destaca que o controle de custos visa fundamentalmente determinar e analisar o custo total dos serviços prestados a cada paciente, levando-se em consideração a finalidade do sistema, a apuração e a análise de um hospital, ou seja, o cômputo do custo de cada cliente e de cada tipo de serviço prestado. Os chamados sistemas tradicionais de custeio têm sido utilizados nas últimas décadas sem apresentar quaisquer variações ao longo deste período. O sistema por centros de custos, por ordem de produção e por processo de produção são os mais representativos. Sistema por ordem de produção pode ser usado para a determinação do custo dos casos clínicos, visto que cada caso possui a característica de consumir vários produtos/serviços intermediários. Para apurar os custos, são necessários dados da conta hospitalar do paciente, do laboratório, da radiologia, da farmácia, dos prontuários e outros, com os quais é possível identificar o tipo e a quantidade de produtos intermediários aplicados no tratamento e restabelecimento do paciente.

Em decorrência da preocupação na utilização das informações de custos como instrumentos de planejamento, controle e tomada de decisão, os sistemas de custos, segundo Matos (2002), “assumem especial relevância como subsídio à complexa gestão dos recursos das empresas do segmento de saúde”. Um sistema de custo hospitalar deve “oferecer informações que permitam aos gestores condições de melhoria nas funções de planejamento e controle das operações” (MATOS, 2002). Martins (2002, p. 26) afirma que a “organização hospitalar terá sucesso se souber determinar o que o paciente necessita e oferecer serviços médicos que satisfaçam a

essas necessidades”. O foco será prover várias técnicas para capacitar aqueles que trabalham para, ou com hospitais para conter custos e atingir a missão que cada hospital se propõe alcançar.

A maioria das instituições de saúde no Brasil utiliza métodos contábeis tradicionais, que não levam ao conhecimento de seus custos reais, ou seja, não fazem uso de sistema de custos que oriente e ofereça parâmetros para suas decisões administrativas e para o controle de suas atividades .

Para o Programa Nacional de Gestão de Custos (PNGC, 2006), o objetivo básico da contabilidade de custos está relacionado com a relevância das informações prestadas aos gestores. Estas devem ser relevantes a fim de fornecerem dados que permitam a decisão acertada no processo gerencial, como: calcular os custos dos serviços prestados, relacionados à atividade produtiva; fornecer, a todos os setores da instituição, informação referente a seus recursos, independente da natureza produtiva; subsidiar a tomada de decisão, a definição orçamentária, a política de investimentos e o planejamento das atividades operacionais; possibilitar a troca de informações e a comparação de resultados entre instituições; facilitar a identificação de atividades inerentes na aplicação de recursos e/ou na prática organizacional; realizar prestação de contas, visando maior transparência ao controle social. A gestão de custos auxilia as instituições hospitalares no levantamento das informações necessárias para o alcance da excelência no atendimento.

2.4.2 Aspectos Contábeis e Tributários

No âmbito da contabilidade de qualquer empresa estão presentes as orientações de natureza tributária. No Brasil, a legislação define a aplicação do regime de competência como princípio a ser adotado nas demonstrações de resultados, utilizada como base para pagamento dos tributos incidentes sobre a renda.

A aplicação do regime de competência associado à abordagem de custeio por absorção exigido pela legislação tributária sobre a renda inclui cálculos de custos de produtos e serviços. Isso significa, por exemplo que os registros dos insumos utilizados nas atividades operacionais compreendem custos e despesas. Os custos são representados por insumos pertinentes ao processo de produção e, portanto, geradores de produtos ou serviços que, por sua vez permanecerão estocados até a sua venda e correspondente geração da receita operacional. O mesmo não acontece

com as despesas, representados por insumos não relacionados ao processo de produção, cuja contabilização para fins de apuração de resultados ocorre em função do período em que elas são incorridas (MATOS, 2002). Em razão disso, fica clara a necessidade de uma estrutura adequada de contabilização de custos evitando, assim equívocos quanto aos parâmetros de resultados e eventuais problemas com os agentes de fiscalização.

2.4.3 Gestão de Custos Operacionais

É inegável a necessidade de indicadores de custos como instrumento de gestão dos recursos utilizados na consecução das atividades operacionais de um hospital. Como empresa prestadora de serviços de assistência médica, inúmeros ítems (atividades / serviços) são produzidos no dia-a-dia em razão da permanente presença de pacientes em diferentes unidades do hospital.

As condições impostas pelo mercado estão permanentemente sinalizando a necessidade de melhor eficiência na utilização dos recursos alocados às atividades operacionais. Para o exercício da gestão que assegure o alcance de níveis de desempenho adequados, o hospital não poderá prescindir de informações de custos que tenham qualificações gerenciais, ou seja, contribuam efetivamente para o processo de avaliação e tomada de decisão, tenham elevado grau de confiabilidade e ainda sejam preparadas em tempo oportuno à análise e correspondente adoção de ações corretivas. (MATOS, 2002).

As informações de custos compreendem um insumo indispensável ao alcance de padrões de gestão mais seguros. Decorrem dessas condições as possibilidades de exercício das funções de planejamento, a análise diante de indicadores disponíveis no mercado, bem como a avaliação do custeio dos serviços em relação às referências de preços praticadas.

2.4.4 Fundamentos do Custeio por Absorção

Martins (2003) define o custeio por absorção como um “critério onde se apropriam todos os custos de produção quer custos fixos, quer custos variáveis, diretos ou indiretos, e tão somente os custos de produção, aos produtos elaborados”. Megliorini (2007) estabelece alguns passos para a apuração dos custos a partir do

custeio por absorção: separação dos gastos do período em despesas, custos e investimentos; e separação dos custos em diretos e indiretos.

Os custos diretos (aqueles que podem ser mensurados em cada produto) são alocados diretamente em cada objeto de custeio (centro de custo, departamento, atividade, produto etc.) Já os custos indiretos (aqueles que não podem ser mensurados diretamente em cada produto) são alocados ao objeto de custeio por meio de critérios de rateio. Em algumas organizações é adotado o processo de departamentalização para amenizar as distorções dos critérios de rateio. segundo martins (2003), o departamento é a unidade mínima administrativa para a contabilidade de custos, representada por homens e máquinas, que desenvolve atividades homogêneas.

Megliorini (2007) expõem que os departamentos podem ser divididos em dois tipos: Os departamentos auxiliares são aqueles que não trabalham os produtos, servindo de apoio aos departamentos produtivos. Já os departamentos produtivos são aqueles que trabalham para os produtos, ou seja, estão diretamente envolvidos na fabricação dos itens ou prestação dos serviços. Para realizar a alocação dos custos dos departamentos auxiliares aos departamentos produtivos há três métodos apresentados na literatura: alocação direta, seqüencial e recíproca. FALK (2001) expõem que na alocação direta todos os gastos de cada centro auxiliar são rateados diretamente aos centros de custos produtivos. Os custos de um centro de apoio não precisam ser rateados para todos os outros centros de custos produtivos, apenas para aqueles que utilizam seus serviços. Também não ocorre o rateio dos custos dos centros auxiliares para outros centros auxiliares. A metodologia de alocação seqüencial reconhece que podem ocorrer trocas de serviços de um centro de custos auxiliares com outros. O processo envolve a escolha de um centro inicial que terá seus gastos rateados aos demais centros de custos auxiliares.

Normalmente, inicia-se escolhendo um centro que mais presta serviços aos outros. (FALK, 2001).

Para Falk (2001), no processo de alocação seqüencial reúnem-se os custos totais do primeiro centro e por meio de um critério dividem-se os custos aos demais centros. O total de custos do primeiro centro torna-se zero e os demais centros de custos absorvem este montante proporcionalmente ao critério estabelecido anteriormente. O processo se repete em cada centro auxiliar até que todos estes tenham o montante de seus custos zerados e apenas os centros produtivos possuam

custos.

A terceira metodologia é conhecida como alocação recíproca ou alocação matricial. Surgiu para tentar eliminar os problemas apresentados no método anterior por meio de funções algébricas, a fim de resolver um conjunto de expressões simultâneas que dispensa a utilização de uma seqüência de centros de custos auxiliares para rateio. Esta metodologia reconhece a reciprocidade entre os diversos centros auxiliares e apresenta resultados mais acurados. (FALK, 2001).

O custeio por absorção, como todo método, apresenta vantagens e desvantagens advindas de sua utilização. Entre as vantagens podem ser destacadas: agrega todos os custos, tanto os custos fixos como os custos variáveis; é menos custoso de implementar, desde que ele não requeira a separação dos custos de manufatura nos componentes fixos e variáveis. No tocante as desvantagens devem ser consideradas: os custos que não se relacionam a este ou aquele produto são quase sempre distribuídos por meio de critérios de rateio; o custo fixo por unidade depende ainda do volume de produção; os custos fixos existem independentemente da produção ou não desta ou daquela unidade.

2.4.5 Formulação de Preços

Para a realização da venda de um produto ou serviço, faz-se necessário a utilização de uma tabela de preços. Para definição dos parâmetros da referida tabela, as informações de custos de produção da série de atividades existentes no hospital são de extrema importância. (MATOS, 2002).

Em razão dessa afirmação, a gestão de custos hospitalares propicia mais esse benefício – suprir a preparação da tabela de preços com as informações de custeio dos serviços. Nesse sentido, é necessário a compreensão do tipo de tabela adotada – venda de serviços sob especificações dos insumos utilizados exigem a geração de custos sob as de diárias, taxas de sala, taxas de uso de equipamentos, exames, medicamentos, gases medicinais, materiais médicos hospitalares, entre outros. Sob a forma de “pacotes”, as informações de custos exigem a constituição do custo na maneira do tratamento ao paciente, elaborado sob uma forma mais ampla de custeio, ou seja, compreendendo não apenas o custo dos insumos utilizados no paciente, mas também a intensidade com que eles são utilizados.

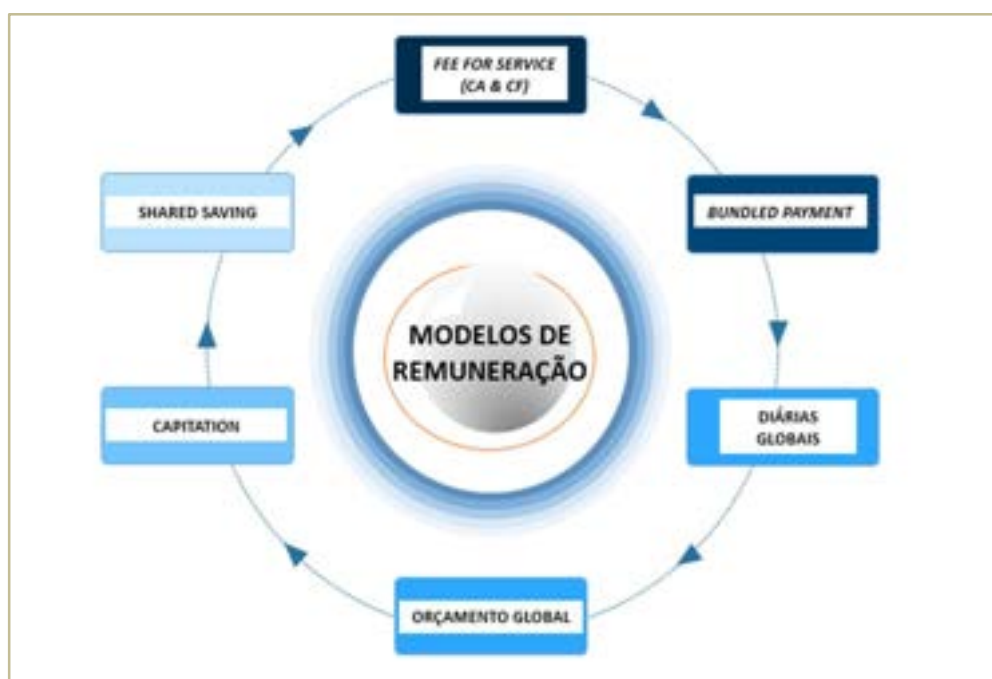
Embora tenha que se compreender que existem outras variáveis de caráter

interno e externo que podem influenciar na determinação dos parâmetros dos preços é inquestionável, entretanto, a importância da informação de custeio dos produtos e serviços para a elaboração da tabela de preços de um hospital. Sem as referências de custeio das atividades, a instituição estará ignorando completamente os níveis de resultados propiciado pela venda dos serviços.

2.5 MODELOS DE REMUNERAÇÃO HOSPITALAR

O quadro 1 a seguir apresenta os principais modelos de remuneração existentes na área hospitalar.

Quadro 1 – Modelos de Remuneração Hospitalar



Fonte: Carnielo (2022).

2.5.1 Remuneração por Serviços Prestados - Fee-for-service

Esta forma de remuneração contempla as possibilidades pertinentes ao pagamento pelos clientes dos serviços hospitalares com a especificação de toda a descrição dos insumos utilizados nas unidades de serviços pelo paciente, gerando, em decorrência a descrição analítica de todos os itens da prestação de serviços, incluindo a especificação, por exemplo, de exame por exame, medicamento por medicamento, cujo registro dos preços pode alcançar dezenas, centenas ou milhares

de itens (MATOS, 2002).

A experiência com essa metodologia, de uma maneira geral, compreende a seguinte estrutura de tabela de preços:

- a) Diárias hospitalares (contempla diárias de enfermaria, diárias de apartamento, diárias de unidade de terapia intensiva adulto – pediátrico – neonatal, diárias de berçário, etc);
- b) Taxas de sala (contempla taxas referentes ao uso de sala cirúrgica ou de recuperação, entre outros);
- c) Taxas de uso de equipamento (contempla taxas referentes ao uso de equipamentos e aparelhos médicos utilizados pelo paciente);
- d) Materiais e Medicamentos (valores específicos para cada um dos materiais médicos hospitalares e medicamentos utilizados pelo paciente);
- e) Gases medicinais (contempla taxas correspondentes ao consumo de gases – oxigênio, protóxico de azoto, ar comprimido, etc);
- f) Serviços de diagnóstico (valores específicos dos exames de laboratório, banco de sangue, radiologia, ultrasonografia, tomografia, ressonância magnética, medicina nuclear, PET CT, etc);

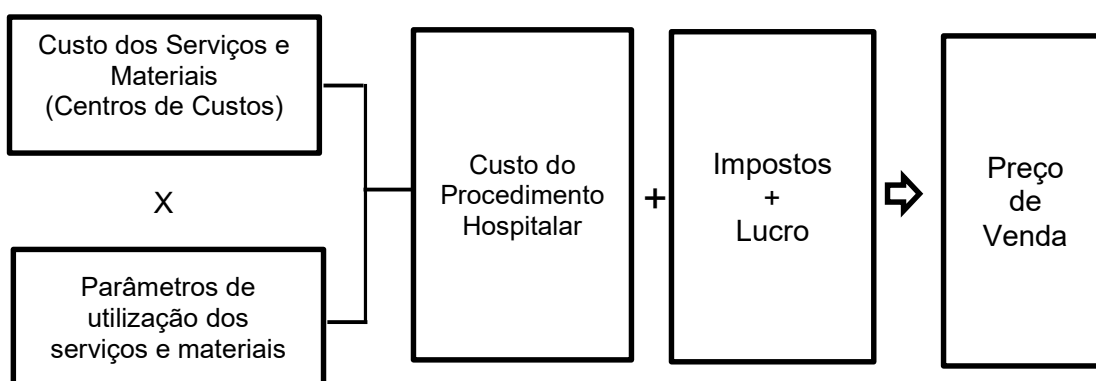
2.5.2 Remuneração por Procedimentos Hospitalares – Pacotes (Bundled Payment)

A metodologia e modelo de remuneração dos serviços hospitalares sob a forma de pacotes , compreende uma alternativa no processo de negociação de preços, sob a abordagem de fee-for-service. Trata-se de um instrumento de fixação de preços mais complexo, quando comparado com a alternativa anterior (remuneração por unidades de serviço), envolvendo maiores riscos e exigindo pré-requisitos para sua aplicação, entre os quais , seguras informações de custeio dos insumos e as referências de utilização das unidades de serviços para cada um dos procedimentos hospitalares para as quais se pretende adotar esse modelo de remuneração. (MATOS, 2002).

Utilizando as orientações conceituais pertinentes à metodologia de cálculo do preço de venda, a geração da transferência de um valor a ser fixado para venda de um pacote, somente poderá ser alcançada à medida que se disponham das

informações do custo do procedimento hospitalar. Em suma, significa que, caso se deseje calcular o preço de um simples parto normal, faz necessário o custo correspondente à realização deste tratamento. O quadro 2, sintetiza as etapas e informações necessárias para a elaboração e cálculo do preço de venda de um procedimento hospitalar.

Quadro 2 - Fluxo de informações necessárias ao cálculo do preço de venda de um procedimento Hospitalar



Fonte: Matos (2002).

As informações de custos correspondem à aplicação dos indicadores gerados pelos centros de custos e referências específicas de custeio, em especial destinados à valorização dos materiais e medicamentos, em geral, descritos de forma analítica em uma planilha de cálculo de custos de procedimentos hospitalares.

A descrição dos insumos utilizados (referências médicas quanto a permanência do paciente, tempo da cirurgia, exames necessários pré e pós procedimento, utilização de materiais médicos hospitalares, medicamentos e gasoterapia, entre outros), consiste em uma informação inquestionável e não poderá prescindir da participação/homologação dos médicos da especialidade médica a que se refere o procedimento.

A constituição das referências médicas, embora possam ser utilizadas séries históricas que indicam a experiência do hospital na realização de determinados tratamentos, devem ser revistas com cuidado pelas equipes médicas correspondentes, gerando, em decorrência, as referências médicas padrões de consenso no grupo da especialidade médica, relativas aos procedimentos hospitalares objeto da aplicação da metodologia de remuneração por pacotes e que não deve ser exercido sob condições inflexíveis e revisões periódicas do protocolo

homologado. O quadro 3 apresenta um modelo de protocolo de tratamento cirúrgico, desenvolvido e homologado para um HGGP.

Quadro 3 - Custo do Procedimento a partir Modelo de Protocolo de tratamento homologado na instituição (Pacote)

HOSPITAL : XLZ							% Participação s/Custo Total				Tipo de Acomodação	
Procedimento :												
Codigo:												
Código	Descrição	Unidade	Qtd	Usos	Custo Unitário	Custo Total	Ambulatorial	Semi-Privat.	Privativo	Suite	Preço Unitário Particular	Tabeta Particular
DIÁRIAS												
	Semi Privativo	diária	-	-	-	-		0,0%			-	-
	Privativo	diária	-	-	-	-			0,0%		-	-
	Suite	diária	-	-	-	-				0,0%	-	-
	CTI Adulto	diária	-	-	-	-					-	-
TAXA DE SALA												
	Centro Cirúrgico	hora	-	-	-	-	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	-	-
GASOTERAPIA												
	Gasoterapia - oxigênio	hora	-	-	-	-	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	-	-
RECUPERAÇÃO												
	Sala de Recuperação	hora	-	-	-	-	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	-	-
MATERIAL MÉDICO HOSPITALAR							0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	-	-
MEDICAMENTOS							0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	-	-
OPME							0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	-	-
TOTAL							0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	-	-
Custo Total sem Diárias							0,00					
Custo Total Semi-Priv.								0,00				
Custo Total Privativo									0,00			
Custo Total Suite										0,00		

Fonte: Autor (2021).

2.5.3 Remuneração sob a forma de Diárias Globais e Semi-Globais

Esse modelo é específico para remuneração de internações hospitalares e se constitui de valores estabelecidos por dia de permanência do paciente a partir da estimativa de seus custos correspondente ao número de diárias – ou seja, ao somatório do tempo de permanência dos pacientes internados no período em questão multiplicado por um valor unitário atribuído a cada diária (AAS, 1995; UGÀ, 2012; BOACHIE et al., 2014).

2.5.4 Remuneração sob a forma de Orçamentação (Global ou Parcial)

Montante de recursos estimado por meio de uma programação orçamentária com valores geralmente baseados em pagamentos anteriores, série histórica, e

ajustados por um fator de inflação para um período de tempo. O estabelecimento dos valores é feito de forma negociada entre prestador e fonte pagadora.

A orçamentação é uma forma de remuneração prospectiva, na qual o estabelecimento de saúde estima, anualmente, suas necessidades de gastos e as apresenta ao ente financiador e, em contrapartida, compromete-se com o cumprimento de metas de desempenho, baseadas em métricas de eficiência e qualidade da prestação de serviço (NETO, 2011).

A Orçamentação pode ser de dois tipos, a saber, a orçamentação global, que envolve todos os serviços prestados ou a orçamentação parcial, que inclui apenas parte dos serviços prestados como a orçamentação para cuidados ambulatoriais, ou cuidados hospitalares, ou produtos farmacêuticos ou ainda para as unidades de saúde (BOACHIE et al., 2014).

2.5.5 Remuneração sob a forma de Capitation

O modelo denominado de *capitation* tem como referência a fixação de um valor de remuneração per capita, considerando-se uma população previamente determinada. O Hospital, por meio da adoção desse instrumento de remuneração, deixa de receber pelos serviços prestados (unidades de serviço ou pacotes), e passa a receber um preço unitário por usuário de uma população indicada pelo cliente, por exemplo, uma operadora de plano de saúde. Trata-se, portanto, de uma metodologia de compartilhamento de risco, e segue as mesmas condições de remuneração aplicadas ao plano de saúde. (MATOS, 2002).

Tratando-se de um modelo de maior risco para o prestador de serviços, em relação aos modelos descritos anteriormente, faz-se necessário um nível de organização de informações adequado as condições de complexidade pertinentes a esse instrumento de preços de serviços hospitalares. São indispensáveis, além do custo dos insumos (unidades de serviços) e das referências de condutas médicas já mencionadas para a determinação do custo dos procedimentos hospitalares, a projeção do grau de incidência de casos (tratamentos) correspondentes a uma população referenciada.

Como exemplo, suponha-se que uma operadora de plano de saúde (com cerca de 100 mil usuários), venha propor ao dirigente de um Hospital a remuneração sob a forma de *capitation*. Para que o Hospital tenha condições de elaborar uma

proposta, que consiste na determinação de um preço médio por usuário, são necessários cálculos especializados (sob uma orientação de cálculos atuariais), relativos à incidência de serviços das diferentes especialidades médicas no Hospital.

Quadro 4 – Cálculo da incidência de internações hospitalares

CÁLCULO DA INCIDÊNCIA DE INTERNAÇÕES HOSPITALARES						
Descrição	Internações / ano por usuário	Média de Permanência	Número de dias por usuário	Custo do paciente-dia	Custo unitário / ano por usuário	Custo unitário / mês por usuário
Clinica médica e Cirúrgica	0,048	4,5	0,216	540,00	116,64	9,72
Maternidade	0,020	2,3	0,046	475,00	21,85	1,82
-----	---	---	---	---	---	---
Total	0,090	3,8	0,342	520,00	177,84	14,82

Fonte: Matos (2002).

O quadro 4, descreve o cálculo dos indicadores de utilização, compreendendo a projeção das internações por tipo de especialidade médica e a média de permanência esperada, permitindo com isto o cálculo do custo *per capita*, a ser utilizado para o cálculo do preço de venda. A aplicação dos indicadores de utilização deverá levar em conta o perfil da população (idade, sexo, residência, entre outros), de forma a propiciar um cálculo tecnicamente ajustado ao nível de risco que o instrumento pressupõe (MATOS, 2002). O quadro 5 abaixo, apresenta um modelo para cálculo do preço de venda por usuário.

Quadro 5 - Cálculo do Preço de Venda por usuário – Capitation

CÁLCULO DO PREÇO DE VENDA POR USUÁRIO - CAPITATION PARA SERVIÇOS DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR		
PV =	$\frac{\text{Custo unitário}}{1 - (\text{imposto} + \text{lucro})}$	
PV =	$\frac{14,82}{1 - (0,08 + 0,12)}$	= 18,53

Fonte: Matos (2002).

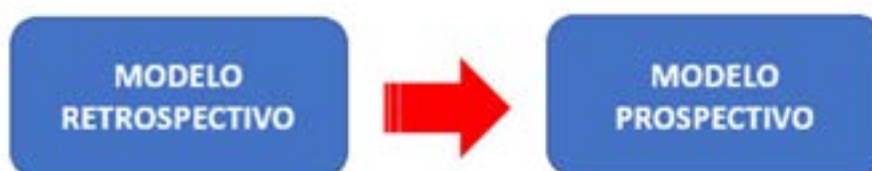
Considerando-se a população de 100.000 usuários, o valor de remuneração mensal corresponderá a R\$ 1.853.000 (R\$ 18,53 x 100.000), referente apenas aos serviços relacionados às internações hospitalares. Consistirá em um contrato de risco, cuja avaliação não poderá prescindir de uma sistema de informações gerenciais destinado a um frequente *follow up* dos resultados.

2.5.6 Remuneração sob a forma de Compartilhamento de Riscos – Shared Saving / Shared Risk

O Shared Savings/Shared Risk é um modelo de pagamento no qual os prestadores de serviços via de regra continuam a ser pagos de acordo com o sistema Fee For Service, mas recebem um bônus ou penalidade se o total de gastos da fonte pagadora são menores ou maiores que o valor que o pagador calcula e que teria gasto na ausência do programa. O bônus ou penalidade é proporcional à diferença entre o gasto projetado e o gasto real (MILLER, 2017).

2.5.7 Remuneração por DRG

Figura 5 – Modelos de Remuneração Hospitalar



Fonte: Elaborado pelo autor (2021).

Nos Estados Unidos o modelo prospectivo baseado em DRG constitui a principal forma de remuneração de internações hospitalares agudas no Medicare desde 1983 (PRESTON, 1997). Também nos países desenvolvidos da Europa o pagamento por DRG's, implementado primeiramente em Portugal em 1984, tem gradativamente substituído os modelos retrospectivos (O'RELLEY, 2012). Desde a década de 1980 tanto os Estados Unidos quanto a Europa vêm adotando modelos de pagamentos que incorporam o DRG e outros com o objetivo de reduzir os custos de maneira eficiente. A figura 5 acima, apresenta os modelos de remuneração hospitalar.

A adoção do critério de significado clínico dos grupos foi decisiva para que os

DRGs viessem a possibilitar a aproximação entre a gerência e o processo de assistência médica. Essa característica – gerar informações e dados sobre o produto hospitalar - representa uma das contribuições mais importantes que os DRGs trazem, já que capacitam a administração a compreender o trabalho médico em um hospital e o seu processo de produção, condição essencial para a gestão de hospitais. Com isso, a gestão hospitalar passa a ser conduzida pela lógica da atividade assistencial.

Após a década de 80, a metodologia se espalhou pela Europa, iniciando em Portugal e depois difundindo-se para outros países como: Espanha, França, Inglaterra, Alemanha, Suécia, Estônia, Finlândia, Áustria, Irlanda, Holanda e Polônia. Esses 12 países passaram a participar do Projeto Euro-DRG. O Euro-DRG foi um projeto financiado pela European Commission (EC), de 2009 a 2011, com o intuito de identificar os diferentes DRGs utilizados nestes 12 países e criar um sistema estruturado que permitisse a comparação de *performance* entre os países europeus.

O quadro 6, apresenta os principais impactos causados pela implantação da metodologia DRG em hospitais de 12 países europeus e respectivas estratégias utilizadas.

Quadro 6 – O Impacto do DRG Internacionalmente

Impacto do DRG	Estratégias de Hospitais
Redução do custo por paciente	Redução do tempo de permanência Redução dos serviços utilizados Pacientes selecionados Mais anestesia local
Aumento da receita por paciente	Mudança na prática de codificação Mudança nos padrões de atendimento
Aumento do número de pacientes (uso mais eficiente dos leitos)	Mudança nas regras de admissão Aumentar a reputação do hospital
Melhoria nas informações	A qualidade dos dados permite criar perfis de doenças

Fonte: PWC (2014).

É importante notar que, considerando a experiência dos países do leste europeu, grande parte dos países não mudam diretamente para um sistema de pagamento totalmente baseado em DRG (MATHAUER & WITTENBECHER, 2012).

Por exemplo, alguns países, que possuem atualmente sistemas de pagamento baseados em DRG, primeiramente passaram a operar com alocações orçamentárias para pagamento de internações e, em seguida, mudaram para pagamento baseado em casos, antes de fazer a etapa final da introdução de classificação de pacientes baseada em DRG e as taxas de pagamento por DRG. Portugal foi o primeiro país europeu a utilizar o DRG para gestão e também como sistema de pagamento em 1988. O DRG é conhecido e utilizado pelos portugueses como Grupo de Diagnósticos Homogêneos (GDH), o que talvez expresse de forma mais clara seu significado, permitindo um maior entendimento da classificação. O quadro 7 apresenta a evolução anual dos Países que possuem pagamento por DRG.

Quadro 7 – Países com o Modelo de Pagamento por DRG

País	Principal objetivo	Ano de introdução
EUA	Pagamento	1983
Portugal	Alocação de custos	1984
França	Pagamento	1991
Austrália	Pagamento	1992
Inglaterra	Pagamento	1992
Irlanda	Alocação de custos	1992
Hungria	Pagamento	1993
Finlândia	Planejamento, gerenciamento, benchmarking e pagamento	1995
Itália	Pagamento	1995
Suécia	Benchmarking, medir performance	1995
Espanha	Pagamento, benchmarking	1996
Áustria	Alocação de custos e Planejamento	1997
Coréia do Sul	Pagamento	1997
Dinamarca	Pagamento	2002
Estônia	Pagamento	2003
Alemanha	Pagamento	2003
Holanda	Pagamento	2005
Polônia	Pagamento	2008
Taiwan	Pagamento	2009

Fonte: PWC (2014).

Muitos países europeus usaram o DRG por muitos anos com o propósito de classificar e auxiliar o entendimento do produto hospitalar, assim como da gestão e melhoria da qualidade. Após um período de adaptação de duração variável, 10 anos na Inglaterra e apenas um ano na Irlanda, passaram a utilizar a classificação também

com o propósito de pagamento das despesas hospitalares (GEISLER, 2012).

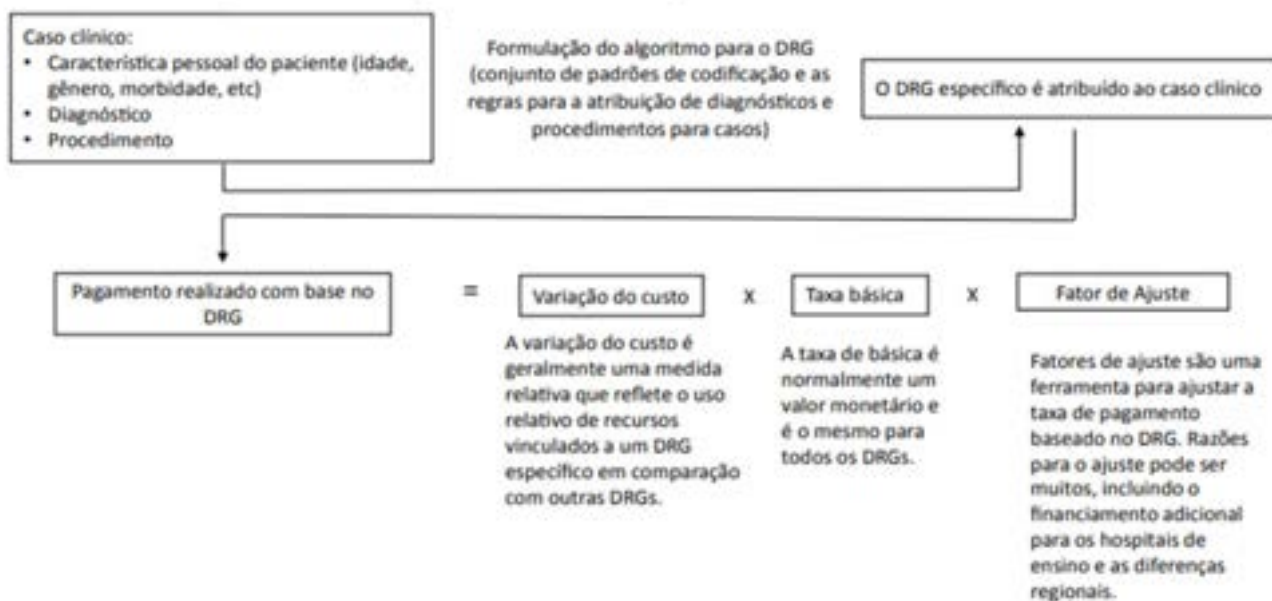
Independentemente do sistema de saúde vigente nos diferentes países, os DRGs foram implantados por razões similares, que podem ser divididas em dois grandes grupos: primeiro, para aumentar a transparência e definir os serviços que são efetivamente oferecidos pelas instituições de saúde, especialmente os hospitais; e em segundo, utilizar o DRG como ferramenta de pagamento que incentiva o uso eficiente dos recursos, pagando os hospitais pelo número e tipo dos casos tratados. A combinação de transparência e eficiência no uso dos recursos contribui para melhorar ou pelo menos garantir a qualidade do cuidado oferecido (CASAS; TOMAS, 1993).

2.5.8 O Processo de construção do DRG

Conforme já anteriormente comentado, são incorporados para a classificação do DRG os códigos do CID (Classificação Internacional de Doença), os CTP (Códigos de procedimento terapêuticos), gênero e idade. O CID é composto por 39.462 códigos e o CTP por 9.266 códigos (PWC, 2014). Um algoritmo combina os códigos e determina o DRG. O algoritmo agrupa os dados, no primeiro momento, em 25 Diagnósticos de Maior Prevalência (MDCs). Cada MDC contém diversos Grupos de Diagnóstico Relacionado. (PWC, 2014).

O processo da construção do DRG acontece após a fase de coleta das informações do paciente. Com a formulação do algoritmo para o DRG é possível atribuir o DRG específico para cada tipo de paciente. A terceira fase é aplicação do DRG para o pagamento dos serviços hospitalares. Como é apresentado na Figura 6 o pagamento é realizado com base no DRG, o qual é composto pela variação do custo, taxa básica e fator de ajuste

Figura 6 – Fluxograma de construção do Processo do DRG



Fonte: Mathauer e Wittenbecher (2013).

A remuneração baseada em DRG's tende a tornar as instituições hospitalares mais produtivas e eficientes (SCHNEIDER, 2007; LANGENBRUNNER et al, 2009, STRESSER, 2011). Uma das principais consequências da remuneração prospectiva é a redução do tempo médio de internação. Chalkley e Malcomstons (2000) estimam que essa redução pode chegar a 25% em 5 anos. De fato, Cashi et al. (2005) mostraram que a duração média das internações financiadas pelo Medicare, nos EUA, diminuiu 15% após os três primeiros anos de pagamento prospectivo baseado no DRG. A menor duração das internações diminui a ocorrência de infecções hospitalares, aumenta o acesso da população ao sistema de saúde (menor tempo de espera para internações eletivas) e reduz os gastos assistenciais (HUSSER, 2012).

De acordo com Lynk (2001), a remuneração baseada em DRG pode reduzir o custo médio das internações em até 50%. Saqr et al. (2008) mostraram que o pagamento prospectivo baseado no DRG reduziu o custo médio das internações agudas de longa duração financiadas pelo Medicare em 24% em 3 anos. Como exemplo de redução de custos, ela pode variar dependendo do tipo de classificação de DRG utilizado. Wynn e Scott (2007) calcularam a projeção da economia financeira para os grupos de DRG chamados Severity of Illness (SOI)* e All Patient Severity (APS)**. Para o ano de 2007, a projeção da economia foi de aproximadamente US\$ 8,5 bilhões para SOI e US\$ 9,1 bilhões para APS.

*O SOI é uma classificação médica por severidade da doença sendo elas

classificadas como: baixa, moderada, grave e extremo. Tem como objetivo fornecer uma base para avaliar a utilização de recursos do hospital ou para estabelecer diretrizes de atendimento ao paciente (WYNN e SCOTT, 2007). ** O APS possui características parecidas ao SOI (WYNN e SCOTT, 2007).

Essa economia possibilitaria redistribuir os valores para outros investimentos hospitalares aumentando a eficiência de pagamentos (WYNN e SCOTT, 2007).

Alguns autores sugerem, no entanto, que o modelo de pagamento prospectivo baseado no DRG estimula o comportamento oportunista entre os prestadores de serviços, o que pode limitar a contenção dos gastos hospitalares para os financiadores– programas públicos e planos de saúde (LEISTER e STAUSBERG, 2005; PONGPIRUL e ROBINSON, 2013). Exemplos dessa situação são demonstrados por Silverman e Skinner (2004). Eles destacam que pacientes que normalmente necessitam de cuidados de saúde relativamente simples são classificados em grupos de diagnósticos mais graves, aumentando, assim, o valor reembolsado pelas fontes pagadoras e, conseqüentemente, a lucratividades dos hospitais. Cashin et al. (2005) sugerem, ainda, que o pagamento prospectivo estimula a internação de pacientes que poderiam ser tratados em nível ambulatorial.

No Quadro 8 são apresentados os dados referentes ao referencial teórico agrupados por temática, autor, data de publicação, contribuições ao tema DRG e a que objetivos do trabalho a publicação se relaciona.

Quadro 8 - Referências bibliográficas, principais autores e contribuições

TEMAS	PRINCIPAIS AUTORES	CONTRIBUIÇÕES
• Histórico e Classificação DRG	Veras, 1990; Noronha, 1991; Noronha; Portela; Lebrão, 2004	• Metodologia de classificação DRG no Brasil. Usos do DRG como ferramenta de gerenciamento hospitalar. Alocação de recursos. Classificação AP-DRG. Importância de tempo de internação hospitalar como proxy de consumo de recursos. Grau de homogeneidade dos DRG.
• Desempenho e Gestão Hospitalar por DRG	Taroni, 1995; MCMahon, 1987; Jegers et al , 2002	• Uso dos DRGs em gerenciamento hospitalar e avaliação da performance. Efeitos do pagamento antecipado na qualidade assistencial hospitalar. DRG e variabilidade no consumo de recursos hospitalares. • Hospital é reembolsado por cada caso, um valor fixo, determinado pelo DRG. O pagamento não é realizado com base no que foi gasto no caso específico, mas por um valor que exprime o gasto médio daquele DRG, podendo ter um fator de correção
• Gestão de Custos Hospitalares / Modelos de Remuneração Hospitalar	Matos, 2002; Martins, 2003; Falk, 2001	• Síntese da metodologia, dos instrumentos gerenciais da gestão de custos e modelos de remuneração aplicada à empresa hospitalar
• Design Science Research	Dresch, Lacerda, Antunes Jr., 2015	• Propor novo método de pesquisa para auxiliar a solução de problemas nas áreas de negócios, ciência e tecnologia

Fonte: Elaborado pelo autor (2022).

3 METODOLOGIA

A falta de atenção com a relevância nos estudos científicos prejudica a troca de conhecimentos entre profissionais e acadêmicos (FORD et al., 2003).

O conhecimento científico surge da necessidade de o homem não assumir uma posição meramente passiva, de testemunha dos fenômenos, sem poder de ação ou controle dos mesmos. Cabe ao homem, otimizando o uso da sua racionalidade, propor uma forma *sistemática, metódica e crítica* da sua função de *desvelar* o mundo, compreê-lo, explicá-lo e dominá-lo.

Para avaliar um conhecimento científico existem critérios internos e externos. Os internos são: coerência, ou ausência de contradições; consistência, capacidade de resistir a argumentos contrários; originalidade, trazer contribuições novas e objetivas, reproduzir a realidade como ela é de fato.

Os critérios externos são: intersubjetividade, divulgação, reprodutibilidade, ou seja, integração com o meio, com a comunidade. O que difere o “homem comum” do cientista é o método (VIEGAS, 1999).

A presente pesquisa, de abordagem quanti-qualitativa e caráter exploratório, objetiva propor um *framework* que oriente a implantação da metodologia DRG para avaliar o desempenho econômico das casuísticas cirúrgicas e clínicas e proposição como modelo de remuneração dos serviços dos HPDRGB. Com base neste objetivo, selecionou-se o método da *Design Science Research* (DSR), que é orientada à solução de problemas específicos, visando encontrar uma solução satisfatória (DRESCH et al., 2015). A DSR procura resolver problemas de campo, com caráter prescritivo, e atrelados a importantes problemas empresariais (AKEN, 2004; DRESCH; LACERDA; JÚNIOR, 2015; SORDI; AZEVEDO; MEIRELES, 2015).

Com abordagem pragmática, a DSR fundamenta e operacionaliza a condução de pesquisas quando o objetivo é desenvolver um artefato que permita encontrar uma solução satisfatória para o problema prático apresentado (AKEN, 2004; DRESCH; LACERDA; JÚNIOR, 2015). Os artefatos podem ser, conforme Quadro 9: modelos, constructos, métodos, instanciações ou *design propositions*, todos criados pelo homem com o propósito de resolver problemas (HEVNER et al., 2004; ÇAGDAS; STUBKJAER, 2011; DRESCH; LACERDA; JÚNIOR, 2015).

Quadro 9 – Tipo de artefatos

Tipo de Artefato	Descrição
Constructos	Também chamados de elementos conceituais são o vocabulário de domínio, os conceitos usados para descrever os problemas dentro do domínio e especificar as respectivas soluções.
Modelos	Conjunto de proposições ou declarações que expressam a relação entre os constructos; são representações da realidade que apresentam as variáveis de determinado sistema e suas relações.
Métodos	Conjunto de passos necessários para desempenhar determinada atividade, podendo estar ligados aos modelos.
Instanciações	A execução do artefato em seu ambiente, são artefatos que operacionalizam outros artefatos. A instanciação demonstra a viabilidade e eficácia dos modelos e métodos que ela contempla.
<i>Design propositions</i>	Contribuições teóricas que podem ser feitas por meio da aplicação da <i>designscience research</i> . Corresponde a um modelo genérico que pode ser utilizado para o desenvolvimento de soluções para uma determinada classe de problemas.

Fonte: Adaptado de Dresch, Lacerda e Júnior (2015).

Neste caso, entendeu-se que um artefato do tipo constructos é capaz de apoiar o desenvolvimento de propostas de valor para produtos e serviços baseados no DRG (classe de problema), ajudando as organizações a identificarem os elementos necessários para este desenvolvimento.

3.1 DELINEAMENTO DA PESQUISA

Neste sentido, o método da Design Research se apresenta como uma possibilidade relevante para a pesquisa sobre a metodologia DRG, e representa uma mudança de paradigma. Ele pressupõe a ação do pesquisador em uma determinada realidade, compreendendo um problema, construindo e testando uma possível solução para ele. O pesquisador não é mais um observador, mas um indivíduo que age no contexto pesquisado, buscando compreender uma determinada realidade, em que utiliza o seu potencial criativo para a geração de soluções para problemas ou necessidades reais. Segundo Wang e Hannafin (2005), o Design Research desafia a suposição de que uma pesquisa poderá ser "contaminada" pela influência externa do pesquisador. Ao contrário, os pesquisadores, nesse método, podem gerenciar processos de pesquisa em colaboração com os participantes, para desenhar e implementar intervenções sistematicamente, refinando e melhorando os projetos iniciais, para, finalmente, avançar o conhecimento e soluções para problemas reais tanto em aspectos pragmáticos quanto teóricos. É nesse contexto

que o pesquisador teve a visão de criar um artefato para conectar demanda do prestador (Hospital) com a oferta do operador (convênios e particulares). Conseqüentemente, pode ser relevante o uso, a adaptação, ou a fusão de frameworks existentes na literatura que apresentem soluções de como criar valor para os principais problemas enfrentados por hospitais,

3.2 CAMPO DE ESTUDO

11 Hospitais Gerais, sendo 9 de grande porte (HGGP) definido como hospital que tem de 151 à 500 leitos e 2 de médio Porte (HGMP), definido como hospital que tem de 51 à 150 leitos pelo Ministério da Saúde, privados, filantrópico e não filantropico , situados em seis estados do Brasil e que totalizam 2.470 leitos. Os critérios de inclusão foram dos hospitais com dados assistenciais e de custos.

3.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA

A seleção de casos múltiplos se deu para responder aos propósitos específicos da questão de pesquisa proposta, que consiste na utilização do DRG para avaliar o desempenho econômico e modelo de remuneração das casuísticas cirúrgica e clínica de Hospitais da Plataforma DRG Brasil (HPDRGB). A seleção da organização estudada (Grupo IAG Saúde) se deu por ser o aprofundamento do tema DRG, assunto estratégico de interesse da mesma e também do próprio pesquisador.

Critérios de inclusão : Pacientes com dados assistencias e de custos.

População: Pacientes com alta hospitalar dos HPDRGB no período de Abril de 2019 a Março 2020 (antes da pandemia).

Amostra : 62.684 internações de pacientes classificados nos DRGs cirúrgicos e clínicos: DRGs cirúrgicos com 43.833, representando 69,93% da amostra; DRGs clínicos com 18.851, representando 30,07% da amostra pesquisada

3.4 COLETA DE DADOS

O projeto de pesquisa foi submetido ao comitê de Compliance da empresa que disponibilizaria o acesso ao banco de dados dos hospitais pesquisados e que

dispunham de informação de custos dos atendimentos (Contrato de Cessão de Dados) e ao CEP da Universidade do Vale do Rio dos Sinos (UNISINOS), Parecer 5.640.934 e CAAE 610.864.22.8.0000.5344, a ser apreciado e posteriormente aprovado em estando adequado, ética e metodologicamente, conforme APÊNDICES A e B.

A metodologia do *Design Science Research* prevê a execução de um trabalho cíclico entre o desenvolvimento de um artefato e sua avaliação, de forma que a análise realizada em cada etapa contribua para o desenvolvimento de uma nova versão, melhorada, do artefato (DRESCH; LACERDA; JUNIOR, 2015). Assim, as etapas de coleta de dados e de análise de dados da pesquisa acabam repetindo-se ciclicamente ao longo de sua execução, uma vez que a análise dos dados obtidos em uma etapa contribui para o incremento do artefato que é então submetido a nova avaliação. O pesquisador gerencia o processo em colaboração com os participantes de cada etapa, resultando em um aprimoramento sistemático do objeto de pesquisa, de forma que traga soluções para o problema proposto e que aprimore o conhecimento teórico e prático sobre o tema (FREITAS JÚNIOR et al., 2015).

3.4.1 Painel de Especialistas

Na sequência, as etapas de desenvolvimento e avaliação serão realizadas em forma cíclica, através das opiniões e críticas dos especialistas consultados, até a fase da conclusão com a finalização do modelo, conforme descrito nos próximos parágrafos.

Seguindo as etapas do método do *Design Science Research*, após a construção da primeira versão do artefato (AV1), este será testado e aperfeiçoado na fase de intersubjetividade, em que foi submetido à avaliação e crítica através de duas etapas, a saber:

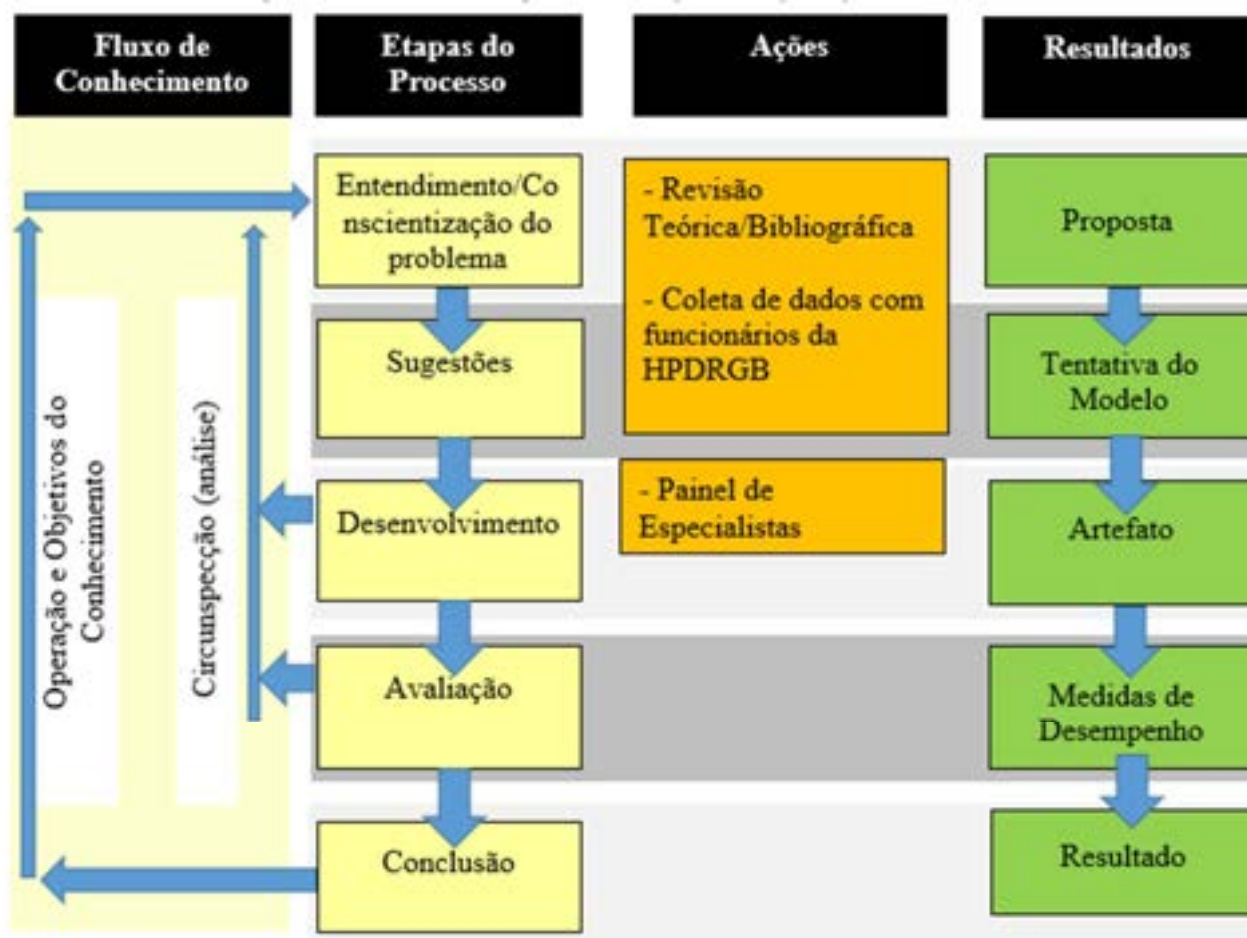
Painel de Especialistas: Serão convidados quatro especialistas na área estudada, um deles inclusive da empresa da plataforma DRG Brasil, com experiência profissional, atuantes no mercado e, em suas empresas, ligados ao setor de Saúde. As entrevistas serão realizadas em ambiente virtual e ou envio de questionário a ser preenchido, em decorrência da pandemia na época da pesquisa. Para Pinheiro, Farias e Abe-Lima (2013), os especialistas acrescentam uma perspectiva bem específica sobre o assunto, a ser integrada com outras visões sobre o problema de pesquisa, embora não implicando palavra final ou definitiva. Ainda, Entendemos que buscar a opinião e a informação de testemunhas privilegiadas (os especialistas)

quanto ao conhecimento de aspectos da realidade sob investigação é uma estratégia a ser integrada às sondagens de usuários e outros recursos de pesquisa. Nessa perspectiva, o painel de especialistas deixa de ter caráter de autoridade conhecedora, de “palavra final” sobre o assunto; deixa de ser um vaticínio a ser seguido pelo público leigo mal-informado ou desinformado (os usuários). Sua inserção no projeto de pesquisa se caracteriza muito mais como processo do que como produto; mais concatenada com uma abordagem indutiva do que dedutiva; mais coerente com paradigmas ecológicos e complexos, do que de inspiração positivista. (PINHEIRO; FARIAS; ABE-LIMA, 2013, p. 191).

O resultado do Painel de Especialistas, combinado com as informações coletadas junto a funcionários da Plataforma DRG Brasil, subsidiarão alterações na versão AV1, construído-se assim uma segunda versão do artefato (AV2), conforme será descrito mais adiante.

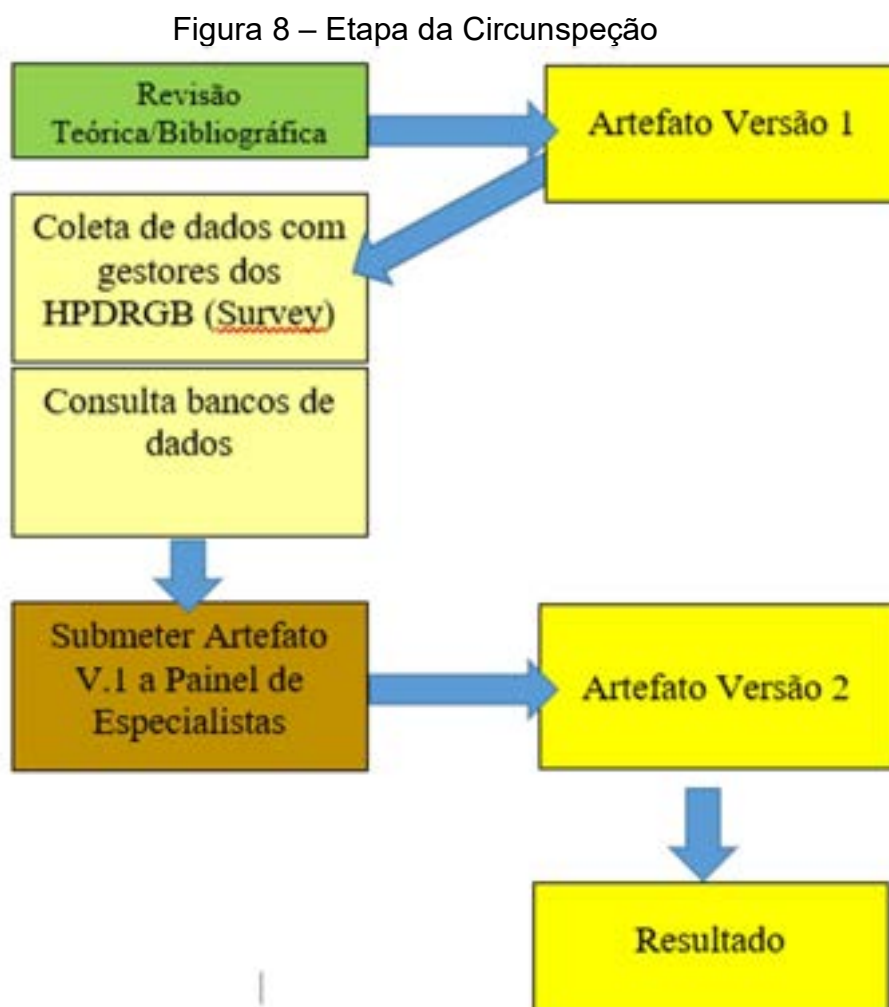
Na sequência as figuras 7 e 8 recapitulam em forma de esquema as etapas a serem realizadas para o atingimento dos objetivos desta pesquisa.

Figura 7 – Metodologia das etapas de pesquisa



Fonte: Adaptado de Freitas Júnior et al. (2015).

Aplicando a etapa de circunspeção (análise) da pesquisa proposta no esquema da figura 7, desenhamos a produção cíclica do artefato proposto – um Framework – conforme exposto na figura 8.



Fonte: Adaptado de Lacerda et al. (2013).

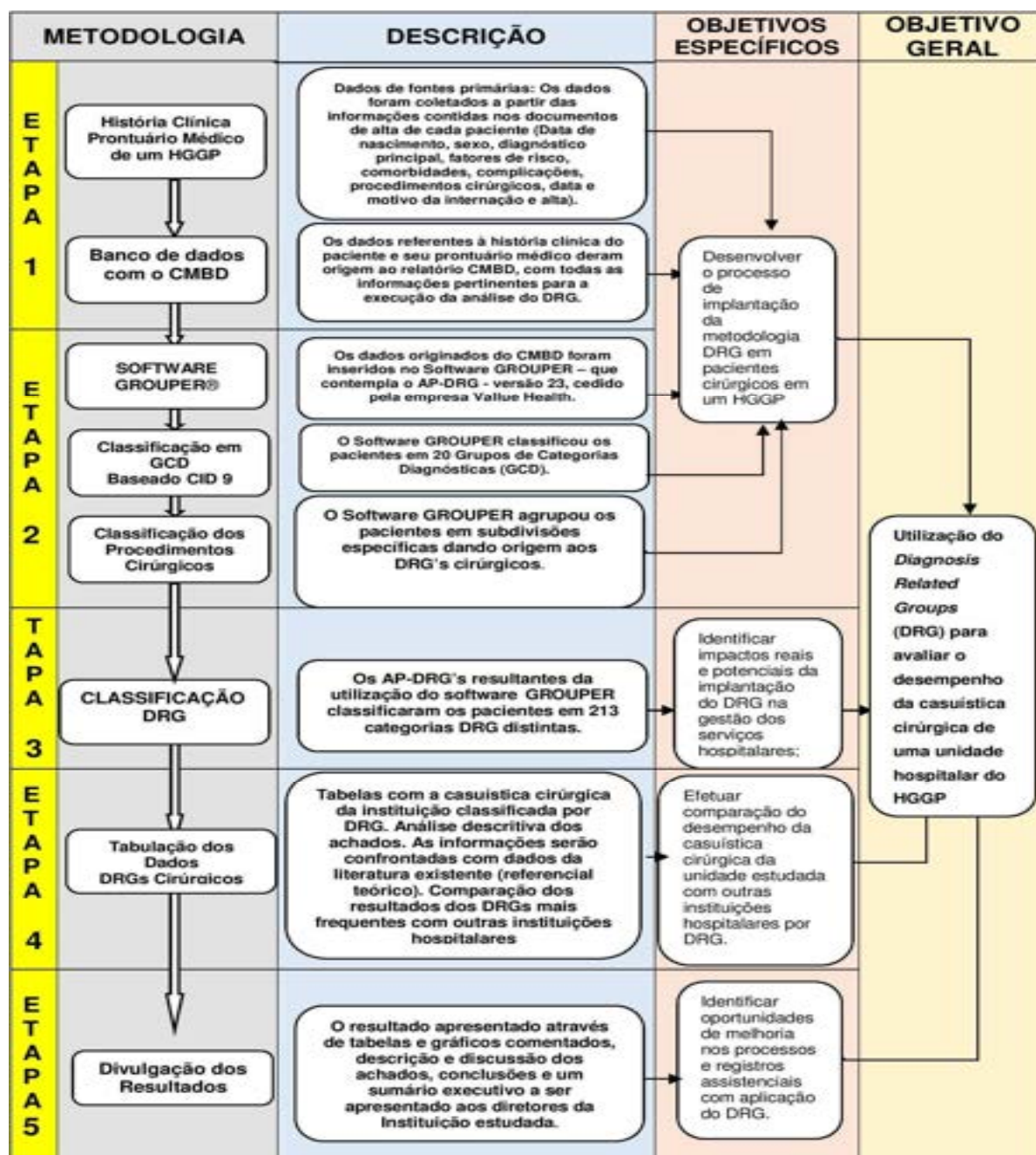
3.5 ANÁLISE DE DADOS

O grau de detalhamento definido pelos DRGs permite, partindo de uma perspectiva clínica ou cirúrgica, localizar os processos de atendimentos de um hospital em que haja possibilidades de melhoria, comparando-os com os resultados observados noutros hospitais para o mesmo grupo de paciente (DRG). Permite, ainda, destacar quais as áreas de excelência de atendimento da instituição hospitalar (REUSCH 2015).

O quadro 10 demonstra no formato de esquema, as etapas de um estudo de

caso nas etapas de coleta e análise de dados e como estas se relacionam com os objetivos da pesquisa.

Quadro 10 - Esquema do estudo na fase de coleta de dados e análise
(a ser adaptado e usado no estudo)



Fonte: REUSCH (2015).

4 RESULTADOS DA PESQUISA E DISCUSSÃO

Seguindo a proposta de dissertação definida na metodologia no capítulo anterior, vencidas as etapas de definição do problema de pesquisa e revisão de literatura que orientaram o método de trabalho e os procedimentos de coleta e análise dos dados, passam, agora, a ser descritos os resultados e discutidos os achados da pesquisa.

O *Software da Plataforma DRG Brasil* classificou inicialmente os pacientes em 25 GDM e posteriormente agrupou os pacientes em subgrupos específicos (conforme características clínicas e consumo de recursos), dando origem aos DRGs Clínicos e cirúrgicos. Os AP-DRGs resultantes da utilização do *Software da Plataforma DRG Brasil* classificaram os pacientes em 687 categorias DRG clínicas e cirúrgicas distintas. A listagem completa de todos 687 DRGs da amostra (dos 989 possíveis) e seu código respectivo está no APÊNDICE G.

A análise e descrição dos dados tabulados irão oferecer aos gestores hospitalares uma visão detalhada dos mais frequentes tipos de procedimentos clínicos e cirúrgicos e a quais especialidades médicas estão relacionados na instituição APÊNDICE I. São importantes dados para determinar o perfil epidemiológico dos pacientes clínicos e cirúrgicos atendidos e nortear a gestão médica e administrativa nas instituições participantes da pesquisa.

A classificação DRG permitiu comparar o desempenho assistencial e econômico para os 11 hospitais da amostra pesquisada. Essa qualificação na classificação, associada à obtenção dos dados de hospitalização encontrados nos resumos de saídas hospitalares obtidos na base de dados dos hospitais da plataforma DRG Brasil, é o que permite sua utilização para diversos propósitos dentro da área de gestão dos serviços hospitalares.

Os objetivos dos DRGs como ferramenta de microgestão na área da saúde, compreendem: o conhecimento do perfil nosológico dos hospitais, o monitoramento da utilização dos serviços hospitalares, a composição das casuísticas clínica e cirúrgica dos hospitais, a aproximação da linguagem médica da dos demais gestores, a avaliação da qualidade do cuidado, o desempenho dos serviços e dos médicos, a avaliação da eficiência dos serviços (tempo de permanência hospitalar) e um importante subsídio para comparação e avaliação interna, bem como uma adequada comparação com outras organizações (externa).

Como ferramenta de macrogestão existem importantes possibilidades, como a organização da rede de prestadores, sistemas de regionalização e hierarquização do cuidado à saúde, identificação de unidades subutilizadas e ampliação ou planejamento de novos serviços (CASAS; TOMAS, 1993; NORONHA; PORTELA; LEBRÃO, 2004; VERAS et al, 1990).

Para as próximas etapas da análise desta pesquisa, foram geradas tabelas com as casuísticas cirúrgica e clínica dos HGMGP, agrupadas por DRG, com a quantidade de saídas (número de pacientes classificados em cada DRG no período do estudo), a média de idade (em anos) dos pacientes de cada categoria DRG, a taxa de mortalidade específica, e o tempo médio de permanência hospitalar (TMP) ocorrido versus o previsto.

A análise consistiu em uma abordagem exploratória e descritiva dos dados, respondendo aos objetivos geral e específicos do estudo. A partir das tabelas com a casuísticas clínica e cirúrgica por DRG, as informações foram confrontadas com informações descritas na literatura existente (referencial teórico). Para comparação e avaliação de desempenho no presente estudo foram utilizados dados do Sistema de Saúde Brasileiro dos Hospitais da Plataforma DRGB (contempla saúde Pública e Suplementar), comparando-se os tempos médios de permanência hospitalar dos 20 DRGs clínicos e cirúrgicos mais frequentes das instituições objeto desta pesquisa.

4.1 ANÁLISE POR CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS

No período de análise da presente pesquisa, ocorreram 62.684 altas hospitalares de pacientes clínicos e cirúrgicos, onde predominaram atendimentos hospitalares ao sexo feminino com 58,1% da amostra. A média de idade da população atendida foi de 48,6 anos e maior concentração na faixa etária entre 18 e 59 anos com 37.475 altas hospitalares.

Tabela 2 – Características Sociodemográficas

Características sociodemográficas		
Características	n	%
Sexo - n (%)		
Feminino	36.417	58,1
Masculino	26.267	41,9
Total	62.684	100,0
Idade (anos)		
Média ± d.p.	48,6 ± 21,7	
P ₅₀ (P ₂₅ – P ₇₅)	48,0 (33,0 – 66,0)	
Faixa etária - n (%)		
Até 28 dias	541	0,9
De 29 dias a 17 anos	3.710	5,9
De 18 a 59 anos	37.475	59,8
De 60 a 69 anos	8.507	13,6
De 70 a 79 anos	7.060	11,2
80 anos ou mais	5.391	8,6
Total	62.684	100,0

Fonte: Elaborado pelo autor (2022).

4.2 ANÁLISE POR CATEGORIA DIAGNÓSTICA MAIOR

Distribuídas em 25 categorias, denominadas Categoria Diagnóstica Maior (MDC). A Tabela 3 demonstra a classificação dos pacientes nas suas respectivas categorias. A análise e descrição dos dados tabulados ofereceram uma visão detalhada das mais frequentes ocorrências de eventos clínicos e cirúrgicos e a qual especialidade médica estão relacionados nas instituições.

Tabela 3 - Ocorrência de DRGs por Categoria Diagnóstica Maior, Número de Altas e Média de Permanência

Ocorrência de internações por Categoria Diagnóstica Maior (MDC)			
MDC	Descrição MDC	Altas	Permanência Média
-1	Sem MDC Associado	871	4,8
0	Pré-Grandes Categorias Diagnósticas	324	35,7
1	Doenças e Distúrbios do Sistema Nervoso	3.064	5,4
2	Doenças e Distúrbios do Olho	234	1,7
3	Doenças e Distúrbios do Ouvido, Nariz, Boca e Garganta	3.130	1,1
4	Doenças e Distúrbios do Sistema Respiratório	2.911	6,8
5	Doenças e Distúrbios do Sistema Circulatório	5.320	4,4
6	Doenças e Distúrbios do Sistema Digestivo	6.985	3,3
7	Doenças e Distúrbios do Sistema Hepatobiliar e Pâncreas	3.141	2,9
8	Doenças e Distúrbios do Sistema Músculo-esquelético e Tecido Conjuntivo	10.542	2,5
9	Doenças e Distúrbios da Pele, Tecido Celular Subcutâneo e Mama	4.222	1,7
10	Doenças e Distúrbios Endócrinos Nutricionais e Metabólicos	2.404	2,2
11	Doenças e Distúrbios do Rim e do Trato Urinário	5.151	2,7
12	Doenças e Distúrbios do Sistema Reprodutivo Masculino	1.614	1,9
13	Doenças e Distúrbios do Sistema Reprodutivo Feminino	2.822	1,6
14	Gravidez, Parto e Puerpério	4.244	2,6
15	Recém-nascidos e Neonatos com Afecções do Período Perinatal	539	12,3
16	Doenças e Distúrbios do Sangue/Órgãos Hematopoiéticos e Doenças Imunológicas	751	3,6
17	Doenças e Distúrbios Mieloproliferativas e Neoplasias Mal Diferenciadas	787	8,2
18	Doenças Infecciosas e Parasitárias, Sistêmicas ou de Localização Não Específica	1.158	10,2
19	Doenças e Distúrbios Mentais	277	3,4

20	Uso de Álcool/Droga e Distúrbios Mentais Orgânicos Induzidos por Álcool ou Droga	16	3,1
21	Traumatismos, Intoxicações e Efeitos Tóxicos de Drogas	565	4,3
22	Queimaduras	29	10,2
23	Fatores com Influência no Estado de Saúde e Outros Contatos com os Serviços de Saúde	1.532	1,7
24	Traumatismos Múltiplos Significativos	11	9,5
25	Infecções pelo Vírus da Imunodeficiência Humana	40	11,6
	Total	62.684	3,5

Fonte: Elaborado pelo autor (2022).

A análise determinou o perfil epidemiológico dos pacientes clínicos e cirúrgicos atendidos nas 11 instituições pesquisadas o que pode nortear a gestão médica e administrativa das mesmas. Determina também as áreas de maior necessidade de investimentos e acompanhamento por parte da gestão das instituições.

Os dados assistenciais disponibilizados na pesquisa, demonstraram que a média geral de permanência dos pacientes nas instituições foi de 3,5 dias e uma taxa de mortalidade específica de 2,57%. Estes dados já demonstram a importância da classificação em termos de desempenho e avaliação institucional e permitem comparação e desenvolvimento de políticas e processos adequados.

Identificada a oportunidade de otimizar o tempo de permanência dos pacientes em unidade de internação após a realização de atendimento clínico e de procedimento cirúrgico de baixa e média complexidade.

Uma medida eficaz a partir das boas práticas com o uso do DRG Admissional, associado ao gerenciamento de leitos e alta segura, possibilitará a atuação da equipe multidisciplinar (médicos, diretores, codificadores, enfermeiros, farmacêuticos, fisioterapeutas, administradores) para melhores resultados assistenciais.

Outra medida gerencial eficaz para a diminuição do tempo de permanência institucional, é a de incentivar a mudança do mix institucional, aumentando a proporção de pacientes cirúrgicos na instituição em relação aos clínicos. Este movimento é desenvolvido através de políticas gerenciais específicas direcionadas aos pacientes cirúrgicos e às especialidades médicas envolvidas. Diversas medidas podem ser tomadas neste sentido, como a ampliação da capacidade cirúrgica, novas tecnologias para procedimentos cirúrgicos, priorização das especialidades cirúrgicas (Apêndice I) como Traumatismo-Ortopedia que representou 16,6% das ocorrências, Cirurgia Geral com 13,0% das ocorrências, Ginecologia e Obstetrícia com

participação de 10,7% Urologia com 7,9%, Clínica Médica com 6,0% das ocorrências, Cardiologia com 4,8%, Otorrinolaringologia com 4,1%, Oncologia Clínica com 3,5%, Cirurgia Plástica com 2,8% e Pediatria com 1,9%, somente estas 10 especialidades concentraram 71,2% das ocorrências, equivalente a 44.700 internações (do total de 66.684) no período na amostra pesquisa. Medidas administrativas como facilitação de agendamento cirúrgico, agilização das autorizações de procedimentos junto às operadoras de planos de saúde e o controle e priorização de internações cirúrgicas nos setores de internação e emergência, podem ser muito eficazes. Esta assertiva, pressupõe a capacidade de hospitais gerenciarem as suas portas de entrada de acordo com as suas preferências, mas eles também estão submetidos as necessidades epidemiológicas e sazonais da população atendidas.

A categoria diagnóstica mais prevalente foi Doenças e Distúrbios do Sistema Músculo-esquelético e Tecido Conjuntivo 10.542 ocorrências e representando 16,8% da amostra na pesquisa. Os pacientes dessa categoria possuem média de permanência de 2,5 dias. Ela corresponde a procedimentos realizados pela especialidade de Ortopedia e Traumatologia.

A segunda categoria, em número total de procedimentos é a Doenças e Distúrbios do Sistema Digestivo com 6.985 ocorrências, representando 11,1% e sendo que as mesmas permaneceram internadas na instituição por cerca de 3,3 dias em média. A classificação torna clara a importância epidemiológica desta categoria.

A terceira categoria, em número total de procedimentos é a Doenças e Distúrbios do Sistema Circulatório com 5.320 ocorrências, representando 8,5% e com média de permanência de 4,4 dias.

A quarta maior categoria diagnóstica, em número total de procedimentos é a Doenças e Distúrbios do Rim e do Trato Urinário com 5.151 ocorrências, representando 8,2% e sendo que as mesmas permaneceram internadas na instituição por cerca de 2,7 dias em média.

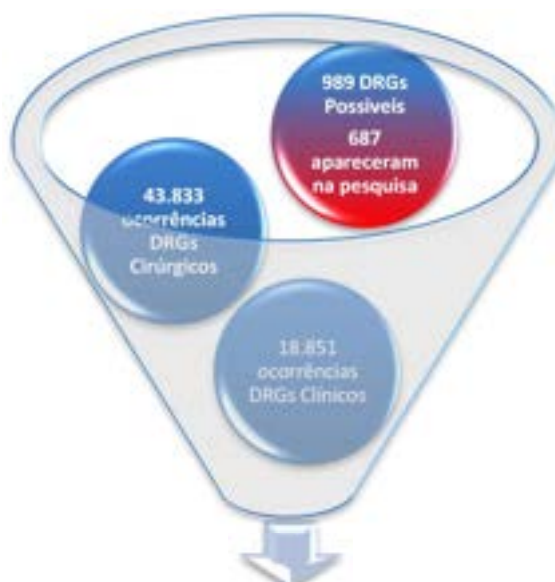
A quinta categoria de maior frequência, foi a Gravidez, Parto e Puerpério, com média de permanência de 2,6 dias. Esta posição no ranking, poderia ser uma surpresa para muitos gestores hospitalares que normalmente não consideram sua relevância. Já, como especialidade médica os DRGs desta categoria ficaram na terceira posição em ocorrências com participação de 10,7% na pesquisa. E que oportunamente, essa categoria poderá ser utilizada para definir a relação de cesarianas com partos normais, de grande importância social.

Somadas, somente estas cinco maiores grandes categorias diagnósticas, representaram 32.242 ocorrências, representaram 51,4% da amostra pesquisada.

Cabe salientar, que mais importante do que a seleção de casos de menor permanência, seria a análise do tempo obtida pelas instituições nos DRGs mais prevalentes em relação ao tempo de permanência previsto para cada um destes DRGs. Esta análise permitiria também, o desenvolvimento de estratégias dos hospitais para reduzirem o tempo de permanência e aumentando a sua eficiência, o giro dos leitos e o melhor aproveitamento da capacidade instalada.

4.3 ANÁLISES DOS DRGS MAIS FREQUENTES NOS HGMGP

Figura 9 – Redução de Categorias para Gerenciamento com DRG



20 DRGs representaram 39,9% da Amostra pesquisada

40 DRGs representaram 56,1% da Amostra pesquisada

80 DRGs representaram 70,1% da Amostra pesquisada

Fonte: Elaborado pelo autor (2022).

A Tabela 4 demonstra os 20 DRGs mais frequentes na amostra e seu código específico, por número de ocorrências, independentes de sua classificação em Categorias Diagnósticas Maiores. Cada um dos DRGs tem um código, atribuído pelo *Software da Plataforma DRG Brasil Versão 14*, por ocasião da análise inicial.

Tabela 4 – Os 20 DRGs mais frequentes e seu código. Ocorrência por número de altas hospitalares (pacientes).

DRGs mais prevalentes		
DRG	Descrição DRG	Número de altas
670	CIRURGIAS TRANSURETRAL SEM CC/MCC	2.156
766	CESARIANA SEM CC/MCC	2.095
419	COLECISTECTOMIA LAPAROSCÓPICA SEM EXPLORAÇÃO DO DUCTO COMUM SEM CC/MCC	2.076
743	CIRURGIA UTERINA E DOS ANEXOS PARA DOENÇAS NÃO NEOPLÁSICAS SEM CC/MCC	1.835
134	OUTRAS CIRURGIAS DO OUVIDO, NARIZ, BOCA E GARGANTA SEM CC/MCC	1.652
489	CIRURGIA DO JOELHO SEM DIAGNÓSTICO PRINCIPAL DE INFECÇÃO SEM CC/MCC	1.640
581	CIRURGIA DA PELE, TECIDO SUBCUTÂNEO E MAMA SEM CC/MCC	1.612
621	CIRURGIAS PARA OBESIDADE SEM CC/MCC	1.343
512	CIRURGIAS DO OMBRO, COTOVELO OU ANTEBRAÇO EXCETO ARTICULAÇÃO MAIOR SEM CC/MCC	1.176
470	PRÓTESE DO QUADRIL OU DO JOELHO OU RECOLOCAÇÃO DE MEMBROS INFERIORES SEM MCC	1.084
352	CIRURGIAS DE HÉRNIA INGUINAL E FEMORAL SEM CC/MCC	1.026
343	APENDICECTOMIA SEM DIAGNÓSTICO PRINCIPAL COMPLEXO SEM CC/MCC	987
392	ESOFAGITE, GASTROENTERITE E OUTRAS DOENÇAS DIGESTIVAS SEM MCC	892
263	LIGADURA E REMOÇÃO DE VEIA	880
765	CESARIANA COM CC/MCC	854
585	BIÓPSIA DA MAMA, EXCISÃO LOCAL E OUTRAS CIRURGIAS DE MAMA SEM CC/MCC	811
247	CIRURGIA CARDIOVASCULAR PERCUTÂNEA COM STENT FARMACOLÓGICO SEM MCC	756
690	INFECÇÕES DO RIM E TRATO URINÁRIO SEM MCC	742
520	PROCEDIMENTOS DO DORSO E PESCOÇO, EXCETO FUSÃO ESPINHAL SEM CC / MCC	723
775	PARTO VAGINAL SEM DIAGNÓSTICOS COMPLICADORES	679

Fonte: Elaborado pelo autor (2022).

4.4 ANÁLISE COMPARATIVA DA AMOSTRA ESTUDADA COM OUTRAS INSTITUIÇÕES HOSPITALARES

A última etapa da análise se utiliza de uma das maiores virtudes da classificação DRG, que é a de permitir uma comparação adequada da *performance* hospitalar entre diferentes instituições. Qualquer que seja a perspectiva utilizada para avaliar o desempenho dos hospitais, deve-se contemplar uma classificação que leve em conta as características dos doentes que podem influenciar no resultado da assistência (COSTA, 1994). A finalidade de levar em conta estas características, denominadas também ajuste pelo risco, é a de conhecer os fatores que os pacientes apresentam ao serem tratados em uma instituição de saúde e que afetam a probabilidade de obterem um resultado bom ou não (IEZZONI et al, 1996).

O uso da classificação DRG define uma mensuração objetiva do produto hospitalar. Ela elimina o case-mix como fator de confusão na interpretação dos indicadores de produção, *performance*, qualidade e eficiência.

O tempo de permanência hospitalar (internação) tem um papel fundamental na gestão hospitalar, pois é o fator que melhor explica a variabilidade dos custos relacionados a cada DRG (CHORDÁ; SOLER, 2011). É a variável isolada que melhor define o consumo de recursos em uma internação hospitalar. Por este motivo, para comparação da amostra com outras instituições hospitalares utilizaremos o tempo de permanência hospitalar (em dias) por DRG, dos 20 DRGs mais frequentes no HGMGP, de acordo com a Tabela 5.

Para comparação e avaliação de desempenho no presente estudo foram utilizados o banco de dados da Plataforma DRGBrasil referente ao Sistema de Saúde do Brasil. Foram utilizados dados brasileiros para a comparação com as casuísticas Clínicas e Cirúrgicas dos HGMGP, pois a qualidade assistencial dos hospitais é robusta.

Tabela 5 - Comparação por média de permanência hospitalar (em dias) dos 20 DRGs mais frequentes nos HGMGP, com a casuística do sistema de Saúde Brasileiro

20 DRGs mais prevalentes				
DRG	Descrição MDC	Altas	Permanência Média (dias)	Permanência Prevista (dias)
670	CIRURGIAS TRANSURETRAL SEM CC/MCC	2.156	1,2	0,9
766	CESARIANA SEM CC/MCC	2.095	2,3	2,1
419	COLECISTECTOMIA LAPAROSCÓPICA SEM EXPLORAÇÃO DO DUCTO COMUM SEM CC/MCC	2.076	1,3	1,0
743	CIRURGIA UTERINA E DOS ANEXOS PARA DOENÇAS NÃO NEOPLÁSICAS SEM CC/MCC	1.835	1,1	1,0
134	OUTRAS CIRURGIAS DO OUVIDO, NARIZ, BOCA E GARGANTA SEM CC/MCC	1.652	0,6	0,6
489	CIRURGIA DO JOELHO SEM DIAGNÓSTICO PRINCIPAL DE INFECÇÃO SEM CC/MCC	1.640	1,1	1,0
581	CIRURGIA DA PELE, TECIDO SUBCUTÂNEO E MAMA SEM CC/MCC	1.612	1,0	1,0
621	CIRURGIAS PARA OBESIDADE SEM CC/MCC	1.343	1,6	2,0
512	CIRURGIAS DO OMBRO, COTOVELO OU ANTEBRAÇO EXCETO ARTICULAÇÃO MAIOR SEM CC/MCC	1.176	1,3	1,1
470	PRÓTESE DO QUADRIL OU DO JOELHO OU RECOLOCAÇÃO DE MEMBROS INFERIORES SEM MCC	1.084	3,4	3,0
352	CIRURGIAS DE HÉRNIA INGUINAL E FEMORAL SEM CC/MCC	1.026	1,0	1,0
343	APENDICECTOMIA SEM DIAGNÓSTICO PRINCIPAL COMPLEXO SEM CC/MCC	987	1,5	1,4
392	ESOFAGITE, GASTROENTERITE E OUTRAS DOENÇAS DIGESTIVAS SEM MCC	892	3,4	2,1
263	LIGADURA E REMOÇÃO DE VEIA	880	0,7	0,5
765	CESARIANA COM CC/MCC	854	3,5	2,3
585	BIÓPSIA DA MAMA, EXCISÃO LOCAL E OUTRAS CIRURGIAS DE MAMA SEM CC/MCC	811	0,8	0,5
247	CIRURGIA CARDIOVASCULAR PERCUTÂNEA COM STENT FARMACOLÓGICO SEM MCC	756	2,7	3,2
690	INFECÇÕES DO RIM E TRATO URINÁRIO SEM MCC	742	4,7	4,0
520	PROCEDIMENTOS DO DORSO E PESCOÇO, EXCETO FUSÃO ESPINHAL SEM CC / MCC	723	1,7	1,1
775	PARTO VAGINAL SEM DIAGNÓSTICOS COMPLICADORES	679	2,4	1,8

Fonte: Elaborado pelo autor (2022).

Analisando os 20 DRGs mais prevalentes, quinze da amostra do HGMGP apresentaram um desempenho inferior à da base do Sistema de Saúde Brasileiro, ou seja, apresentaram um tempo de internação maior para o mesmo DRG. Destaque para Esofagite, Gastroenterite e Outras Doenças Digestivas Sem MCC, apresentaram um tempo de permanência hospitalar de 3,4 dias, em comparação com a base Brasileira de 2,1 dias. Este DRG, que teve 892 pacientes tratados nos 11 HGMGP, consumiu 1.160 diárias hospitalares a mais do que ocorreria se o Hospital apresentasse o mesmo desempenho da casuística da base Brasileira. Por conseguinte, do ponto de vista de consumo de recursos e custos, o desempenho dos hospitais brasileiros da base de dados da Plataforma DRGB é superior para este DRG. Outros dois DRGs em que os HGMGP apresentaram desempenho inferiores mais relevante foram: Cesariana Com CC/MCC, com 1.025 diárias e Infecções do Rim e Trato Urinário Sem MCC, com 519 diárias hospitalares adicionais ao que ocorreria se os hospitais apresentassem o mesmo desempenho da casuística da base Brasileira. Nos demais 5 DRGs comparados, o desempenho das casuísticas da amostra estudada foram superiores à base Brasileira, ou seja, os custos do tratamento oferecido foram iguais ou menores, aferidos em termos de permanência hospitalar. Podemos destacar os DRGs relacionado a Cirurgias para Obesidade Sem CC/MCC e Cirurgia Cardiovascular Percutânea com Stent Farmacológico Sem MCC que apresentaram desempenho superior em termos de permanência hospitalar. Neste DRG, caracteristicamente um procedimento de alto custo, devido à permanência hospitalar e órteses envolvidas, o tempo médio de internação é de 0,5 dias menor na amostra do HGMGP (2,7 para 3,2 dias). Considerando que o DRG apresentou 756 ocorrências no período do estudo, são 378 diárias hospitalares a menos do que se os mesmos procedimentos tivessem sido realizados com a performance dos hospitais da base Brasileira. Inúmeras comparações podem ser feitas da mesma forma, levando-se em conta outras variáveis determinantes da performance hospitalar, como a idade dos pacientes e a taxa de mortalidade. Estas comparações podem ser aplicadas para cada um dos 687 DRGs clínicos e cirúrgicos da pesquisa (do total de 989 possíveis), conforme necessidades específicas da gestão ou dos médicos.

4.5 ANÁLISE ECONÔMICA COMPARATIVA DA AMOSTRA ESTUDADA

Dos 20 DRGs mais prevalentes que representaram 39,9% da amostra HPDRGB, e tomando como base somente o o quantitativo e custo das diárias, apresentaram um desempenho econômico inferior ao que apresentariam, caso ficassem dentro do patamar do tempo de internação da casuística do Sistema de Saúde Brasileiro, ou seja, apresentaram um tempo de internação maior em alguns casos para o mesmo DRG.

O incremento no resultado seria de R\$ 2.710.729, saindo de uma lucratividade de 18,7% para 20,7% no período de Abril/19 à Mar/20.

Tabela 6 – Avaliação do Desempenho Econômico Consolidado dos 20 DRGs mais frequentes nos HGMGP (25.019 Internações)

Análise Econômica Comparativa		
Período da Alta: 01/04/2019 - 31/03/2020		
Consolidado dos 20 DRGs de maior ocorrência	Quanto Custou	Quanto deveria Custar
	Permanência	Permanência
Quantidade (Internações)	25.019	25.019
Demonstrativo de Resultados (DRE)		
Receita	138.895.876	138.895.876
Deduções da Receita	3.187.708	3.187.708
Receita Líquida	135.708.168	135.708.168
Custo Variável (R\$)	56.461.684	56.461.684
Margem de Contribuição (R\$)	79.246.484	79.246.484
%	58,4%	58,4%
Custo Fixo (R\$)	30.102.712	27.391.983
Rateios (R\$)	23.785.937	23.785.937
Custo Total (R\$)	110.350.333	107.639.604
Resultado (R\$)	25.357.835	28.068.564
%	18,7%	20,7%

R\$ 2.710.729

Fonte: Elaborado pelo autor (2022).

Analisando os 40 DRGs mais prevalentes que representaram 56,1% da amostra HPDRGB, e novamente tomando como base somente o quantitativo e custo das diárias, apresentaram um desempenho econômico inferior ao que apresentariam, caso ficassem dentro do patamar do tempo de internação da casuística do Sistema de Saúde Brasileiro, ou seja, apresentaram um tempo de internação maior em alguns casos para o mesmo DRG.

O incremento no resultado seria de R\$ 5.184.809, saindo de uma lucratividade de 18,0% para 20,6% no período de Abril/19 à Mar/20.

Tabela 7 – Avaliação do Desempenho Econômico Consolidado dos 40 DRGs mais frequentes nos HGMGP (35.169 Internações)

Análise Econômica Comparativa		
Período da Alta: 01/04/2019 - 31/03/2020		
Consolidado dos 40 DRGs de maior ocorrência	Quanto Custou	Quanto deveria Custar
	Permanência	Permanência
Quantidade (Internações)	35.169	35.169
Demonstrativo de Resultados (DRE)		
Receita	198.841.895	198.841.895
Deduções da Receita	4.466.731	4.466.731
Receita Líquida	194.375.164	194.375.164
Custo Variável (R\$)	81.586.973	81.586.973
Margem de Contribuição (R\$)	112.788.191	112.788.191
%	58,0%	58,0%
Custo Fixo (R\$)	42.613.494	37.428.685
Rateios (R\$)	35.264.224	35.264.224
Custo Total (R\$)	159.464.691	154.279.882
Resultado (R\$)	34.910.473	40.095.282
%	18,0%	20,6%

R\$ 5.184.809

Fonte: Elaborado pelo autor (2022).

Dos 80 DRGs mais prevalentes que representaram 70,1% da amostra HPDRGB, e tomando como base somente o o quantitativo e custo das diárias, apresentaram um desempenho econômico inferior ao que apresentariam, caso ficassem dentro do patamar do tempo de internação da casuística do Sistema de Saúde Brasileiro, ou seja, apresentaram um tempo de internação maior em alguns casos para o mesmo DRG.

O incremento no resultado seria de R\$ 9.702.001, saindo de uma lucratividade de 19,3% para 22,9% no período de Abril/19 à Mar/20.

Tabela 8 – Avaliação do Desempenho Econômico Consolidado dos 80 DRGs mais frequentes nos HGMGP (43.937 Internações)

Análise Econômica Comparativa		
Período da Alta: 01/04/2019 - 31/03/2020		
Consolidado dos 80 DRGs de maior ocorrência	Quanto Custou	Quanto deveria Custar
	Permanência	Permanência
Quantidade (Internações)	43.937	43.937
Demonstrativo de Resultados (DRE)		
Receita	276.061.341	276.061.341
Deduções da Receita	5.903.843	5.903.843
Receita Líquida	270.157.498	270.157.498
Custo Variável (R\$)	109.029.918	109.029.918
Margem de Contribuição (R\$)	161.127.580	161.127.580
%	59,6%	59,6%
Custo Fixo (R\$)	60.641.802	50.939.801
Rateios (R\$)	48.383.890	48.383.890
Custo Total (R\$)	218.055.610	208.353.609
Resultado (R\$)	52.101.888	61.803.889
%	19,3%	22,9%

R\$ 9.702.001

Fonte: Elaborado pelo autor (2022).

Tabela 9 – Avaliação do Desempenho Econômico Individual dos 20 DRGs mais frequentes nos HGMGP (670 – Cirurgias Transuretral Sem CC/MCC)

Análise Econômica Comparativa		
Período da Alta: 01/04/2019 - 31/03/2020		
670 - CIRURGIAS TRANSURETRAL SEM CC/MCC	Quanto Custou	➔ Quanto deveria Custar
	Permanência	
	1,2	0,9
Quantidade (Internações)	2.156	2.156
Demonstrativo de Resultados (DRE)		
Receita	13.654.306	13.654.306
Deduções da Receita	495.644	495.644
Receita Líquida	13.158.662	13.158.662
Custo Variável (R\$)	3.666.416	3.666.416
Margem de Contribuição (R\$)	9.492.246	9.492.246
%	72,1%	72,1%
Custo Fixo (R\$)	3.136.455	2.352.341
Rateios (R\$)	1.295.656	1.295.656
Custo Total (R\$)	8.098.527	7.314.413
Resultado (R\$)	5.060.135	5.844.249
%	38,5%	44,4%

Fonte: Elaborado pelo autor (2022).

Tabela 10 – Avaliação do Desempenho Econômico Individual dos 20 DRGs mais frequentes nos HGMGP (766 – Cesareana Sem CC/MCC)

Análise Econômica Comparativa		
Período da Alta: 01/04/2019 - 31/03/2020		
766 - CESARIANA SEM CC/MCC	Quanto Custou	➔ Quanto deveria Custar
	Permanência	
	2,3	2,1
Quantidade (Internações)	2.095	2.095
Demonstrativo de Resultados (DRE)		
Receita	11.417.845	11.417.845
Deduções da Receita	2.965	2.965
Receita Líquida	11.414.880	11.414.880
Custo Variável (R\$)	2.800.181	2.800.181
Margem de Contribuição (R\$)	8.614.699	8.614.699
%	75,5%	75,5%
Custo Fixo (R\$)	1.567.496	1.431.192
Rateios (R\$)	2.643.544	2.643.544
Custo Total (R\$)	7.011.221	6.874.917
Resultado (R\$)	4.403.659	4.539.963
%	38,6%	39,8%

Fonte: Elaborado pelo autor (2022).

Tabela 11 – Avaliação do Desempenho Econômico Individual dos 20 DRGs mais frequentes nos HGMGP (419 – Colectomia Laparoscópica Sem Exploração do Ducto Comum Sem CC/MCC)




Período da Alta: 01/04/2019 - 31/03/2020			
419 - COLECISTECTOMIA LAPAROSCÓPICA SEM EXPLORAÇÃO DO DUCTO COMUM SEM CC/MCC	Quanto Custou		Quanto deveria Custar
	Permanência		Permanência
	1,3		1,1
Quantidade (Internações)	2.076		2.076
Demonstrativo de Resultados (DRE)			
Receita	9.308.297		9.308.297
Deduções da Receita	176.041		176.041
Receita Líquida	9.132.256		9.132.256
Custo Variável (R\$)	2.611.569		2.611.569
Margem de Contribuição (R\$)	6.520.687		6.520.687
%	71,4%		71,4%
Custo Fixo (R\$)	1.875.233		1.586.736
Rateios (R\$)	1.611.659		1.611.659
Custo Total (R\$)	6.098.461		5.809.964
Resultado (R\$)	3.033.795		3.322.292
%	33,2%		36,4%

Tabela 12 – Avaliação do Desempenho Econômico Individual dos 20 DRGs mais frequentes nos HGMGP (743 – Cirurgia Uterina e dos Anexos para Doenças Não Neoplásicas Sem CC/MCC)

Análise Econômica Comparativa			
Período da Alta: 01/04/2019 - 31/03/2020			
743 - CIRURGIA UTERINA E DOS ANEXOS PARA DOENÇAS NÃO NEOPLÁSICAS SEM CC/MCC	Quanto Custou		Quanto deveria Custar
	Permanência		Permanência
	1,1		1,0
Quantidade (Internações)	1.835		1.835
Demonstrativo de Resultados (DRE)			
Receita	6.432.057		6.432.057
Deduções da Receita	205.159		205.159
Receita Líquida	6.226.898		6.226.898
Custo Variável (R\$)	2.449.471		2.449.471
Margem de Contribuição (R\$)	3.777.427		3.777.427
%	60,7%		60,7%
Custo Fixo (R\$)	2.025.265		1.841.150
Rateios (R\$)	1.166.509		1.166.509
Custo Total (R\$)	5.641.245		5.457.130
Resultado (R\$)	585.653		769.768
%	9,4%		12,4%


Fonte: Elaborado pelo autor (2022).

Tabela 13 – Avaliação do Desempenho Econômico Individual dos 20 DRGs mais frequentes nos HGMGP (134 – Outras Cirurgias do Ouvido, Nariz, Boca e Garganta Sem CC/MCC)

Análise Econômica Comparativa			
Período da Alta: 01/04/2019 - 31/03/2020			
134 - OUTRAS CIRURGIAS DO OUVIDO, NARIZ, BOCA E GARGANTA SEM CC/MCC	Quanto Custou		Quanto deveria Custar
	Permanência		Permanência
	0,6		0,6
Quantidade (Internações)	1.652		1.652
Demonstrativo de Resultados (DRE)			
Receita	3.582.309		3.582.309
Deduções da Receita	240.473		240.473
Receita Líquida	3.341.836		3.341.836
Custo Variável (R\$)	685.526		685.526
Margem de Contribuição (R\$)	2.656.310		2.656.310
%	79,5%		79,5%
Custo Fixo (R\$)	921.248		921.248
Rateios (R\$)	433.374		433.374
Custo Total (R\$)	2.040.148		2.040.148
Resultado (R\$)	1.301.688		1.301.688
%	39,0%		39,0%



Fonte: Elaborado pelo autor (2022).

Tabela 14 – Avaliação do Desempenho Econômico Individual dos 20 DRGs mais frequentes nos HGMGP (489 – Cirurgia do Joelho Sem Diagnóstico Principal de Infecção Sem CC/MCC)

Análise Econômica Comparativa			
Período da Alta: 01/04/2019 - 31/03/2020			
489 - CIRURGIA DO JOELHO SEM DIAGNÓSTICO PRINCIPAL DE INFECÇÃO SEM CC/MCC	Quanto Custou		Quanto deveria Custar
	Permanência		Permanência
	1,1		1,0
Quantidade (Internações)	1.640		1.640
Demonstrativo de Resultados (DRE)			
Receita	10.164.556		10.164.556
Deduções da Receita	209.054		209.054
Receita Líquida	9.955.502		9.955.502
Custo Variável (R\$)	4.541.895		4.541.895
Margem de Contribuição (R\$)	5.413.607		5.413.607
%	54,4%		54,4%
Custo Fixo (R\$)	1.642.130		1.492.845
Rateios (R\$)	1.172.719		1.172.719
Custo Total (R\$)	7.356.744		7.207.459
Resultado (R\$)	2.598.758		2.748.043
%	26,1%		27,6%


Fonte: Elaborado pelo autor (2022).

Tabela 15 – Avaliação do Desempenho Econômico Individual dos 20 DRGs mais frequentes nos HGMGP (581 – Cirurgia de Pele, Tecido Subcutâneo e Mama Sem CC/MCC)

Análise Econômica Comparativa			
Período da Alta: 01/04/2019 - 31/03/2020			
581 - CIRURGIA DA PELE, TECIDO SUBCUTÂNEO E MAMA SEM CC/MCC	Quanto Custou		Quanto deveria Custar
	Permanência		Permanência
	1,0		1,0
Quantidade (Internações)	1.612		1.612
Demonstrativo de Resultados (DRE)			
Receita	3.853.804		3.853.804
Deduções da Receita	209.051		209.051
Receita Líquida	3.644.753		3.644.753
Custo Variável (R\$)	415.198		415.198
Margem de Contribuição (R\$)	3.229.555		3.229.555
%	88,6%		88,6%
Custo Fixo (R\$)	375.040		375.040
Rateios (R\$)	1.220.611		1.220.611
Custo Total (R\$)	2.010.849		2.010.849
Resultado (R\$)	1.633.904		1.633.904
%	44,8%		44,8%


Fonte: Elaborado pelo autor (2022).

Tabela 16 – Avaliação do Desempenho Econômico Individual dos 20 DRGs mais frequentes nos HGMGP (621 – Cirurgias para Obesidade Sem CC/MCC)

Análise Econômica Comparativa			
Período da Alta: 01/04/2019 - 31/03/2020			
621 - CIRURGIAS PARA OBE SIDADE SEM CC/MCC	Quanto Custou		Quanto deveria Custar
	Permanência		Permanência
	1,6		2,0
Quantidade (Internações)	1.343		1.343
Demonstrativo de Resultados (DRE)			
Receita	13.465.278		13.465.278
Deduções da Receita	258.395		258.395
Receita Líquida	13.206.883		13.206.883
Custo Variável (R\$)	10.156.538		10.156.538
Margem de Contribuição (R\$)	3.050.345		3.050.345
%	23,1%		23,1%
Custo Fixo (R\$)	3.945.152		4.931.440
Rateios (R\$)	1.590.922		1.590.922
Custo Total (R\$)	15.692.612		16.678.900
Resultado (R\$)	- 2.485.729		- 3.472.017
%	-18,8%		-26,3%


Fonte: Elaborado pelo autor (2022).

Tabela 17 – Avaliação do Desempenho Econômico Individual dos 20 DRGs mais frequentes nos HGMGP (512 – Cirurgias do Ombro, Cotovelo ou Antebraço Exceto Articulação Maior Sem CC/MCC)

Análise Econômica Comparativa			
Período da Alta: 01/04/2019 - 31/03/2020			
512 - CIRURGIAS DO OMBRO, COTOVELO OU ANTEBRAÇO EXCETO ARTICULAÇÃO MAIOR SEM CC/MCC	Quanto Custou		Quanto deveria Custar
	Permanência		Permanência
	1,3		1,1
Quantidade (Internações)	1.176		1.176
Demonstrativo de Resultados (DRE)			
Receita	8.592.105		8.592.105
Deduções da Receita	156.968		156.968
Receita Líquida	8.435.137		8.435.137
Custo Variável (R\$)	3.747.912		3.747.912
Margem de Contribuição (R\$)	4.687.225		4.687.225
%	55,6%		55,6%
Custo Fixo (R\$)	1.374.988		1.163.451
Rateios (R\$)	1.132.123		1.132.123
Custo Total (R\$)	6.255.023		6.043.486
Resultado (R\$)	2.180.114		2.391.651
%	25,8%		28,4%


Fonte: Elaborado pelo autor (2022).

Tabela 18 – Avaliação do Desempenho Econômico Individual dos 20 DRGs mais frequentes nos HGMGP (470 – Prótese do Quadril ou do Joelho ou Recolocação de Membros Inferiores Sem CC/MCC)

Análise Econômica Comparativa			
Período da Alta: 01/04/2019 - 31/03/2020			
470 - PRÓTESE DO QUADRIL OU DO JOELHO OU RECOLOCAÇÃO DE MEMBROS INFERIORES SEM MCC	Quanto Custou		Quanto deveria Custar
	Permanência		Permanência
	3,4		3,0
Quantidade (Internações)	1.084		1.084
Demonstrativo de Resultados (DRE)			
Receita	12.364.133		12.364.133
Deduções da Receita	363.275		363.275
Receita Líquida	12.000.858		12.000.858
Custo Variável (R\$)	10.184.060		10.184.060
Margem de Contribuição (R\$)	1.816.798		1.816.798
%	15,1%		15,1%
Custo Fixo (R\$)	3.939.873		3.476.359
Rateios (R\$)	1.374.089		1.374.089
Custo Total (R\$)	15.498.022		15.034.508
Resultado (R\$)	- 3.497.164		- 3.033.650
%	-29,1%		-25,3%


Fonte: Elaborado pelo autor (2022).

Tabela 19 – Avaliação do Desempenho Econômico Individual dos 20 DRGs mais frequentes nos HGMGP (352 – Cirurgias de Hérnia Inguinal e Femoral Sem CC/MCC)

Análise Econômica Comparativa			
Período da Alta: 01/04/2019 - 31/03/2020			
352 - CIRURGIAS DE HÉRNIA INGUINAL E FEMORAL SEM CC/MCC	Quanto Custou		Quanto deveria Custar
	Permanência		Permanência
	1,0		1,0
Quantidade (Internações)	1.026		1.026
Demonstrativo de Resultados (DRE)			
Receita	4.501.114		4.501.114
Deduções da Receita	99.081		99.081
Receita Líquida	4.402.033		4.402.033
Custo Variável (R\$)	1.595.051		1.595.051
Margem de Contribuição (R\$)	2.806.982		2.806.982
%	63,8%		63,8%
Custo Fixo (R\$)	782.535		782.535
Rateios (R\$)	790.317		790.317
Custo Total (R\$)	3.167.903		3.167.903
Resultado (R\$)	1.234.130		1.234.130
%	28,0%		28,0%

Fonte: Elaborado pelo autor (2022).

Tabela 20 – Avaliação do Desempenho Econômico Individual dos 20 DRGs mais frequentes nos HGMGP (343 – Apendicectomia Sem Diagnóstico Principal Complexo Sem CC/MC)

Análise Econômica Comparativa			
Período da Alta: 01/04/2019 - 31/03/2020			
343 - APENDICECTOMIA SEM DIAGNÓSTICO PRINCIPAL COMPLEXO SEM CC/MCC	Quanto Custou		Quanto deveria Custar
	Permanência		Permanência
	1,5		1,4
Quantidade (Internações)	987		987
Demonstrativo de Resultados (DRE)			
Receita	4.665.030		4.665.030
Deduções da Receita	39.944		39.944
Receita Líquida	4.625.086		4.625.086
Custo Variável (R\$)	1.640.932		1.640.932
Margem de Contribuição (R\$)	2.984.154		2.984.154
%	64,5%		64,5%
Custo Fixo (R\$)	1.013.096		945.556
Rateios (R\$)	882.083		882.083
Custo Total (R\$)	3.536.111		3.468.571
Resultado (R\$)	1.088.975		1.156.515
%	23,5%		25,0%

Fonte: Elaborado pelo autor (2022).

Tabela 21 – Avaliação do Desempenho Econômico Individual dos 20 DRGs mais frequentes nos HGMGP (392 – Esofagite, Gastroenterite e Outras Doenças Digestivas Sem CC/MCC)

Análise Econômica Comparativa Período da Alta: 01/04/2019 - 31/03/2020		
392 - ESOFAGITE, GASTROENTERITE E OUTRAS DOENÇAS DIGESTIVAS SEM MCC	Quanto Custou	→ Quanto deveria Custar
	Permanência	
	3,4	2,1
Quantidade (Internações)	892	892
Demonstrativo de Resultados (DRE)		
Receita	3.559.033	3.559.033
Deduções da Receita	45.398	45.398
Receita Líquida	3.513.635	3.513.635
Custo Variável (R\$)	914.633	914.633
Margem de Contribuição (R\$)	2.599.002	2.599.002
%	74,0%	74,0%
Custo Fixo (R\$)	1.264.429	780.971
Rateios (R\$)	1.218.332	1.218.332
Custo Total (R\$)	3.397.394	2.913.936
Resultado (R\$)	116.241	599.699
%	3,3%	17,1%

Fonte: Elaborado pelo autor (2022).

Tabela 22 – Avaliação do Desempenho Econômico Individual dos 20 DRGs mais frequentes nos HGMGP (263 – Ligadura e Remoção de Veia)

Análise Econômica Comparativa Período da Alta: 01/04/2019 - 31/03/2020		
263 - LIGADURA E REMOÇÃO DE VEIA	Quanto Custou	→ Quanto deveria Custar
	Permanência	
	0,7	0,5
Quantidade (Internações)	880	880
Demonstrativo de Resultados (DRE)		
Receita	1.655.785	1.655.785
Deduções da Receita	136.406	136.406
Receita Líquida	1.519.379	1.519.379
Custo Variável (R\$)	182.251	182.251
Margem de Contribuição (R\$)	1.337.128	1.337.128
%	88,0%	88,0%
Custo Fixo (R\$)	671.155	479.396
Rateios (R\$)	102.438	102.438
Custo Total (R\$)	955.844	764.085
Resultado (R\$)	563.535	755.294
%	37,1%	49,7%

Fonte: Elaborado pelo autor (2022).

Tabela 23 – Avaliação do Desempenho Econômico Individual dos 20 DRGs mais frequentes nos HGMGP (765 – Cesariana Com CC/MCC)

Período da Alta: 01/04/2019 - 31/03/2020			
765 - CESARIANA COM CC/MCC	Quanto Custou	➔	Quanto deveria Custar
	Permanência		Permanência
	3,5		2,3
Quantidade (Internações)	854		854
Demonstrativo de Resultados (DRE)			
Receita	6.374.682		6.374.682
Deduções da Receita	910		910
Receita Líquida	6.373.772		6.373.772
Custo Variável (R\$)	1.334.920		1.334.920
Margem de Contribuição (R\$)	5.038.852		5.038.852
%	79,1%		79,1%
Custo Fixo (R\$)	709.964		466.548
Rateios (R\$)	1.827.082		1.827.082
Custo Total (R\$)	3.871.966		3.628.550
Resultado (R\$)	2.501.806		2.745.222
%	39,3%		43,1%


Fonte: Elaborado pelo autor (2022).

Tabela 24 – Avaliação do Desempenho Econômico Individual dos 20 DRGs mais frequentes nos HGMGP (585 – Biópsia de Mama, Excisão Local e Outras Cirurgias de Mama Sem CC/MCC)

Análise Econômica Comparativa			
Período da Alta: 01/04/2019 - 31/03/2020			
585 - BIÓPSIA DA MAMA, EXCIÇÃO LOCAL E OUTRAS CIRURGIAS DE MAMA SEM CC/MCC	Quanto Custou	➔	Quanto deveria Custar
	Permanência		Permanência
	0,8		0,5
Quantidade (Internações)	811		811
Demonstrativo de Resultados (DRE)			
Receita	1.726.469		1.726.469
Deduções da Receita	90.951		90.951
Receita Líquida	1.635.518		1.635.518
Custo Variável (R\$)	397.789		397.789
Margem de Contribuição (R\$)	1.237.729		1.237.729
%	75,7%		75,7%
Custo Fixo (R\$)	291.404		182.128
Rateios (R\$)	573.314		573.314
Custo Total (R\$)	1.262.507		1.153.231
Resultado (R\$)	373.011		482.288
%	22,8%		29,5%


Fonte: Elaborado pelo autor (2022).

Tabela 25 – Avaliação do Desempenho Econômico Individual dos 20 DRGs mais frequentes nos HGMGP (247 – Cirurgia Cardiovascular Percutânea com Stent Farmacológico Sem CC/MCC)

Análise Econômica Comparativa			
Período da Alta: 01/04/2019 - 31/03/2020			
247 - CIRURGIA CARDIOVASCULAR PERCUTÂNEA COM STENT FARMACOLÓGICO SEM MCC	Quanto Custou		Quanto deveria Custar
	Permanência		Permanência
	2,7		3,2
Quantidade (Internações)	756		756
Demonstrativo de Resultados (DRE)			
Receita	8.590.321		8.590.321
Deduções da Receita	189.873		189.873
Receita Líquida	8.400.448		8.400.448
Custo Variável (R\$)	2.806.752		2.806.752
Margem de Contribuição (R\$)	5.593.696		5.593.696
%	66,6%		66,6%
Custo Fixo (R\$)	1.764.483		2.091.239
Rateios (R\$)	1.126.864		1.126.864
Custo Total (R\$)	5.698.099		6.024.855
Resultado (R\$)	2.702.349		2.375.593
%	32,2%		28,3%


Fonte: Elaborado pelo autor (2022).

Tabela 26 – Avaliação do Desempenho Econômico Individual dos 20 DRGs mais frequentes nos HGMGP (690 – Infecções do Rim e Trato Urinário Sem CC/MCC)

Análise Econômica Comparativa			
Período da Alta: 01/04/2019 - 31/03/2020			
690 - INFECÇÕES DO RIM E TRATO URINÁRIO SEM MCC	Quanto Custou		Quanto deveria Custar
	Permanência		Permanência
	4,7		4,0
Quantidade (Internações)	742		742
Demonstrativo de Resultados (DRE)			
Receita	3.849.717		3.849.717
Deduções da Receita	73.720		73.720
Receita Líquida	3.775.997		3.775.997
Custo Variável (R\$)	614.531		614.531
Margem de Contribuição (R\$)	3.161.466		3.161.466
%	83,7%		83,7%
Custo Fixo (R\$)	1.108.703		943.577
Rateios (R\$)	990.942		990.942
Custo Total (R\$)	2.714.176		2.549.050
Resultado (R\$)	1.061.821		1.226.947
%	28,1%		32,5%


Fonte: Elaborado pelo autor (2022).

Tabela 27 – Avaliação do Desempenho Econômico Individual dos 20 DRGs mais frequentes nos HGMGP (520 – Procedimentos do Dorso e Pescoço, Exceto Fusão Espinhal Sem CC/MCC)

Análise Econômica Comparativa			
Período da Alta: 01/04/2019 - 31/03/2020			
520 - PROCEDIMENTOS DO DORSO E PESCOÇO, EXCETO FUSÃO ESPINHAL SEM CC / MCC	Quanto Custou		Quanto deveria Custar
	Permanência		Permanência
	1,7		1,1
Quantidade (Internações)	723		723
Demonstrativo de Resultados (DRE)			
Receita	6.505.428		6.505.428
Deduções da Receita	194.102		194.102
Receita Líquida	6.311.326		6.311.326
Custo Variável (R\$)	4.073.583		4.073.583
Margem de Contribuição (R\$)	2.237.743		2.237.743
%	35,5%		35,5%
Custo Fixo (R\$)	1.188.212		768.843
Rateios (R\$)	786.692		786.692
Custo Total (R\$)	6.048.487		5.629.118
Resultado (R\$)	262.839		682.208
%	4,2%		10,8%

Fonte: Elaborado pelo autor (2022).

Tabela 28 – Avaliação do Desempenho Econômico Individual dos 20 DRGs mais frequentes nos HGMGP (775 – Parto Vaginal Sem Diagnósticos Complicadores)

Análise Econômica Comparativa			
Período da Alta: 01/04/2019 - 31/03/2020			
775 - PARTO VAGINAL SEM DIAGNÓSTICOS COMPLICADORES	Quanto Custou		Quanto deveria Custar
	Permanência		Permanência
	2,4		1,8
Quantidade (Internações)	679		679
Demonstrativo de Resultados (DRE)			
Receita	4.633.607		4.633.607
Deduções da Receita	298		298
Receita Líquida	4.633.309		4.633.309
Custo Variável (R\$)	1.642.476		1.642.476
Margem de Contribuição (R\$)	2.990.833		2.990.833
%	64,6%		64,6%
Custo Fixo (R\$)	505.851		379.388
Rateios (R\$)	1.846.667		1.846.667
Custo Total (R\$)	3.994.994		3.868.531
Resultado (R\$)	638.315		764.778
%	13,8%		16,5%

Fonte: Elaborado pelo autor (2022).

Tabela 29 – Análise Comparativa de Custos dos 20 DRGs mais frequentes nos HGMGP

Análise Comparativa de Custos			
Período da Alta: 01/04/2019 - 31/03/2020			
670 - CIRURGIAS TRANSURETRAL SEM CC/MCC	Média	Mediana	Desvio Padrão
Quantidade (Internações)	2.156		
Permanência Total (dias)	1,2	1,0	1,1
Custo Total (R\$)	3.756	1.803	5.794
766 - CESARIANA SEM CC/MCC	Média	Mediana	Desvio Padrão
Quantidade (Internações)	2.095		
Permanência Total (dias)	2,3	2,2	0,5
Custo Total (R\$)	3.347	2.556	1.580
419 - COLECISTECTOMIA LAPAROSCÓPICA SEM EXPLORAÇÃO DO DUCTO COMUM SEM CC/MCC	Média	Mediana	Desvio Padrão
Quantidade (Internações)	2.076		
Permanência Total (dias)	1,3	1,1	1,4
Custo Total (R\$)	2.938	1.247	2.258
743 - CIRURGIA UTERINA E DOS ANEXOS PARA DOENÇAS NÃO NEOPLÁSICAS SEM CC/MCC	Média	Mediana	Desvio Padrão
Quantidade (Internações)	1.835		
Permanência Total (dias)	1,1	1,1	0,9
Custo Total (R\$)	3.074	1.573	3.196
134 - OUTRAS CIRURGIAS DO OUVIDO, NARIZ, BOCA E GARGANTA SEM CC/MCC	Média	Mediana	Desvio Padrão
Quantidade (Internações)	1.652		
Permanência Total (dias)	0,6	0,5	0,7
Custo Total (R\$)	1.235	436	2.917

Continua...

Continuação.

Análise Comparativa de Custos			
Período da Alta: 01/04/2019 - 31/03/2020			
489 - CIRURGIA DO JOELHO SEM DIAGNÓSTICO PRINCIPAL DE INFECÇÃO SEM CC/MCC	Média	Mediana	Desvio Padrão
Quantidade (Internações)	1.640		
Permanência Total (dias)	1,1	1,0	1,1
Custo Total (R\$)	4.486	2.243	4.137
581 - CIRURGIA DA PELE, TECIDO SUBCUTÂNEO E MAMA SEM CC/MCC	Média	Mediana	Desvio Padrão
Quantidade (Internações)	1.612		
Permanência Total (dias)	1,0	1,0	1,0
Custo Total (R\$)	1.247	380	1.663
621 - CIRURGIAS PARA OBESIDADE SEM CC/MCC	Média	Mediana	Desvio Padrão
Quantidade (Internações)	1.343		
Permanência Total (dias)	1,6	1,3	0,7
Custo Total (R\$)	11.685	9.736	5.985
512 - CIRURGIAS DO OMBRO, COTOVELO OU ANTEBRAÇO EXCETO ARTICULAÇÃO MAIOR SEM CC/MCC	Média	Mediana	Desvio Padrão
Quantidade (Internações)	1.176		
Permanência Total (dias)	1,3	1,0	1,7
Custo Total (R\$)	5.319	4.398	3.666
470 - PRÓTESE DO QUADRIL OU DO JOELHO OU RECOLOCAÇÃO DE MEMBROS INFERIORES SEM MCC	Média	Mediana	Desvio Padrão
Quantidade (Internações)	1.084		
Permanência Total (dias)	3,4	2,9	2,9
Custo Total (R\$)	14.297	14.153	10.090

Continua...

Continuação.

Análise Comparativa de Custos			
Período da Alta: 01/04/2019 - 31/03/2020			
352 - CIRURGIAS DE HÉRNIA INGUINAL E FEMORAL SEM CC/MCC	Média	Mediana	Desvio Padrão
Quantidade (Internações)	1.026		
Permanência Total (dias)	1,0	1,0	0,6
Custo Total (R\$)	3.088	1.474	1.946
343 - APENDICECTOMIA SEM DIAGNÓSTICO PRINCIPAL COMPLEXO SEM CC/MCC	Média	Mediana	Desvio Padrão
Quantidade (Internações)	987		
Permanência Total (dias)	1,5	1,2	1,0
Custo Total (R\$)	3.583	1.815	2.153
392 - ESOFAGITE, GASTROENTERITE E OUTRAS DOENÇAS DIGESTIVAS SEM MCC	Média	Mediana	Desvio Padrão
Quantidade (Internações)	892		
Permanência Total (dias)	3,4	2,1	6,6
Custo Total (R\$)	3.809	573	20.750
263 - LIGADURA E REMOÇÃO DE VEIA	Média	Mediana	Desvio Padrão
Quantidade (Internações)	880		
Permanência Total (dias)	0,7	0,5	0,5
Custo Total (R\$)	1.086	589	1.080
765 - CESARIANA COM CC/MCC	Média	Mediana	Desvio Padrão
Quantidade (Internações)	854		
Permanência Total (dias)	3,5	2,3	5,3
Custo Total (R\$)	4.534	2.375	2.282

Continua...

Continuação.

Análise Comparativa de Custos			
Período da Alta: 01/04/2019 - 31/03/2020			
585 - BIÓPSIA DA MAMA, EXCISÃO LOCAL E OUTRAS CIRURGIAS DE MAMA SEM CC/MCC	Média	Mediana	Desvio Padrão
Quantidade (Internações)		811	
Permanência Total (dias)	0,8	0,6	0,5
Custo Total (R\$)	1.557	299	1.574
247 - CIRURGIA CARDIOVASCULAR PERCUTÂNEA COM STENT FARMACOLÓGICO SEM MCC	Média	Mediana	Desvio Padrão
Quantidade (Internações)		756	
Permanência Total (dias)	2,7	1,6	3,0
Custo Total (R\$)	7.537	2.331	9.421
690 - INFECÇÕES DO RIM E TRATO URINÁRIO SEM MCC	Média	Mediana	Desvio Padrão
Quantidade (Internações)		742	
Permanência Total (dias)	4,7	3,7	3,5
Custo Total (R\$)	3.658	816	8.138
520 - PROCEDIMENTOS DO DORSO E PESCOÇO, EXCETO FUSÃO ESPINHAL SEM CC / MCC	Média	Mediana	Desvio Padrão
Quantidade (Internações)		723	
Permanência Total (dias)	1,7	1,1	3,7
Custo Total (R\$)	8.366	4.563	12.014
775 - PARTO VAGINAL SEM DIAGNÓSTICOS COMPLICADORES	Média	Mediana	Desvio Padrão
Quantidade (Internações)		679	
Permanência Total (dias)	2,4	2,3	1,1
Custo Total (R\$)	5.884	3.050	2.340

Fonte: Elaborado pelo autor (2022).

Tabela 30 – Nº de Ocorrências, Custo Médio e Sugestão de Preço de Venda dos 80 DRGs mais frequentes na Amostra dos HPDRGB

CÓDIGO / DRG	Nº OCORRÊNCIAS	CUSTO MÉDIO POR DRG	SUGESTÕES DE MARGENS				
			10%	20%	30%	40%	50%
1 670 - CIRURGIAS TRANSURETRAL SEM CC/MCC	2.156	3.756,00	4.173,00	4.695,00	5.366,00	6.260,00	7.512,00
2 766 - CESARIANA SEM CC/MCC	2.095	3.347,00	3.719,00	4.184,00	4.781,00	5.578,00	6.694,00
3 419 - COLECISTECTOMIA LAPAROSCÓPICA SEM EXPLORAÇÃO	2.076	2.938,00	3.264,00	3.673,00	4.197,00	4.897,00	5.876,00
4 743 - CIRURGIA UTERINA E DOS ANEXOS PARA DOENÇAS	1.895	3.074,00	3.416,00	3.843,00	4.391,00	5.123,00	6.148,00
5 134 - OUTRAS CIRURGIAS DO OUVIDO, NARIZ, BOCA E GARGANTA	1.852	1.235,00	1.372,00	1.544,00	1.764,00	2.058,00	2.470,00
6 489 - CIRURGIA DO JOELHO SEM DIAGNÓSTICO PRINCIPAL	1.640	4.486,00	4.984,00	5.608,00	6.409,00	7.477,00	8.972,00
7 581 - CIRURGIA DA PELE, TECIDO SUBCUTÂNEO E MAMA SEM CC/MCC	1.612	1.247,00	1.386,00	1.559,00	1.781,00	2.078,00	2.494,00
8 621 - CIRURGIAS PARA OBESIDADE SEM CC/MCC	1.343	11.685,00	12.983,00	14.606,00	16.693,00	19.475,00	23.370,00
9 512 - CIRURGIAS DO OMBRO, COTOVELO OU ANTEBRAÇO	1.176	5.319,00	5.910,00	6.649,00	7.599,00	8.865,00	10.638,00
10 470 - PRÓTESE DO QUADRIL OU DO JOELHO OU RECOLOCAMENTO	1.084	14.297,00	15.886,00	17.871,00	20.424,00	23.828,00	28.594,00
11 352 - CIRURGIAS DE HÉRNIA INGUINAL E FEMORAL SEM CC/MCC	1.026	3.088,00	3.431,00	3.860,00	4.411,00	5.147,00	6.176,00
12 343 - APENDICICTOMIA SEM DIAGNÓSTICO PRINCIPAL COM	987	3.583,00	3.981,00	4.479,00	5.119,00	5.972,00	7.166,00
13 392 - ESOFAGITE, GASTROENTERITE E OUTRAS DOENÇAS E	892	3.809,00	4.232,00	4.761,00	5.441,00	6.348,00	7.618,00
14 263 - LIGADURA E REMOÇÃO DE VEIA	880	1.086,00	1.207,00	1.358,00	1.551,00	1.810,00	2.172,00
15 765 - CESARIANA COM CC/MCC	854	4.534,00	5.038,00	5.668,00	6.477,00	7.557,00	9.068,00
16 585 - BIÓPSIA DA MAMA, EXCISÃO LOCAL E OUTRAS CIRURGIAS	811	1.557,00	1.730,00	1.946,00	2.224,00	2.595,00	3.114,00
17 247 - CIRURGIA CARDIOVASCULAR PERCUTÂNEA COM STEENT	756	7.537,00	8.374,00	9.421,00	10.767,00	12.562,00	15.074,00
18 690 - INFECÇÕES DO RIM E TRATO URINÁRIO SEM MCC	742	3.658,00	4.064,00	4.573,00	5.226,00	6.097,00	7.316,00
19 520 - PROCEDIMENTOS DO DORSO E PESCOÇO, EXCETO FUSÃO	723	8.366,00	9.296,00	10.458,00	11.951,00	13.943,00	16.732,00
20 775 - PARTO VAGINAL SEM DIAGNÓSTICOS COMPLICADOR	679	5.884,00	6.538,00	7.355,00	8.406,00	9.807,00	11.768,00
21 494 - CIRURGIAS DE MEMBRO INFERIOR E ÚMERO EXCETO	663	6.884,00	7.649,00	8.605,00	9.834,00	11.473,00	13.768,00
22 552 - PROBLEMAS CLÍNICOS DO DORSO SEM MCC	652	2.685,00	2.983,00	3.356,00	3.836,00	4.475,00	5.370,00
23 708 - CIRURGIAS MAIORES DA REGIÃO PÉLVICA MASCULINA	642	5.847,00	6.497,00	7.309,00	8.353,00	9.745,00	11.694,00
24 355 - CIRURGIAS DE HÉRNIA EXCETO INGUINAL E FEMORAL	633	2.273,00	2.526,00	2.841,00	3.247,00	3.788,00	4.546,00
25 517 - OUTRAS CIRURGIAS DO SISTEMA MUSCULOESQUELÉTICO	610	4.385,00	4.872,00	5.481,00	6.264,00	7.308,00	8.770,00
26 951 - OUTROS FATORES QUE INFLUENCIAM O ESTADO DE	538	1.841,00	2.046,00	2.301,00	2.630,00	3.068,00	3.682,00
27 983 - CIRURGIA EXTENSA NÃO RELACIONADA AO DIAGNÓSTICO	522	6.871,00	7.634,00	8.589,00	9.816,00	11.452,00	13.742,00
28 941 - CIRURGIAS COM DIAGNÓSTICO DE OUTROS CONTATOS	508	4.397,00	4.886,00	5.496,00	6.281,00	7.328,00	8.794,00
29 42 - CIRURGIAS DO SISTEMA NERVOSO PERIFÉRICO E NERVO	498	2.258,00	2.509,00	2.823,00	3.226,00	3.763,00	4.516,00
30 136 - CIRURGIAS DE SEIOS FACIAIS E MASTÓIDE SEM CC/MCC	494	1.346,00	1.496,00	1.683,00	1.923,00	2.243,00	2.692,00
31 328 - CIRURGIAS DO ESTÔMAGO, ESÔFAGO E DUODENO SEM	489	9.227,00	10.252,00	11.534,00	13.181,00	15.378,00	18.454,00
32 583 - MASTECTOMIA POR NEOPLASIA SEM CC/MCC	484	4.820,00	5.356,00	6.025,00	6.886,00	8.033,00	9.640,00
33 482 - CIRURGIAS DO QUADRIL E FÊMUR EXCETO ARTICULAÇÃO	458	12.575,00	13.972,00	15.719,00	17.964,00	20.958,00	25.150,00
34 502 - CIRURGIAS DO TECIDO MOLE SEM CC/MCC	457	3.084,00	3.427,00	3.855,00	4.406,00	5.140,00	6.168,00
35 694 - CÁLCULO URINÁRIO SEM LITOTRIPSIA POR ONDAS DE	451	1.169,00	1.299,00	1.461,00	1.670,00	1.948,00	2.338,00
36 627 - CIRURGIAS DE TIREÓIDE, PARATIREÓIDE E TIREOGLO	437	4.048,00	4.498,00	5.060,00	5.785,00	6.747,00	8.096,00
37 195 - PNEUMONIA SIMPLES E PLEURISIA SEM CC/MCC	433	3.524,00	3.916,00	4.405,00	5.034,00	5.873,00	7.048,00
38 578 - ENXERTO E/OU DESBRIDAMENTO EXCETO PARA ÚLCERA	400	1.780,00	1.978,00	2.225,00	2.543,00	2.967,00	3.560,00
39 460 - FUSÃO ESPINHAL EXCETO CERVICAL SEM MCC	397	15.793,00	17.548,00	19.741,00	22.561,00	26.322,00	31.586,00
40 812 - DOENÇAS DAS CÉLULAS VERMELHAS SEM MCC	384	3.944,00	4.382,00	4.930,00	5.634,00	6.573,00	7.888,00

Continua...

Continuação

CÓDIGO / DRG	Nº OCORRÊNCIAS	CUSTO MÉDIO POR DRG	SUGESTÕES DE MARGENS				
			10%	20%	30%	40%	50%
41 505 - CIRURGIAS DO PÉ SEM CC/MCC	358	3.602,00	4.002,00	4.503,00	5.146,00	6.003,00	7.204,00
42 349 - CIRURGIAS DO ÂNUS E ESTOMAS SEM CC/MCC	335	1.584,00	1.760,00	1.980,00	2.263,00	2.640,00	3.168,00
43 710 - CIRURGIAS PENIANA SEM CC/MCC	334	1.462,00	1.624,00	1.828,00	2.089,00	2.437,00	2.924,00
44 274 - PROCEDIMENTOS INTRACARDÍACOS PERCUTÂNEOS S	324	8.893,00	9.881,00	11.116,00	12.704,00	14.822,00	17.786,00
45 287 - DOENÇAS CIRCULATORIAS EXCETO IAM, COM CATETE	305	6.639,00	7.377,00	8.299,00	9.484,00	11.065,00	13.278,00
46 66 - HEMORRAGIA INTRACRANIANA OU INFARTO CEREBRU	299	6.362,00	6.847,00	7.703,00	8.803,00	10.270,00	12.324,00
47 712 - CIRURGIAS DO TESTÍCULO SEM CC/MCC	299	1.500,00	1.667,00	1.875,00	2.143,00	2.500,00	3.000,00
48 194 - PNEUMONIA SIMPLES E PLEURISIA COM CC	297	6.778,00	7.531,00	8.473,00	9.683,00	11.297,00	13.556,00
49 872 - SEPSE OU CHOQUE SÉPTICO SEM VENTILAÇÃO MECÂ	284	5.683,00	6.314,00	7.104,00	8.119,00	9.472,00	11.366,00
50 358 - OUTRAS CIRURGIAS DO APARELHO DIGESTIVO SEM E	275	8.332,00	9.258,00	10.415,00	11.903,00	13.887,00	16.664,00
51 514 - CIRURGIA DA MÃO OU PUNHO, EXCETO CIRURGIAS N	259	2.646,00	2.940,00	3.308,00	3.780,00	4.410,00	5.292,00
52 132 - CIRURGIAS CRANIANAS/FACIAIS SEM CC/MCC	241	12.945,00	14.383,00	16.181,00	18.493,00	21.575,00	25.890,00
53 331 - CIRURGIAS MAIORES DE INTESTINO GROSSO E DELG	235	11.955,00	13.283,00	14.944,00	17.079,00	19.925,00	23.910,00
54 27 - CRANIOTOMIA E PROCEDIMENTOS ENDOVASCULARES	234	20.740,00	23.044,00	25.925,00	29.629,00	34.567,00	41.480,00
55 669 - CIRURGIAS TRANSURETRAL COM CC	231	5.943,00	6.603,00	7.429,00	8.490,00	9.905,00	11.886,00
56 603 - CELULITE SEM MCC	229	5.292,00	5.880,00	6.615,00	7.560,00	8.820,00	10.584,00
57 165 - CIRURGIAS TORÁICAS MAIORES SEM CC/MCC	229	15.342,00	17.047,00	19.178,00	21.917,00	25.570,00	30.684,00
58 770 - ABORTO COM DILATAÇÃO E CURETAGEM, CURETAGE	214	753,00	837,00	941,00	1.076,00	1.255,00	1.506,00
59 641 - DOENÇAS NUTRICIONAIS E METABÓLICAS DIVERSAS	212	3.661,00	4.068,00	4.576,00	5.290,00	6.102,00	7.322,00
60 379 - HEMORRAGIA GASTROINTESTINAL SEM CC/MCC	209	3.710,00	4.122,00	4.638,00	5.300,00	6.183,00	7.420,00
61 246 - CIRURGIA CARDIOVASCULAR PERCUTÂNEA COM STEP	203	16.921,00	18.801,00	21.151,00	24.173,00	28.202,00	33.842,00
62 293 - INSUFICIÊNCIA CARDÍACA E CHOQUE SEM CC/MCC	200	5.299,00	5.888,00	6.624,00	7.570,00	8.832,00	10.598,00
63 473 - FUSÃO ESPINHAL CERVICAL SEM CC/MCC	192	26.260,00	29.178,00	32.825,00	37.514,00	43.767,00	52.520,00
64 310 - ARRITMIA CARDÍACA E DISTÚRBIOS DE CONDUÇÃO S	190	3.319,00	3.688,00	4.149,00	4.741,00	5.532,00	6.638,00
65 395 - OUTROS DIAGNÓSTICOS DO APARELHO DIGESTIVO S	180	2.266,00	2.518,00	2.833,00	3.237,00	3.777,00	4.532,00
66 103 - CEFALÉIA SEM MCC	176	1.299,00	1.443,00	1.624,00	1.856,00	2.165,00	2.598,00
67 376 - NEOPLASIA DIGESTIVA SEM CC/MCC	175	3.302,00	3.669,00	4.128,00	4.717,00	5.503,00	6.604,00
68 871 - SEPSE OU CHOQUE SÉPTICO SEM VENTILAÇÃO MECÂ	171	8.057,00	8.952,00	10.071,00	11.510,00	13.428,00	16.114,00
69 292 - INSUFICIÊNCIA CARDÍACA E CHOQUE COM CC	169	8.598,00	9.553,00	10.748,00	12.283,00	14.330,00	17.196,00
70 909 - OUTRAS CIRURGIAS POR LESÕES SEM CC/MCC	169	4.420,00	4.911,00	5.525,00	6.314,00	7.367,00	8.840,00
71 301 - DOENÇAS VASCULARES PERIFÉRICAS SEM CC/MCC	164	6.850,00	7.611,00	8.563,00	9.786,00	11.417,00	13.700,00
72 885 - PSICOSES	162	308,00	342,00	385,00	440,00	513,00	616,00
73 69 - ISQUEMIA TRANSITÓRIA	158	2.770,00	3.078,00	3.463,00	3.957,00	4.617,00	5.540,00
74 949 - PÓS-ATENDIMENTO COM CC/MCC	158	2.766,00	3.073,00	3.458,00	3.951,00	4.610,00	5.532,00
75 193 - PNEUMONIA SIMPLES E PLEURISIA COM MCC	153	10.924,00	12.138,00	13.655,00	15.606,00	18.207,00	21.848,00
76 661 - CIRURGIAS DO RIM E URETER NÃO ONCOLÓGICAS SE	153	5.862,00	6.513,00	7.328,00	8.374,00	9.770,00	11.724,00
77 989 - CIRURGIA NÃO-EXTENSA NÃO RELACIONADA AO	149	4.177,00	4.641,00	5.221,00	5.967,00	6.962,00	8.354,00
78 189 - EDEMA PULMONAR E INSUFICIÊNCIA RESPIRATÓRIA	148	8.105,00	9.006,00	10.131,00	11.579,00	13.508,00	16.210,00
79 607 - DOENÇAS MENORES DA PELE SEM MCC	148	3.026,00	3.362,00	3.783,00	4.323,00	5.043,00	6.052,00
80 254 - OUTRAS CIRURGIAS VASCULARES SEM CC/MCC	147	13.898,00	15.442,00	17.373,00	19.854,00	23.163,00	27.796,00
	43.937						

Fonte: Elaborado pelo autor (2022).

O DRG pode ser utilizado ainda como ferramenta de avaliação e comparação individual de médicos da especialidade. Sempre foi um desafio comparar performance de médicos, pois estes realizam procedimentos diferentes em pacientes com patologias ou comorbidades diferentes e que afetam diretamente o resultado do

procedimento cirúrgico ou atendimento clínico realizado. O DRG permite também a comparação de performance cirúrgica e clínica de médicos por categorias de pacientes com características mais homogêneas.

4.6 RESULTADO DO PAINEL DE ESPECIALISTAS E ARTEFATO 2

4.6.1 Painel de Especialistas

Dando continuidade à metodologia do *Design Science Research*, foram aplicados quatro entrevistas por questionário com especialistas convidados, todos com formação e/ou amplo conhecimento na área da saúde e na Metodologia DRG e, no período das entrevistas, atuando instituições de ensino e pesquisa e em empresas relevantes no mercado, todas com sede no Brasil.

As conversas foram realizadas no período de agosto 2022 a setembro 2022, através de aplicação de questionário, tendo em vista que o mundo ainda atravessava um período de pandemia que dificultava os encontros presenciais, além de alguns dos entrevistados, residirem e outros estados da união. As perguntas foram semiestruturadas e seguiam a pauta principal do método DRG, em que o pesquisador procurava conhecer a experiência e as impressões do especialista entrevistado sobre o tema, os impactos positivos e negativos a partir da implantação da metodologia, dos sete pilares do método DRG, quais deles são os mais importantes para o desempenho econômico e para o modelo de remuneração das casuísticas cirúrgicas e clínicas adotado, e quais seriam as possíveis ações que os gestores hospitalares poderiam implementar para reduzir a duração da hospitalização (tempo de permanência do paciente), e qual a sua percepção e quais aspectos são essenciais para a implantação da metodologia do DRG direcionado à melhoria de desempenho assistencial, econômico e do modelo de remuneração dos hospitais.

Os especialistas foram identificados no mercado pelo conhecimento do pesquisador sobre os mesmos e ou indicação de profissionais sobre o tema proposto e com atuação na área da saúde.

Para preservar o anonimato das empresas dos especialistas entrevistados, serão omitidos seus nomes. Os quatro profissionais entrevistados possuem os perfis apresentados no Quadro 11.

Quadro 11 – Perfil dos especialistas

Especialista	Gênero	Tempo de atuação em DRG	Ramo da empresa em que atua hoje	Local de atuação da empresa	Idade da empresa	Quantidade de funcionários da empresa
A	Masculino	11 anos	Consultoria e Tecnologia área da Saúde	Brasil	30 anos	31
B	Masculino	7 anos	Hospital de Ensino e Pesquisa	Brasil	52 anos	6.719
C	Feminino	5 anos	Hospital	Brasil	95 anos	3.400
D	Masculino	12 anos	Consultoria Gestão em Saúde	Brasil	34 anos	50

Fonte: Elaborado pelo autor (2022).

4.6.1.1 Especialista A

O Especialista A, cita que a experiência mundial com o uso da metodologia DRG que evidenciou melhoria de entrega de valor em saúde aos usuários, eficiência no uso dos recursos hospitalares com melhoria de desfechos assistenciais, foi um dos motivos que corroborou a implementar o método DRG.

Na sua percepção, a decisão da alta direção de liderar a implantação é o fator determinante e essencial para o seu sucesso.

Quando questionado de como foram identificados e estruturados grupos de pacientes com perfis e com demandas semelhantes direcionando uma alocação de recursos mais adequada, comentou que o próprio DRG determina estes grupos com similaridade de necessidades de recursos o que facilita o gerenciamento das linhas de cuidado. Cita também que ao medir os resultados da gestão ajustado pela complexidade é possível implementar ciclos de melhoria

Perguntei se poderia citar alguns exemplos de como o uso da metodologia impactou tanto na qualidade dos serviços prestados e na resolubilidade das demandas dos pacientes quanto no desempenho econômico do hospital ou operadora, respondeu que há inúmeras experiências brasileiras, de operadoras e hospitais com aumento de entrega de valor saúde proporcionado pela Plataforma DRG Brasil, o qual acabou me fornecendo uma tabela (APÊNDICE K).

Quando perguntado dos sete pilares do método DRG (segurança assistencial, eficiência no uso do leito, internações por condições sensíveis à atenção primária, ambulatorização cirúrgica, reinternação, modelo de remuneração e governança

clínica), dentre eles, qual (is) são o(s) mais importante(s) para avaliar o desempenho econômico e para oportunizar um modelo de remuneração das casuísticas cirúrgicas e clínicas a ser adotado e negociado junto as operadoras/seguradoras/cooperativas médicas, cita que levando-se em consideração o Pay Back e ROI a melhor alternativa seria a diminuição da permanência hospitalar pelo aumento da eficiência do uso do leito. Tendo este alvo como meta, criando estímulos bonificados para médico e implantando a coordenação da jornada do paciente a partir da admissão para uma alta segura. O entrevistado estima que em um ano é possível controlar de 70% a 80% deste desperdício que constitui 48% do desperdício total.

Quando indagado, quais são os impactos, positivos ou negativos, a partir da implantação do método DRG na gestão dos serviços hospitalares, citou como positivo, a sustentabilidade que pode ser alcançada pela entrega de valor ao usuário. Que todo modelo remuneratório tem riscos que devem ser gerenciados no caso do DRG, e como ponto negativo citou que pode ocorrer um alta hospitalar precoce, com aumento de reinternações, aumento dos custos e até mesmo óbito

Assim, com base em sua experiência, o Especialista A considerou o ARTEFATO 1 – primeiro modelo elaborado pelo autor – como adequado, que o mesmo contempla e sintetiza bem todas as etapas sinalizadas na pesquisa, não manifestando restrições ou considerações adicionais.

4.6.1.2 Especialista B

Atualmente, atuando em uma instituição de saúde, ensino e pesquisa e com expressivo número de funcionários (cerca de 6,7 mil), o Especialista B vivenciou e participou ativamente da implantação da metodologia do DRG em outro Hospital Geral de Grande Porte (HGGP) Privado. Destacou, que o motivo para implantação da metodologia no Hospital onde estava, era de implantar ferramentas para a governança do corpo clínico da instituição.

Que a partir da implantação do método DRG, o mesmo impactou na redução do tempo de permanência, o incremento no giro de leito e oportunizou um projeto piloto de pagamento por pacote DRG para casuísticas cirúrgicas, junto a principal operadora (cooperativa médica) da cidade e região metropolitana.

Perguntado de como foram identificados e estruturados grupos de pacientes com perfis e com demandas semelhantes direcionando uma alocação de recursos

mais adequada, o especialista B respondeu que optou-se pela seleção de DRGs de maior prevalência e com menor variabilidade em desfechos clínicos e econômicos.

Na entrevista, o pesquisador perguntou ao Especialista B qual dos sete pilares do método DRG julgava o mais importante para avaliar o desempenho econômico e para oportunizar um modelo de remuneração das casuísticas cirúrgicas e clínicas a ser adotado e negociado junto a quem compra seus serviços, citou que a eficiência no uso do leito e a governança do corpo clínico da instituição como as principais.

Perguntado, sobre qual dos pilares precisariam evoluir para que o desempenho do hospital melhorasse, entende que a ambulatorização cirúrgica e a redução de internações sensíveis a atenção primária e que desta forma serão reduzidas internações desnecessárias, oportunizando espaços hospitalares para situações de maior complexidade. Mas que além destes pilares citados, entende que outros aspectos ou elementos relevantes possam contribuir para um melhor desempenho econômico e para a evolução do modelo de remuneração das casuísticas clínicas e cirúrgicas como a necessidade de maior participação do corpo clínico e entendimento das operadoras de planos de saúde em relação a modelos de remuneração que venham a premiar o melhor desempenho assistencial.

Assim, com base em sua experiência, o Especialista B considerou o ARTEFATO 1 – primeiro modelo elaborado pelo autor – como adequado, não manifestando restrições ou considerações adicionais.

4.6.1.3 Especialista C

Atuando como executiva em um renomado HGGP e com expressivo número de funcionários (cerca de 3,4 mil), a Especialista C, cita que a instituição trabalha com a metodologia DRG desde 2017 e com a codificação de 100% das altas hospitalares desde 2018.

O objetivo principal foi obter dados dos pacientes atendidos, com estimativa de uso de recursos hospitalares para implementação de melhorias ao longo do tempo e que a implantação da metodologia, também fez parte do projeto estratégico da instituição de geração de valor em saúde. Que inicialmente os grupos de pacientes e perfis foram estruturados conforme a especialidade médica do responsável pelo paciente e que dessa forma, conseguiram identificar os pacientes por linhas de cuidado.

Sobre o impacto que a metodologia do DRG tenha causado na qualidade dos serviços prestados, na resolubilidade da demanda dos pacientes e no desempenho econômico da instituição, cita que por enquanto, estão aplicando a metodologia na avaliação de desempenho do corpo clínico e também na análise de casos que desviam do desfecho esperado e que ainda não realizam a análise por custo e resultado econômico por DRG.

Citando exemplos de impactos a partir da implantação do método DRG, como negativo, a necessidade de equipe para codificação e a falta de informações em prontuários dos pacientes. Como positivos, a possibilidade de avaliação da qualidade assistencial e comparativo com outras instituições de mesmo porte, a composição mais detalhada do desempenho do corpo clínico, oportunidade de melhor completude de prontuário a partir da detecção pela equipe codificadora, análise de recursos dispendidos e a complexidade dos pacientes.

Quando perguntado, quais seriam as possíveis ações que os gestores hospitalares poderiam implementar para reduzir o tempo de hospitalização, respondeu que a primeira delas seria a divulgação junto ao corpo clínico do tempo de internação esperado para determinada condição. E, a partir daí, identificar os pacientes com risco de longa permanência para uma intervenção precoce. Implementar e gerenciar protocolos das principais condições clínicas e cirúrgicas, visando adequar o respectivo tempo de permanência.

Assim, com base em sua experiência, o Especialista C considerou o ARTEFATO 1 – primeiro modelo elaborado pelo autor – como adequado, não manifestando restrições ou considerações adicionais.

4.6.1.4 Especialista D

O Especialista D, foi um dos profissional entrevistados que a mais tempo disse ter conhecimento da metodologia DRG, 12 anos no Brasil e 50 nos Estados Unidos, mas por atuar na área de consultoria em gestão em saúde, e não representando diretamente um hospital ou operadora, entendeu que algumas questões não se aplicariam a ele. Na sua opinião, sobre os principais motivos que levam um hospital/operadora a implementar o método DRG, seria o modelo de remuneração, porque a relação hospital x operadora está relacionado diretamente ao modelo de remuneração. Conceitualmente falando, é a busca da mudança do modelo de

remuneração baseado em volume, para o modelo de remuneração baseado em valor. Entende também que existam motivos secundários, como por exemplo a questão do equilíbrio econômico e que para tanto buscam alternativas de compartilhar ganhos (Shared Saving) e com isso aproximar o hospital e operadora de uma linha de competição para uma linha de cooperação, cita que o DRG pode oportunizar isso entre as partes. Que no Brasil ainda é muito recente, que vem impactando, mas que ainda não se tem uma posição definitiva sobre os resultados econômicos com a implantação da metodologia. Cita que o DRG sozinho não resolve, a metodologia precisa ser constituída, implantada, aceita e negociada entre hospital e operadora. Que já existem iniciativas de modelos de remuneração baseadas em DRGs (Bundles) e que tem como objetivo a permanência do paciente no tempo necessário, portanto um foco na qualidade, mas principalmente no desempenho econômico, porque o principal componente de custo em um hospital é o uso do leito, e a permanência acima do necessário é um fator que prejudicará o equilíbrio econômico, principalmente pelo lado da operadora, mas também pelo lado do sistema de saúde como um todo.

Entende, que dos sete pilares do método DRG, o mais importante para avaliar o desempenho econômico e para oportunizar um modelo de remuneração das casuísticas cirúrgicas e clínicas, seja a eficiência no uso do leito, e que reconhecidamente e comprovadamente os hospitais que tem implantado o DRG, demonstraram ineficiência no uso do leito.

Ao compartilhar o Artefato 1, o entrevistado apresentou sugestões para incluir o papel da codificadora (analista de informação), necessário para o processo de validação e inserção de dados, complementar também as características pessoais do paciente, com informações como o diagnóstico principal e complicações (além das que já constavam no Artefato). Outra sugestão, foi com relação a etapa da negociação (prestador e operadora), acrescentando a palavra “Negociação de Bundle por DRG” e além do já citado “maior prevalência”, acrescentar também “relevância financeira” na hora da seleção do DRG a serem negociados.

O painel de especialistas demonstrou aderência com a relevância do tema “Avaliação de Desempenho Econômico e Modelo de Remuneração Hospitalar por DRG – Casuísticas Cirúrgica e Clínica”. Através das entrevistas do painel, foi possível ter contato com a experiência e percepções dos especialistas no tema e na implantação do método DRG, além das visões e dicas práticas dos profissionais com

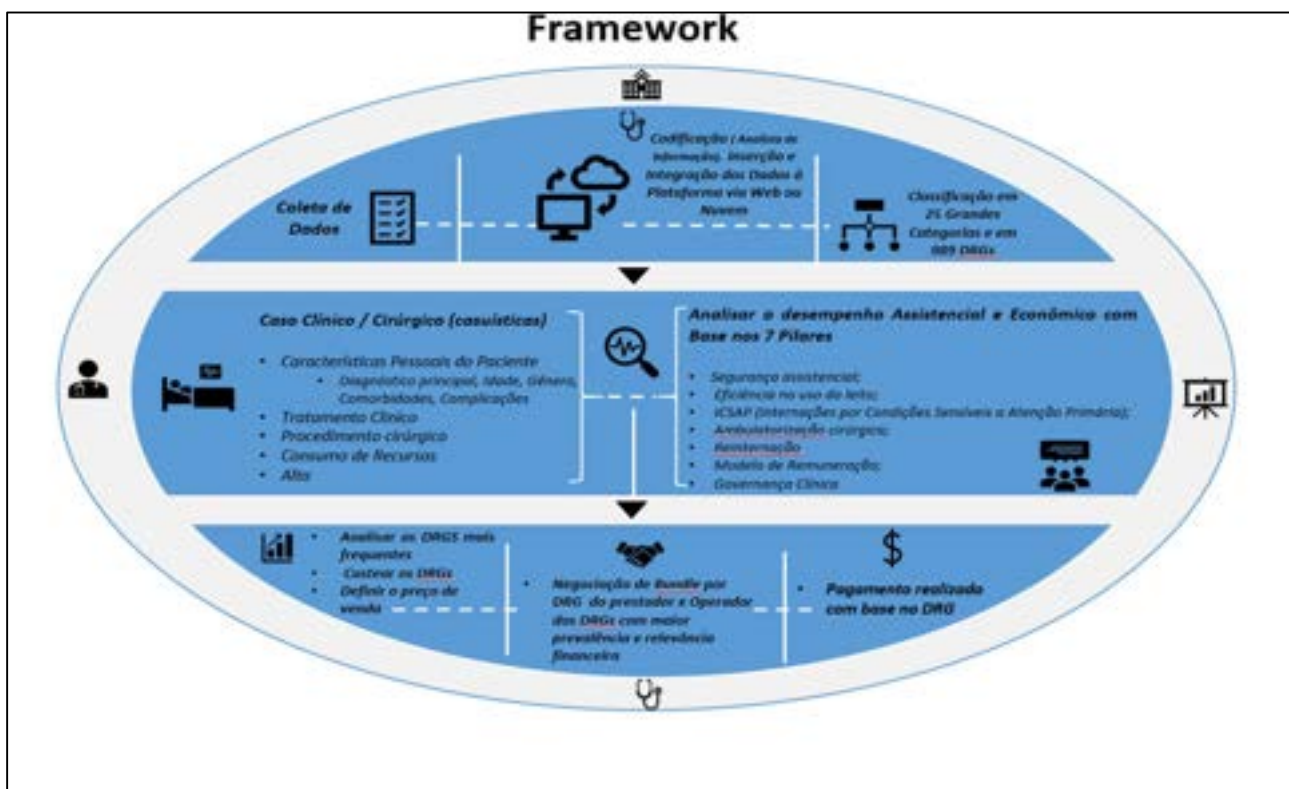
relação ao protótipo apresentado pelo pesquisador trouxeram grande contribuição para os objetivos da pesquisa, complementando as informações obtidas na revisão literária.

4.6.2 Artefato 2

Assim, com base nas entrevistas realizadas com os quatro especialistas, e considerando as sugestões de uma quinta especialista no assunto, o artefato 1 (AV1) foi modificado resultando no artefato 2 (AV2).

Com as alterações realizadas, o artefato versão 2 é apresentado na Figura 10.

Figura 10 – Alterações apresentadas no artefato versão 2



Fonte: Elaborado pelo autor (2022).

Comparativamente ao artefato AV1, foram acrescentadas a etapa da codificação (entre a coleta e integração dos dados à plataforma), além de informações adicionais as características pessoais do paciente e a etapa da negociação entre o prestador e operador.

O cumprimento de todas as etapas metodológicas permite neste momento

que se passe para a última etapa e se proceda às conclusões do trabalho, assim como sugestões para estudos futuros, recomendações para as instituições pesquisadas (HGMGP) e limitações do estudo.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este capítulo abordará as conclusões do estudo, sugestões para estudos futuros, recomendações para a organização e limitações da pesquisa.

5.1 CONCLUSÕES

Os altos gastos que os países têm na área da saúde estão diretamente ligados ao modelo de pagamento de prestadores de saúde que os mesmos adotam. Perante este quadro de gastos excessivos na saúde afetarem prontamente a economia, têm sido empregados modelos de pagamento ao prestador, especialmente o Diagnosis Related Groups (DRG), essencialmente nos pagamentos a hospitais (pois eles causam um grande impacto sobre os gastos com a saúde), com o intuito de tornar os gastos mais eficientes (REIS, 2017).

A presente pesquisa mostra de forma consistente, que no Brasil, há sérios problemas envolvendo a atividade assistencial da saúde que determinam aumento supérfluo de custos, quando melhorias nos processos podem proporcionar grandes resultados no âmbito da qualidade e da eficiência, determinantes da produtividade. Um exemplo para isso é a permanência no leito.

Os objetivos do estudo de avaliar e comparar o desempenho econômico de onze hospitais de gerais de médio e grande porte (HGMGP) em seis regiões do Brasil, utilizando a metodologia DRG e propondo como modelo de remuneração para as casuísticas clínicas e cirúrgicas de maior prevalência e relevância financeira, assim como o desenvolvimento de todo o processo de implantação da metodologia, a identificação e análise dos impactos (com base nos 7 pilares) e das oportunidades de melhoria nos processos, estavam alinhados com as necessidades da instituição que oportunizou o acesso ao banco de dados assistenciais e econômicos, e também as premissas e expectativas de um mestrado profissional. Era premissa dessa pesquisa que, além da qualificação acadêmica, ele propiciasse um retorno para a instituição, para os hospitais estudados e também como objeto de futuras pesquisas para profissionais e instituições que tenham interesse no tema.

Já a operadora terá a possibilidade de analisar as organizações de saúde quanto à eficácia e custo, verificando se um hospital de alto custo é realmente caro ou se atende pacientes mais complexos, bem como se um hospital de baixo custo só

alcança estes resultados porque seleciona casos de baixa complexidade.

Demonstrou-se ser possível com dados coletados na base de dados dos HPDRGB (a partir da alta de cada paciente), descrever e sistematizar todo o processo para obtenção da classificação DRG dos HGMGP. Os APDRGs resultantes da utilização do *Software da Plataforma DRG Brasil Versão 14*, classificaram os pacientes em 25 GCD, 687 categorias DRG clínicas e cirúrgicas distintas, e quando aplicamos uma redução de categorias para um efetivo gerenciamento com DRG, identificamos que 20 DRGs representaram 39,9% da amostra, 40 DRGs representaram 56,1% e 80 DRGs o equivalente a 70,1% da amostra pesquisada, além de uma visão de resultado para gerenciamento nas 64 especialidade médicas. O desenvolvimento, a descrição do processo de implantação da metodologia DRG a análise do desempenho assistencial e comparativa de custos entre os 20 DRGs mais frequentes nos HGMGP e, ainda como proposta modelo de remuneração com sugestões de margens a partir classificação dos pacientes clínicos cirúrgicos das instituições foram concluídos com êxito.

Quando se compara a produção de diferentes instituições hospitalares utilizando o DRG, tem-se assegurado que se compare iguais com iguais. Isto possibilita ainda uma discussão mais aprofundada sobre as próprias práticas médicas, tecnologia utilizada e eficiência. A tabulação da classificação, que permitiu uma adequada comparação com instituições nacionais, pode ainda possibilitar futuras comparações com instituições internacionais que adotem a metodologia DRG. Criou-se, portanto, uma nova ferramenta de avaliação da performance hospitalar para ser usada de forma continuada, através da comparação com outros hospitais ou mesmo diretamente com as próprias casuísticas da instituição. Então, estes parâmetros Como ferramenta, serve também para comparação da performance por médico, ou seja, dentro de um mesmo DRG cirúrgico ou clínico, pode-se comparar tempo de internação, mortalidade, receita, custos e resultado, determinando qual médico apresenta melhor performance. Torna-se assim um instrumento de análise individual de médicos em sua prática, um dos grandes desafios para qualquer instituição que trabalhe com serviços médicos. O simples compartilhamento de informações gera, entre os próprios médicos, discussões e possibilidades de melhoria que podem contribuir para aumentar a eficiência do processo de atendimento

O DRG se apresenta para a instituição como um sistema de acompanhamento, controle e avaliação de desempenho da produção dos serviços hospitalares. O

acompanhamento e a análise dos DRGs institucionais são também fundamentais para verificação da efetividade das políticas de gestão, bem como da qualidade da assistência médica prestada. O processo de implantação da metodologia, com a coleta, codificação, integração dos dados a plataforma, a classificação em GCD e DRGs, a análise do desempenho assistencial e econômico, a negociação e o pagamento por DRG, pelo exposto, é possível concluir que o objetivo geral proposto para o trabalho - propor um framework que oriente a implantação do método DRG para avaliar o desempenho econômico e modelo de remuneração para as casuísticas clínica e cirúrgica de Hospitais da Plataforma DRG Brasil (HPDRGB) - foi alcançado, assim como os objetivos específicos de comparar o desempenho econômico e o modelo de remuneração das casuísticas clínica e cirúrgica entre as unidades pesquisadas utilizando o método DRG;

Identificar os impactos a partir da implantação do método DRG na gestão dos serviços hospitalares de HPDRGB.

5.2 SUGESTÕES PARA ESTUDOS FUTUROS, RECOMENDAÇÕES PARA A ORGANIZAÇÃO E LIMITAÇÕES DO ESTUDO

Atualmente, a saúde pública brasileira tem apresentado problemas de gerenciamento, o que resulta, por exemplo, na má distribuição dos recursos públicos aos hospitais. Portanto, uma das recomendações seria para que as prestadoras de saúde do país adotassem o DRG em toda sua rede de saúde, tanto pública como privada, desta forma poderiam controlar os gastos com a saúde e ajudar a aprimorar a documentação clínica e a qualidade da assistência nos hospitais.

A metodologia DRG vem sendo aventada pelo Ministério da Saúde, tem como proposta o aumento da produtividade do leito hospitalar, o gerenciamento dos custos, da qualidade e dos níveis de efetividade assistencial-hospitalar, além da possibilidade de mudança do atual modelo de remuneração.

O tempo de permanência hospitalar, maior indicador do consumo de recursos, é atualmente uma das maiores preocupações e desafios da gestão dos Hospitais.

Segundo um dos especialistas entrevistados na pesquisa, uma das possíveis ações que os gestores hospitalares poderiam implementar para reduzir a duração da hospitalização, seria a mudança do modelo assistencial com orientação da jornada do paciente realizado de maneira integrada entre hospital, médicos, família e gestor do

sistema de saúde no qual o hospital encontra-se inserido

Na pesquisa, ficou evidenciado que o tempo médio de permanência dos pacientes de 3,5 dias da amostra foi puxado pelos cirúrgicos (representando 69,93% da amostra das casuísticas), e uma alteração do mix institucional com o aumento ainda maior na proporção de pacientes cirúrgicos em relação aos clínicos desencadearia uma significativa diminuição do tempo de permanência institucional.

Observa-se que nos países em que o DRG foi implementado, ocorreu uma queda importante na média de permanência hospitalar, o que deve acontecer igualmente se ele for adotado em nosso sistema de saúde.

Outra recomendação é que os achados da pesquisa nos 11 hospitais e que representaram 2.470 leitos e 62.684 internações, sejam compartilhados não somente na instituição que oportunizou o acesso ao banco de dados da Plataforma DRGBrasil, mas com os demais hospitais da Plataforma e seus níveis de gestão para que possam provocar alguma transformação na organização. Foram eles: o *Framework*, a revisão detalhada da literatura mundial existente sobre o assunto para embasamento e entendimento dos médicos e estrutura administrativa da instituição, a definição e descrição de metodologia para obtenção da classificação DRG na instituição a partir dos registros assistenciais existentes no prontuário do paciente; a identificação de oportunidades de melhoria em processos da assistência hospitalar, os modelos de avaliação de desempenho assistencial e econômico e comparativos das casuísticas clínica e cirúrgica; a classificação por GCD, a classificação DRG completa das casuísticas clínica e cirúrgica; a avaliação de desempenho econômico por especialidade médica.

Outra recomendação é que as instituições façam negociação de pacotes por DRG (remuneração previamente definida para determinados procedimentos com operadoras para determinados procedimentos), a proposição é iniciar com os DRGs cirúrgicos, pois são homogêneos em consumo de recursos e levam em conta a situação clínica dos pacientes, variáveis que se não adequadamente tratadas, inviabilizam essa forma de negociação. A metodologia pode, então, padronizar e desburocratizar o processo, diminuindo o custo de transação e de faturamento.

A gestão e precificação desses pacotes é complexa, e a criação de pacotes por DRG em conjunto com a área comercial é uma oportunidade.

Uma das limitações da pesquisa, é que há anos discute-se a necessidade de mudanças do modelo de remuneração na saúde suplementar e mais recentemente

na área pública. O fee for service, modelo de remuneração predominante na saúde suplementar, é tido por muitos especialistas como inadequado por provocar o desalinhamento de incentivos. Há uma visão predominante de que se devem promover iniciativas que acelerem mudanças rumo a modelos que entreguem mais valor ao paciente e que sejam centrados nele. A implementação da metodologia do DRG é desafiadora e complexa, uma vez que exige investimentos tanto dos prestadores quanto das operadoras de planos de saúde, uma relação de confiança entre as partes e, principalmente, uma mudança de cultura nas organizações que decidem adotar essas novas práticas.

A qualidade do registro no prontuário, como informações incompletas do paciente e de seu atendimento seria outra limitação do estudo. O uso dos registros hospitalares, como fonte dos dados utilizados para a classificação DRG apresenta limitações próprias desta utilização. No futuro, caso a ferramenta se torne de uso rotineiro no Brasil para avaliação de performance hospitalar e remuneração dos serviços, uma validação prévia dos dados por uma equipe especializada, pode ser utilizada para minimizar esse risco.

REFERÊNCIAS

- AKEN, J. E. VAN. Management Research Based on the Paradigm of the Design Sciences: The Quest for Field-Tested and Grounded Technological Rules. **Journal of Management Studies**, [Durham, Reino Unido], v. 41, n. 2, p. 219-246, 2004.
- AVERILL, R.F. The design and development of the Diagnosis Related Groups. In: HEALTH SYSTEMS INTERNATIONAL. **DIAGNOSIS Related Groups**; second revision definitions manual. New Haven, Conn, 1985.
- BENTES, M.; MATEUS, M.C.; GONÇALVES, M.L. **DRGs in Portugal**: a decade of experience. In: NATHIONAL CASEMIX CONFERENCE. 8ªed. Casemix and Change: International Perspectives. Darling Harbour. Sydney, 1996.
- BRAGA NETO, F. C. et al. **Em busca de novos modelos gerenciais**: os grupos de diagnósticos homogêneos e a gerência hospitalar. *Revista de Administração Pública*, v. 24, n. 4, p. 87-94, 1990.
- BRAVO, M. P. C.; EISMAN, L. B. **Investigación educativa**. Alfar, 1998
- BUSSE, R. et al. **Diagnosis-Related Groups in Europe**: Moving towards transparency, efficiency and quality in hospitals. Open University Press, 2011
- CASAS, M; TOMAS, R. **Diagnosis Related in Europe**. Berlin: Springer-Verlag, 1993.
- ÇAGDAS, V.; STUBKJAER, E. **Design research for cadastral systems**. *Computers, Environment and Urban Systems*, v. 35, n. 1, p. 77-87, 2011.
- CHALKLEY, M.; MALCOMSON, J. M. **Government purchasing of health services**. In: CULYER, A. J.; NEWHOUSE, J. P. (Eds.) *Handbook of Health Economics*. New York: Elsevier, 2000.
- CHERCHIGLIA, Mariangela L. **Remuneração do trabalho médico**: um estudo sobre seus sistemas e formas em hospitais gerais de Belo Horizonte. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, Mar. 1994 . Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X1994000100008&lng=en&nrm=iso.
- CODMAN, E.A. **The product of a hospital**. Boston: Surg Ginecol Obst, 1914.
- COSTA, C. Os DRGs (Diagnosis Related Groups) e a Gestão do Hospital. **Revista Portuguesa de Gestão**, III/IV, p. 47-65, 1994.
- CHORDA, V.M.G.; SOLER, M.L.M. Grupos de pacientes relacionados por el diagnóstico (GRD) em lós hospitales generales españoles: variabilidad em la estancia media y el coste médio por proceso. **Enfermería Global**. oct. 2011.
- DONABEDIAN, A. Criteria and standards for quality assessment and monitoring. *QRB. Quality review bulletin*, v. 12, n. 3, p. 99-108, 1986.

_____. The seven pillars of quality. **Archives of pathology & laboratory medicine**, v. 114, n. 11, p. 1115-1118, 1990.

DRESCH, Aline; LACERDA, Daniel P.; JÚNIOR, José A. V. A. **Design Science Research: método de pesquisa para avanço da ciência e tecnologia**. Porto Alegre: Bookman, 2015.

FALK, James Anthony. **Gestão de custos para hospitais: conceitos, metodologias e aplicações**. São Paulo: Atlas, 2001.

FETTER, R.B. **Concepts of case-mix management**. In: FRANCE, F.H.; MOOR, G. de; HOFDIJK, J.; JENKINS, L. *Diagnosis Related Groups in Europe*. Bélgica: Goff BVBA, 1989. p. 134-42.

FETTER, R. B.; FREEMAN, J. L. Diagnosis related groups: product line management within hospitals. **Academy of Management Review**, v. 11, n. 1, p. 41- 54, 1986.

FETTER, R. B.; FREEMAN, J. L.; MULLIN, R. L. DRGs: how they evolved and are changing the way hospitals are managed. *Pathologist*, v. 39, n. 6, p. 17-21, 1985.

FETTER, R. B. et al. Case mix definition by diagnosis-related groups. **Medical care**, p. i-53, 1980.

FREITAS JR., J. C. ; MACHADO, L. ; KLEIN, A.Z.; FREITA, A.S. **Design Research: Aplicações Práticas e Lições Aprendidas**, 2015.

GASTAL, F.L. **Controle estatístico de processo: um modelo para a avaliação da qualidade de serviços de internação psiquiátrica**. 1995. Tese de Doutorado - Universidade Federal de São Paulo, Escola Paulista de Medicina, São Paulo, 1995.

GEISSLER, A. Process and outcome evaluation of a blended coaching format. John Wiley and Sons. **Journal of Health Economics**. v. 21, p. 103-115, 2012.

GRIFFITH, J. R.; ALEXANDER, J. A.; JELINEK, R. C. Measuring comparative hospital performance. **Journal of healthcare management/American College of Healthcare Executives**, v. 47, n. 1, p. 41-57, 2001.

HUSSER, J.; GUERIN, O.; BRETONES, D. The incentive effects of DRG's reimbursement rates for health care establishments in France: towards a new allocation of surgical procedures? **International Business Research**, v. 5, n. 12, 2012.

JACOBS, Philip. A survey of economic models of hospitals. **Inquiry**, p. 83-97, 1974.

LAMBERT, P.M.; ROGER F.H. *Hospital Statistics in Europe*. North-Holland Publ. **Comp. Amsterdam – New York – Oxford**, 1981.

LANGENBRUNNER, J. C.; CASHIN, C.; O'DOUGHERTY, S. **Designing and implementing provider payment systems: how to manuals**. Washington: The World Bank; 2009.

LIMA, E.; WHYNES, D.K. **Finance and performance of Portuguese hospitals**.

Universidade de Minho. Braga, 2003.

LOVELOCK, Christopher. **Serviços: marketing e gestão**. Revisão técnica Mauro Neves Garcia. São Paulo: Saraiva, 2003.

LYNK, W. J. One DRG, one price? The effect of patient condition on price variation within DRGS and across hospitals. **International Journal of Health Care Finance and Economics**, v. 1, n. 2, 2001.

MATHAUER, I e WITTENBECHER, F. **Hospital payment systems based on diagnosis-related groups: experiences in low- and middle-income countries**. Bull World Health Organ 2013;91:746– 756A, 2012.

MARTINS, Eliseu. **Contabilidade de custos**. São Paulo: Atlas, 2003.

MARTINS, Domingos dos Santos. **Custeio hospitalar por atividades**. São Paulo: Atlas, 2002.

MATOS, Afonso José de. **Gestão de custos hospitalares: técnicas, análise e tomada de decisão**. São Paulo: Editora STS, 2002.

MAYES, R. The origins, development, and passage of Medicare's revolutionary prospective payment system. **Journal of the History of Medicine and Allied Sciences**, v. 62, n. 1, p. 21-55, 2007.

MCCMAHON, L. The development of diagnosis related groups. Bardsley, M.; Coles, J.; Jenkins, L., org. DRGs and health care: the management of case-mix. **London, King Edward's Hospital Fund**, p. 29-41, 1987.

MEGLIORINI, Evandir. **Custos: análise e gestão**. 2ª ed. São Paulo: Pearson Prentice Hall, 2007.

MULLIN, R.L. Development of DRGs. In: International Conference on Management and Financing of Hospital Services. **Health Systems International**, London, p. 15-8, 1986.

NORONHA, M.F.; PORTELA, M.C.; LEBRÃO, M.L. Potenciais usos dos AP-DRG para discriminar o perfil da assistência de unidades hospitalares Cad. **Saúde Pública**, v. 20, n. Sup 2, p. S242-S255, 2004.

NORONHA, M. F. et al. O desenvolvimento dos "Diagnosis Related Groups"- DRGs. Metodologia de classificação de pacientes hospitalares. **Revista de Saúde Pública**, v. 25, n. 3, 1991.

OBSERVATÓRIO ANAHP 2022 – Disponível em: <https://www.anahp.com.br>. Acesso em 10 de setembro de 2022.

O'RELLEY, J. et al. Paying for hospital care: the experience with implementing activity-based funding in five European countries. **Health Economics, Policy and Law**, v. 7, 73, 2012 .

PONGRIPUL, K.; COURTLAND, R. Hospital manipulation in DRG system: a

systematic scoping review. **Asian Biomedicine**, v. 7, n. 3, 2013.

PRESTON, A. M. et al. The Diagnosis-Related Group-Prospective payment system and the problem of the government of rationing health care to the elderly. **Accounting, Organizations and Society**, v. 22, n. 2, p. 147-164, 1997.

PWC. Introdução ao DRG. Apresentação no Seminário Internacional “**A Sustentabilidade de Saúde Suplementar**”, Rio de Janeiro, novembro de 2014. Disponível em: www.ies.org.br.

REUSCH, MARCUS. **Avaliação de desempenho de unidade hospitalar por Diagnosis Related Groups (DRG)** – casuística cirúrgica : um estudo de caso, 2015.

RHODES, G. et al. Comparing EU hospital efficiency using diagnosis-related groups. **The European Journal of Public Health**, v. 7, n. suppl 3, p. 42-50, 1997.

ROEMER, Milton I.; MOUSTAFA, A. Taher; HOPKINS, Carl E. A proposed hospital quality index: hospital death rates adjusted for case severity. **Health Services Research**, v. 3, n. 2, p. 96, 1968.

ROSENTHAL, M. B.; DUDLEY, R. A. Pay-for-performance: will the latest payment trend improve care?. **Jama**, v. 297, n. 7, p. 740-744, 2007.

SAIS, C. et al. **Benchmarking Clínico**: estudo comparativo entre grandes hospitais universitários ibéricos. Iasist. UBM Medica. Portugal, 2012.

SANDERSON, H. F. et al. Evaluation of diagnosis-related groups in the National Health Service. **Journal of Public Health**, v. 11, n. 4, p. 269-278, 1989.

SAQR, H.; MIKHAIL, O.; LANGABEER, J. The financial impact of the Medicare prospective payment system on long-term care hospitals. **Journal of Health Care Finance**, v. 35, n. 1, 2008.

SCHNEIDER, P. **Provider payment reforms**: lesson from Europe and America for South Eastern Europe. Washington: The World Bank; 2007.

SHIN, Y.S.; YEOM, Y.K. **DRGs**: their application in Korea. In: International Conference on the Management and Financing of Hospital Services, 2nd. Sydney, p. 63-77, 1988.

SCHOUT, A. From Cohesion to Territorial Policy Integration (TPI)? Does the European Union have the Capacity to Govern in a More Joined up Manner? **European Planning Studies**, v. 15, n. 6, p. 1-17, 2007.

VERAS, C. M. T. et al. Diagnosis Related Groups - DRG's: Avaliação do uso de uma Metodologia de Mensuração do Produto Hospitalar com utilização de Base de Dados do SAMHPS/AIH na Cidade do Rio de Janeiro. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 6, n. 3, 1990.

VUORI, H. **El concepto de calidad. La calidad de los servicios sanitarios**. In: EL CONTROL DE CALIDAD EN LOS SERVICIOS SANITARIOS. Conceptos y Metodología. p. 37-101, Barcelona: Masson, 1988.

WANG, F.; HANNAFIN, M. J. **Design-Based Research and Technology-Enhanced Learning Environments**. ETR&D, [S. l.], v. 53, n. 4, 2005, p. 5-23, 2005.

WILEY, M. **From the origins of DRGs to their implementation in Europe**. Maidenhead: Open University Press, 2011.

WYNN, B. O., SCOTT, M. **Evaluation of Severity Adjusted DRG Systems**. Centers for Medicare and Medicaid Services. WR434/1-CMS. July 2007.

YOUNG, W.W.; SWINKOLA, R.B.; HUTTON, M.A. Assessment of the AUTOGRP patient classification system. **Medical care**, v. 18, n. 2, p. 228-244, 1980.

APÊNDICE A – Contrato de Cessão de Dados

CONTRATO DE CESSÃO DE DADOS

Contrato de cessão de dados, que entre si fazem, a saber: **MAURO ROBERTO CANTO**, CPF nº 467.216.300-87, telefone nº (51) 99379-0484, estabelecida Rua Eurípedes Aurélio da Silva, nº 297, Apto. 301, bairro Vila Eunice, Cachoeirinha/RS, BR, CEP 94920-250, doravante denominado(a) **PESQUISADOR(A)** e,

INSTITUTO DE ACREDITAÇÃO E GESTÃO, CONSULTORIA E SISTEMAS DE INFORMAÇÃO

LTDA, estabelecida à Av. do Contorno 9.215, sala 505, bairro Prado, Belo Horizonte - Minas Gerais, Brasil, CEP. 30110-941, inscrita no CNPJ/MF sob o nº 08.250.880/0001-66, doravante denominada **CEDENTE**, dentro das seguintes cláusulas e condições reciprocamente estipuladas e aceitas pelas partes.

CLÁUSULA PRIMEIRA – OBJETO

1.1 - O presente contrato tem por objeto a **CESSÃO DE DADOS DO DRG BRASIL®** para atender exclusivamente o projeto de pesquisa ACADÊMICA intitulada “Avaliação de Desempenho Econômico e Modelo de Remuneração por Diagnosis Related Groups (DRG) - Casuísticas Cirúrgica e Clínica”.

1.2 - A Cedente somente cederá dados anonimizados, consolidados ou não, dependendo do tipo de pesquisa.

CLÁUSULA SEGUNDA – REMUNERAÇÃO

2.1 - A cessão de dados é não onerosa.

CLÁUSULA TERCEIRA – COMUNICAÇÕES E COORDENAÇÃO TÉCNICA

3.1 - As comunicações entre as Partes deverão ser efetuadas por e-mail.

CLÁUSULA QUARTA – CONFIDENCIALIDADE

4.1 - As partes obrigam-se a trocar, entre si, toda a informação (doravante denominada **INFORMAÇÃO/ÕES CONFIDENCIAL/IS**) que se mostre necessária para a realização do objeto do presente contrato, a qual permanece propriedade de quem a transmite obrigando-se a Parte que a recebe a tratá-la e a mantê-la como confidencial, nos termos estabelecidos na presente Cláusula.

4.2 - As Partes obrigam-se, ainda, a restringir o acesso às **INFORMAÇÕES CONFIDENCIAIS** aos colaboradores que, por força das funções que exercem, não devam ou precisem conhecê-las ou utilizá-las.

4.3 - Os Pesquisadores se obrigam a manter confidencial a informação recebida e, como tal, classificada, evitando, com o mesmo zelo com que protegem a sua própria informação confidencial, que a mesma seja transmitida a terceiros, com exceção daqueles a quem, por força deste Contrato e das relações contratuais que mantêm com as Partes, assista legitimamente o direito de acesso e de utilização da referida informação.

4.4 - Compete aos Pesquisadores assegurar que os terceiros referidos no item acima cumprirão com as obrigações de confidencialidade definidas na presente Cláusula, acordando as mesmas que, previamente à divulgação de qualquer **INFORMAÇÃO CONFIDENCIAL** da outra Parte a terceiro, obterão deste o respectivo compromisso escrito de confidencialidade.

4.5 - Não se considera abrangida pela obrigação de confidencialidade a informação:

- a) que é ou se torne publicamente conhecida, sem que tal se deva a conduta ilícita da Parte que a recebe;
- b) cuja divulgação tenha sido autorizada expressamente pela Parte que a transmite;
- c) cuja divulgação/utilização seja estritamente necessária para efeitos da defesa dos direitos e legítimos interesses das Partes.
- d) dos resultados da pesquisa, independentemente dos resultados encontrados.

4.6 - Nenhuma das Partes poderá revelar qualquer tipo de informação de que tenha conhecimento, no âmbito do presente contrato, exceto se tal revelação lhe for imposta por decisão judicial, obrigando-se a Parte, forçada a revelar, a informar imediatamente a outra Parte de tal fato, bem como a limitar a informação àquilo que lhe for imposto, com indicação expressa de que a informação revelada é confidencial.

4.7 - As obrigações de confidencialidade previstas na presente Cláusula manter-se-ão vigentes e gerando efeitos sobre as Partes eternamente, mesmo após o encerramento do prazo deste Contrato.

4.8 - As Partes se obrigam a cumprir e fazer cumprir todos os requisitos da legislação vigente sobre o Acesso e Proteção de Dados Pessoais, as normas do CFM – Conselho Federal de Medicina que tratam do sigilo médico dos dados dos pacientes, da ANS – Agência Nacional de Saúde Suplementar ou outras, específicas e aplicáveis à espécie.

4.9 - Todo e qualquer dado ficará arquivado com o Cedente e os Pesquisadores deverão eliminar qualquer registro em qualquer meio, exceto os resultados da pesquisa. Estes dados poderão ser requisitados aos cedentes a qualquer momento para comprovação da veracidade dos resultados da pesquisa.

CLÁUSULA QUINTA – TRATAMENTO E PROTEÇÃO DE DADOS

5.1 - A Cedente realizará o tratamento de dados pessoais do Pesquisador para cumprimento da execução deste contrato a partir das premissas da Lei nº 13.709/2018 (LGPD - Lei Geral de Proteção de Dados), respeitando os princípios da finalidade, adequação, transparência, livre acesso, segurança, prevenção e não discriminação no tratamento dos dados.

CLÁUSULA SEXTA – ÉTICA E ANTICORRUPÇÃO

6.1 - No relacionamento com Agentes Públicos ou particulares, para fins de execução do presente contrato, as PARTES não oferecerão, não receberão e não farão, direta ou indiretamente qualquer forma de promessa, vantagem, pagamento, doação ou presente, intermediação, permissão de acesso ou compartilhamento de informação, para o uso ou benefício de qualquer pessoa alheia ao presente contrato.

6.2 - As Partes não praticarão nem permitirão a prática de qualquer ato ou conduta que tenha por objetivo obter favores ou vantagem indevida; influenciar a prática ou a abstenção de ato ou decisão de agente público ou particular.

CLÁUSULA SÉTIMA – INEXISTÊNCIA DE VÍNCULO TRABALHISTA

7.1 - O presente contrato não constitui, sob nenhuma hipótese, vínculo empregatício entre os pesquisadores e a Cedente.

CLÁUSULA OITAVA – DIREITOS AUTORAIS E CONFLITO DE INTERESSES

8.1 - Os direitos autorais das publicações serão creditados aos Pesquisadores.

8.2 - Deverá constar em toda publicação que o projeto foi aprovado por um Comitê de Ética e Pesquisa com o parecer número **5.575.811** e Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) número **61086422.8.0000.5344.1**. Ressalta-se que deverá conter a dispensa do termo de consentimento livre e esclarecido.

8.3 - Deverá constar, em toda veiculação dos resultados de pesquisas (artigos, aulas, entrevistas, etc), os créditos de cessão não onerosa de dados pelo DRG Brasil[®] [1], como parte de sua missão de transformar o sistema de saúde garantindo sustentabilidade através da qualidade assistencial.

8.4 - Os pesquisadores declaram a ausência de conflito de interesse com o objeto de pesquisa.

CLÁUSULA NONA – DIREITOS DE PROPAGANDA

9.1 - Os Pesquisadores autorizam de forma irrevogável e irretratável, a utilização pela Cedente de seu nome, imagem e som de voz para uma eventual divulgação dos resultados da pesquisa.

9.2 - Os Pesquisadores autorizam de forma irrevogável e irretratável, a inclusão na Comunidade Acadêmica DRG Brasil[®].

CLÁUSULA DÉCIMA – VIGÊNCIA E EXTINÇÃO DO CONTRATO

10.1 - O contrato vigorará por prazo indeterminado e poderá ser rescindido por quaisquer das Partes, independente de culpa da outra, mediante comunicação expressa por escrito ou por meio eletrônico com prazo mínimo de 30 dias.

CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA – ALTERAÇÕES, SUCESSÃO E RENOVAÇÃO DO CONTRATO

11.1 - As alterações ao presente Contrato somente poderão ser consideradas como válidas e eficazes se forem assinadas por ambas as Partes.

CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA – CONDIÇÕES PARTICULARES

12.1 - O termo inicial da vigência do presente contrato será a data da sua assinatura.

CLÁUSULA DÉCIMA TERCEIRA – SOLUÇÃO DE CONTROVÉRSIAS E FORO

13.1 - Fica eleito o foro da Comarca de Belo Horizonte/MG para a solução das controvérsias oriundas deste instrumento, com renúncia expressa a qualquer outro, por mais benéfico que possaser.

13.1 - As partes reconhecem a validade da forma de contratação por meio eletrônicos e digitais como válida e plenamente eficaz, constituindo título executivo extrajudicial para todos os fins dedireito.

Por estarem de pleno acordo, as Parte firmam o presente em 2 (duas) vias de igual teor e forma, na presença de 2 (duas) testemunhas.

Belo Horizonte, 23 de agosto
de 2022.

[\[1\]](#) **DRG Brasil**[®]: Metodologia do Diagnosis Related Groups adaptado às características da população brasileira e do sistema de saúde local, abrangendo todas as faixas etárias (incluindo neonatos e pacientes pediátricos). O DRG Brasil[®] mede a complexidade dos pacientes hospitalizados e avalia o consumo de recursos e a qualidade da assistência intra- hospitalar levando em conta a complexidade assistencial. Também avalia a qualidade de assistência do sistema de saúde que antecede e sucede a assistência hospitalar.



Datas e horários
em GMT -03:00 BrasíliaLog
gerado em 23 de agosto de
2022. Versão v1.15.0.

Contrato Pesquisador - MAURO CANTO.pdf

Documento número #8a24a8ad-2001-4a80-aa9f-f3b6a83bccde

Hash do documento original (SHA256):

0ec390cbc0bd42f11669ee40101ae3c96f1cab2fa6a0356106eb77664a265d2d

Assinaturas



Mauro Roberto Canto

CPF: 467.216.300-87

Assinou em 23 ago 2022 às 11:24:24



Ana Claudia Couto de Abreu

CPF: 705.439.506-97

Assinou como testemunha em 23 ago 2022 às 14:27:50



Tania Moreira Grillo Pedrosa

CPF: 577.313.736-49

Assinou como testemunha em 23 ago 2022 às 11:34:33



Renato Camargos Couto

CPF: 617.396.696-49

Assinou como cedente em 23 ago 2022 às 12:49:19

APÊNDICE B – Parecer Consubstanciado do CEP Unisinos

UNIVERSIDADE DO VALE DO
RIO DOS SINOS - UNISINOS



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Avaliação de Desempenho Econômico e Modelo de Remuneração por Diagnosis Related Groups (DRG) e Casuísticas Cirúrgica e Clínica

Pesquisador: MAURO ROBERTO CANTO

Área Temática:

Versão: 5

CAAE: 61086422.8.0000.5344

Instituição Proponente: Universidade do Vale do Rio dos Sinos - UNISINOS

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 5.640.934

Apresentação do Projeto:

Avaliação de Desempenho Econômico e Modelo de Remuneração por Diagnosis Related Groups (DRG) Casuísticas Cirúrgica e Clínica, do pesquisador MAURO ROBERTO CANTO, trata-se da dissertação de mestrado profissional do autor. O sistema de classificação Diagnosis Related Groups (DRG's) tem sido utilizado em diferentes países com diversos sistemas de saúde o uso mais comum do DRG e no método de pagamento de hospitais conhecido como Sistema Prospectivo de Pagamento que refere-se ao método em que o montante de pagamento pelos serviços é estabelecido anteriormente a prestação destes e o hospital (ou outro prestador de serviços) assim fica parcialmente com risco de perdas ou possibilidade de superávit, devido as diferenças entre o valor pré-fixado e os custos incorridos. Foi proposta a utilização da metodologia DRG para avaliar o desempenho econômico das casuísticas cirúrgicas e clínicas de unidades hospitalares de grande porte. Os dados serão coletados a partir das informações contidas nos documentos de alta hospitalar de cada paciente submetido a procedimento cirúrgico ou internação clínica, no período de um ano (Abril de 2019 a Março de 2020). Para comparação de desempenho, serão utilizados dados publicados anualmente do Sistema de Saúde de Portugal. Dos 20 DRGs mais frequentes dos HPDRGB, comparando os entre os que apresentaram um desempenho inferior e superior aferido em termos de tempo de permanência hospitalar ao do grupo de Portugal. Será analisado se o objetivo geral proposto para o trabalho, da utilização do DRG para avaliar o desempenho econômico e modelo de remuneração das casuísticas cirúrgica e clínica das

Endereço: Av. Unisinos, 950 - Ramal 3219

Bairro: Cristo Rei

CEP: 93.022-000

UF: RS

Município: SAO LEOPOLDO

Telefone: (51)3291-1122

Fax: (51)3291-3219

E-mail: cep@unisinos.br

UNIVERSIDADE DO VALE DO
RIO DOS SINOS - UNISINOS



Continuação do Protocolo: 5.642.034

instituições foi alcançado. Para o objetivo de diagnóstico, será realizada uma pesquisa survey com uma amostra de gestores dos HPDRGB em nove estados do Brasil. A delimitação geográfica – gestores dos Hospitais – foi escolhida em função da instituição que já tenha implantado a metodologia DRG com uso e atendimento pela plataforma empresa IAG Saúde empresa. A pesquisa survey será aplicada através de questionário de diagnóstico desenvolvida pelo pesquisador. Seguindo as etapas do método do Design Science Research, após a construção da primeira versão do artefato (AV1), este será testado e aperfeiçoado na fase de intersubjetividade, em que foi submetido a avaliação e crítica e será submetido a um painel de especialistas. Serão convidados seis especialistas na área estudada, um deles inclusive da empresa da plataforma DRG Brasil, com experiência profissional, atuantes no mercado e, em suas empresas, ligados ao setor de Saúde. O pesquisador propõe dispensa de TCLE que foi aceita em relação aos dados do sistema. Foi apresentado um TCLE para os experts que responderão ao questionário.

Objetivo da Pesquisa:

1.3.1 Objetivo Geral

O objetivo geral desta pesquisa é propor um framework que oriente a implantação do método DRG para avaliar o desempenho econômico e modelo de remuneração para as casuísticas cirúrgicas e clínicas de HPDRGB.

Objetivos Específicos

- Efetuar comparação do desempenho econômico das casuísticas cirúrgicas e clínicas entre as unidades pesquisadas utilizando o DRG;
- Identificar os impactos reais e potenciais da implantação do DRG na gestão dos serviços hospitalares de HPDRGB;
- Elaborar e propor framework baseado na literatura e na pesquisa empírica;
- Avaliar como este framework auxilia os HPDRGB na análise do desempenho econômico e modelo de remuneração dos serviços hospitalares por DRG.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Os riscos e benefícios foram adequadamente caracterizados na Plataforma Brasil e no TCLE.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Não há

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os termos foram apresentados, foi apresentado também um contrato de cessão de dados

Endereço: Av. Unisinos, 950 - Ramal 3219

Bairro: Cristo Rei

CEP: 93.022-000

UF: RS

Município: SAO LEOPOLDO

Telefone: (51)3591-1122

Fax: (51)3591-3219

E-mail: orp@unisinos.br

**UNIVERSIDADE DO VALE DO
RIO DOS SINOS - UNISINOS**


Continuação do Parecer: 5.643.934

contendo considerações éticas e compromisso de sigilo e confidencialidade, bem como os cuidados com o tratamento dos dados.

Recomendações:

Não há

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não há pendências

Considerações Finais a critério do CEP:

Conforme "Parecer Consubstanciado do CEP", o projeto está aprovado (neste parecer encontrará o número de aprovação). Acesse a Plataforma Brasil e localize o TCLE aprovado e carimbado, em folha timbrada. É obrigatório o uso desse TCLE para reproduzir cópias e entregar aos participantes da coleta de dados. Instruções para localização do TCLE aprovado: Na aba "Pesquisador", clicar na lupa da coluna "Ações", em "Documentos do Projeto de Pesquisa", na Árvore de Arquivos, expandir as pastas totalmente, com as setas apontadas para baixo, até encontrar TCLE/Termos de Assentimento, clicando encontrará TCLE aprovado (em pdf), data 13/09/2022. Dúvidas, faça contato com Adriana Caprioli, 51- 3591-1122 ramal 3219.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	FB_INFORMACOES_BASICAS_DO_PROJETO_1791925.pdf	13/09/2022 16:45:31		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Termo_de_Cessao_de_uso_de_informacoes_TCU_V2.pdf	02/09/2022 13:42:06	MAURO ROBERTO CANTO	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	SolicitacaoDispensaTCLEverso3.PDF	02/09/2022 13:36:15	MAURO ROBERTO CANTO	Aceito
Outros	TCUI.pdf	22/08/2022 16:45:52	MAURO ROBERTO CANTO	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	22/08/2022 16:43:40	MAURO ROBERTO CANTO	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de	TermodeCessadeusolmagemparaentrevistacomEspecialistas.PDF	18/08/2022 16:13:33	MAURO ROBERTO CANTO	Aceito

Endereço: Av. Uirassuru, 950 - Ramal 3219

Bairro: Cristo Rei

CEP: 93.022-000

UF: RS

Município: SÃO LEOPOLDO

Telefone: (51)3591-1122

Fax: (51)3591-3219

E-mail: cep@unisinos.br

UNIVERSIDADE DO VALE DO
RIO DOS SINOS - UNISINOS



Continuação do Parecer: 1.643.834

Ausência	Termo de Cessa de uso de imagem para entrevista com Especialistas PDF	16/08/2022 16:13:33	MAURO ROBERTO CANTO	Aceito
Cronograma	Cronograma_2020_21_22.pdf	26/07/2022 15:49:29	MAURO ROBERTO CANTO	Aceito
Folha de Rosto	folhaDeRostoAssinada PDF	26/07/2022 15:48:04	MAURO ROBERTO CANTO	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	MPGN_Projeto_Dissertacao_Mauro_Ca rto_V_Final_3.docx	26/07/2022 14:14:25	MAURO ROBERTO CANTO	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_maurobertocanto.pdf	13/09/2022 23:17:13	Cátia de Azevedo Fronza	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SAO LEOPOLDO, 13 de Setembro de 2022

Assinado por:
Cátia de Azevedo Fronza
(Coordenador(a))

Endereço: Av. Unisinos, 950 - Ramal 3219

Bairro: Cristo Rei

CEP: 93.022-000

UF: RS

Município: SAO LEOPOLDO

Telefone: (51)3591-1122

Fax: (51)3591-3219

E-mail: cep@unisinos.br

APÊNDICE C – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO



PESQUISA : “AVALIAÇÃO DE DESEMPENHO ECONÔMICO E MODELO DE REMUNERAÇÃO HOSPITALAR POR DIAGNOSIS RELATED GROUPS (DRG) CASUÍSTICAS CIRÚRGICA E CLÍNICA

Pesquisador :

Mauro Roberto Canto (Discente Unisinos)

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezado(a) participante,

Você está sendo convidado a responder às perguntas da pesquisa/entrevista como especialista no tema (Painel de Experts) e para acrescentar uma perspectiva bem específica sobre o assunto, a ser integrada com outras visões sobre o problema de pesquisa, embora não implicando palavra final ou definitiva.

O objetivo geral desta pesquisa é propor um framework que oriente a implantação do método DRG para avaliar o desempenho econômico e modelo de remuneração para as casuísticas cirúrgica e clínica de HPDRGB (Hospitais da Plataforma DRG Brasil).

Os riscos desta pesquisa são mínimos e estão, relacionados a algum constrangimento em responder as questões da entrevista e você poderá parar de responder a qualquer momento, bem como retirar o seu consentimento sem nenhum prejuízo para sua pessoa.

As informações fornecidas terão sua privacidade garantida pelo pesquisador responsável. Não haverá identificação em nenhum momento, mesmo quando os resultados forem divulgados. Esta atividade não envolve despesas ou compensações financeiras.

O trabalho será realizado pelo Mestrando Mauro Roberto Canto, do Programa de Pós-Graduação em Gestão e Negócios da Unisinos.

A partir do seu aceite, o questionário será enviado:

() Li e aceito

() Li e não aceito

Declaro que li o TCLE: Concordo com o que me foi exposto e aceito participar da pesquisa/entrevista proposta.

Assinatura do Participante da Pesquisa/Entrevista

CPF:

Local e data : _____, _____ de agosto de 2022.

AROVADO PELO CEP / UNISINOS – TELEFONE (51) 3591 1122 Ramal 3219

E-mal: cep@unisinis.br

APÊNDICE D – QUESTIONÁRIO / ENTREVISTA PARA PAINEL EXPERTS

**QUESTIONÁRIO / ENTREVISTA COM ESPECIALISTAS NO TEMA**

- 1) Desde quando o hospital/Operadora utiliza o método DRG?
- 2) Quais foram os motivos que levaram o hospital/operadora a implementar o método DRG? Favor comentar:
- 3) Como foram identificados e estruturados grupos de pacientes com perfis e com demandas semelhantes direcionando uma alocação de recursos mais adequada?
- 4) E como isso impactou tanto na qualidade dos serviços prestados e na resolubilidade das demandas dos pacientes quanto no desempenho econômico do hospital/Operadora?
- 5) A partir da implementação do método DRG, como evoluiu o desempenho econômico e o modelo de remuneração das casuísticas cirúrgicas e clínicas (verificar dados quantitativos, evidências)?
- 6) Dos sete pilares do método DRG (segurança assistencial, eficiência no uso do leito, internações por condições sensíveis à atenção primária, ambulatorização cirúrgica, reinternação, modelo de remuneração e governança clínica) quais deles são os mais importantes para o desempenho econômico e para o modelo de remuneração das casuísticas cirúrgicas e clínicas adotado? Por quê?
- 7) Quais deste pilares ainda precisam evoluir para que o desempenho econômico do hospital melhore? Favor comentar:

- 8) Além destes pilares do método do DRG, há outros aspectos ou elementos relevantes para um melhor desempenho econômico e para a evolução do modelo de remuneração das casuísticas cirúrgicas e clínicas do hospital?
- 9) Neste contexto, há equipes subdimensionadas ou sobrecarregadas no hospital? Em caso afirmativo, tais situações geram algum impacto negativo no seu desempenho econômico?
- 10) Quais são os impactos, positivos ou negativos, a partir da implantação do método DRG na gestão dos serviços hospitalares?
- 11) Em relação a estes impactos, quais são os mais importantes para o desempenho econômico e para o modelo de remuneração das casuísticas cirúrgicas e clínicas do hospital?
- 12) Qual é o impacto ou a influência da duração da hospitalização (tempo de permanência do paciente em internação) na variabilidade de custos nos DRGs?
- 13) Quais seriam possíveis ações que os gestores hospitalares poderiam implementar para reduzir a duração da hospitalização (tempo de permanência do paciente em internação)?
- 14) Na sua percepção, quais aspectos são essenciais para a implantação do modelo de DRG direcionado à melhoria de desempenho econômico e do modelo de remuneração das casuísticas cirúrgicas e clínicas dos hospitais?
- 15) Gostaria de fazer mais algum comentário?

Obrigado pela sua participação!

APÊNDICE E – Grandes Categorias Diagnósticas da amostra dos HPDRGB

Sistema Nervoso	Olhos	Ouvido, Nariz e Garganta	Sistema Respiratório	Sistema Circulatório
Sistema Digestivo	Sistema Hepato-Biliar	Sistema Musculo Esquelético	Pele, Tecidos e Mamas	Endócrino, Nutricional e Metabólico
Rim e Sistema Urinário	Sistema Reprodutor Masculino	Sistema Reprodutor Feminino	Gravidez, Parto e Puerpério	Recém-nascidos e outros Neo-natos
Sangue e órgãos hematopoiéticos	Doenças Neoplásicas	Doenças Infecciosas e Parasíticas	Distúrbios Mentais	Uso de Drogas/Álcool
Lesões, Intoxicações e efeitos tóxicos	Queimaduras	Fatores que influenciam a condição de saúde	Infeção por Imunodeficiência Humana	Traumatismo Múltiplo Significativo

APÊNDICE F – Nº de Ocorrências por Grandes Categorias Diagnósticas da amostra dos HPDRGB

Ocorrência de internações por Categoria Diagnóstica Maior (MDC)			
MDC	Descrição MDC	Altas	Permanência Média
-1	Sem MDC Associado	871	4,8
0	Pré-Grandes Categorias Diagnósticas	324	35,7
1	Doenças e Distúrbios do Sistema Nervoso	3.064	5,4
2	Doenças e Distúrbios do Olho	234	1,7
3	Doenças e Distúrbios do Ouvido, Nariz, Boca e Garganta	3.130	1,1
4	Doenças e Distúrbios do Sistema Respiratório	2.911	6,8
5	Doenças e Distúrbios do Sistema Circulatório	5.320	4,4
6	Doenças e Distúrbios do Sistema Digestivo	6.985	3,3
7	Doenças e Distúrbios do Sistema Hepatobiliar e Pâncreas	3.141	2,9
8	Doenças e Distúrbios do Sistema Músculo-esquelético e Tecido Conjuntivo	10.542	2,5
9	Doenças e Distúrbios da Pele, Tecido Celular Subcutâneo e Mama	4.222	1,7
10	Doenças e Distúrbios Endócrinos Nutricionais e Metabólicos	2.404	2,2
11	Doenças e Distúrbios do Rim e do Trato Urinário	5.151	2,7
12	Doenças e Distúrbios do Sistema Reprodutivo Masculino	1.614	1,9
13	Doenças e Distúrbios do Sistema Reprodutivo Feminino	2.822	1,6
14	Gravidez, Parto e Puerpério	4.244	2,6
15	Recém-nascidos e Neonatos com Afecções do Período Perinatal	539	12,3
16	Doenças e Distúrbios do Sangue/Órgãos Hematopoiéticos e Doenças Imunológicas	751	3,6
17	Doenças e Distúrbios Mieloproliferativas e Neoplasias Mal Diferenciadas	787	8,2
18	Doenças Infecciosas e Parasitárias, Sistêmicas ou de Localização Não Específica	1.158	10,2
19	Doenças e Distúrbios Mentais	277	3,4
20	Uso de Álcool/Droga e Distúrbios Mentais Orgânicos Induzidos por Álcool ou Droga	16	3,1
21	Traumatismos, Intoxicações e Efeitos Tóxicos de Drogas	565	4,3
22	Queimaduras	29	10,2
23	Fatores com Influência no Estado de Saúde e Outros Contatos com os Serviços de Saúde	1.532	1,7
24	Traumatismos Múltiplos Significativos	11	9,5
25	Infecções pelo Vírus da Imunodeficiência Humana	40	11,6
Total		62.684	3,5

APÊNDICE G – Casuística Completa das Internações por DRG (Clínicas e Cirúrgicas)

Casuística completa das internações por DRG						
DRG	Descrição DRG	Altas	Média de idade (anos)	Taxa de Mortalidade	Permanência Média (dias)	Permanência Prevista (dias)
3	ECMO OU TRAQUEOSTOMIA COM VM 96+ HS E OUTRO PROCEDIMENTO CIRÚRGICO	100	63,9	43,00%	58,1	49,5
4	APENAS TRAQUEOSTOMIA COM VM 96+ HS	82	72,6	47,56%	39,6	38,9
11	TRAQUEOSTOMIA PARA DOENÇAS DA FACE, BOCA E PESCOÇO COM MCC	1	62	0,00%	5,4	13,9
12	TRAQUEOSTOMIA PARA DOENÇAS DA FACE, BOCA E PESCOÇO COM CC	7	64,4	0,00%	10,5	8,5
13	TRAQUEOSTOMIA PARA DOENÇAS DA FACE, BOCA E PESCOÇO SEM CC/MCC	33	59,7	6,06%	3,5	5,1
14	TRANSPLANTE ALOGÊNICO DE MEDULA ÓSSEA	40	39,6	7,50%	27,5	35,5
16	TRANSPLANTE AUTÓLOGO DE MEDULA ÓSSEA COM CC/MCC	57	47,5	5,26%	19,6	24,2
17	TRANSPLANTE AUTÓLOGO DE MEDULA ÓSSEA SEM CC/MCC	4	51,3	0,00%	20,8	22,1
20	PROCEDIMENTOS VASCULARES INTRACRANIANOS COM DIAGNÓSTICO PRINCIPAL DE HEMORRAGIA COM MCC	1	58	0,00%	19,7	23,9
22	PROCEDIMENTOS VASCULARES INTRACRANIANOS COM DIAGNÓSTICO PRINCIPAL DE HEMORRAGIA SEM CC/MCC	3	61,3	33,33%	8,6	16,1
23	CRANIOTOMIA COM IMPLANTE DE DISPOSITIVO MAIOR OU DIAGNÓSTICO PRINCIPAL AGUDO COMPLEXO DO SISTEMA NERVOSO CENTRAL COM MCC OU QUIMIOTERAPIA OU EPILEPSIA COM NEUROESTIMULADOR	15	54,1	33,33%	24,1	20,1
24	CRANIOTOMIA COM IMPLANTE DE DISPOSITIVO MAIOR OU DIAGNÓSTICO PRINCIPAL AGUDO COMPLEXO DO SISTEMA NERVOSO CENTRAL SEM MCC	73	58,2	9,59%	10,5	8,2
25	CRANIOTOMIA E PROCEDIMENTOS ENDOVASCULARES INTRACRANIANOS COM MCC	19	62,7	26,32%	21,4	13,9
26	CRANIOTOMIA E PROCEDIMENTOS ENDOVASCULARES INTRACRANIANOS COM CC	70	55,9	4,29%	11,8	8,2

27	CRANIOTOMIA E PROCEDIMENTOS ENDOVASCULARES INTRACRANIANOS SEM CC/MCC	234	53,1	1,71%	6,9	5,0
28	PROCEDIMENTOS EM MEDULA ESPINHAL COM MCC	6	62,5	16,67%	23,5	12,9
29	PROCEDIMENTOS EM MEDULA ESPINHAL COM CC OU NEUROESTIMULADORES ESPINHAIS	23	45,4	0,00%	10	6,4
30	PROCEDIMENTOS EM MEDULA ESPINHAL SEM MCC/CC	69	46,6	0,00%	3,7	2,3
31	PROCEDIMENTOS PARA SHUNT VENTRICULAR COM MCC	8	46,9	12,50%	10,5	13,5
32	PROCEDIMENTOS PARA SHUNT VENTRICULAR COM CC	21	38,5	4,76%	13,6	6,8
33	PROCEDIMENTOS PARA SHUNT VENTRICULAR SEM MCC/CC	40	50,6	2,50%	3,2	3,0
34	PROCEDIMENTO PARA STENT DE ARTÉRIA CAROTÍDEA COM MCC	3	77,3	0,00%	9,8	8,2
35	PROCEDIMENTO PARA STENT DE ARTÉRIA CAROTÍDEA COM CC	3	70,7	0,00%	26,7	3,1
36	PROCEDIMENTO PARA STENT DE ARTÉRIA CAROTÍDEA SEM MCC/CC	46	65,1	0,00%	3,9	2,1
37	PROCEDIMENTOS EXTRACRANIANOS COM MCC	6	68,3	0,00%	33,2	9,5
38	PROCEDIMENTOS EXTRACRANIANOS COM CC	7	72,7	0,00%	10,3	7,0
39	PROCEDIMENTOS EXTRACRANIANOS SEM CC/MCC	37	68,5	2,70%	6,1	3,1
40	CIRURGIAS DO SISTEMA NERVOSO PERIFÉRICO E NERVOS CRANIANOS E OUTROS PROCEDIMENTOS COM MCC	3	46,7	0,00%	4,6	2,5
41	CIRURGIAS DO SISTEMA NERVOSO PERIFÉRICO E NERVOS CRANIANOS E OUTROS PROCEDIMENTOS COM CC OU NEUROESTIMULADOR PERIFÉRICO	15	48,5	0,00%	3,1	0,4
42	CIRURGIAS DO SISTEMA NERVOSO PERIFÉRICO E NERVOS CRANIANOS E OUTROS PROCEDIMENTOS SEM CC/MCC	498	48	0,00%	0,5	0,3
52	LESÕES E DANOS ESPINHAIS COM CC/MCC	1	87	0,00%	5,7	5,2
53	LESÕES E DANOS ESPINHAIS SEM CC/MCC	8	32,6	0,00%	1,2	1,6
54	NEOPLASIAS DO SISTEMA NERVOSO COM MCC	12	63	33,33%	13,7	9,6
55	NEOPLASIAS DO SISTEMA NERVOSO SEM MCC	84	50,3	19,05%	6,8	4,3
56	DOENÇAS DEGENERATIVAS DO SISTEMA NERVOSO COM MCC	8	66,5	0,00%	8,5	9,1

57	DOENÇAS DEGENERATIVAS DO SISTEMA NERVOSO SEM MCC	74	57	4,05%	6,2	4,0
58	ESCLEROSE MÚLTIPLA E ATAXIA CEREBELAR COM MCC	1	47	0,00%	13,9	6,2
59	ESCLEROSE MÚLTIPLA E ATAXIA CEREBELAR COM CC	9	39,1	0,00%	7,5	5,5
60	ESCLEROSE MÚLTIPLA E ATAXIA CEREBELAR SEM CC/MCC	44	35,3	0,00%	4,6	2,4
61	ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL AGUDO ISQUÊMICO COM USO DE AGENTE TROMBOLÍTICO COM MCC	3	68,3	0,00%	17,6	13,9
62	ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL AGUDO ISQUÊMICO COM USO DE AGENTE TROMBOLÍTICO COM CC	11	71,4	18,18%	7,4	7,2
63	ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL AGUDO ISQUÊMICO COM USO DE AGENTE TROMBOLÍTICO SEM MCC/CC	31	70,7	12,90%	6,3	6,2
64	HEMORRAGIA INTRACRANIANA OU INFARTO CEREBRAL COM MCC	51	73,3	15,69%	15,9	9,5
65	HEMORRAGIA INTRACRANIANA OU INFARTO CEREBRAL COM CC	128	72,1	9,38%	8,4	6,4
66	HEMORRAGIA INTRACRANIANA OU INFARTO CEREBRAL SEM CC/MCC	299	68,9	5,02%	6,2	4,8
68	ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL NÃO ESPECÍFICO E OCLUSÃO PRÉ-CEREBRAL SEM INFARTO SEM MCC	15	69,4	0,00%	3,1	1,3
69	ISQUEMIA TRANSITÓRIA	157	69,8	0,00%	3,1	3,4
70	DOENÇAS CEREBROVASCULARES INESPECÍFICAS COM MCC	4	60,8	0,00%	5,1	8,8
71	DOENÇAS CEREBROVASCULARES INESPECÍFICAS COM CC	11	68,4	9,09%	3,6	5,0
72	DOENÇAS CEREBROVASCULARES INESPECÍFICAS SEM CC/MCC	17	63,9	0,00%	2,5	2,8
73	DOENÇAS DOS NERVOS CRANIANOS E PERIFÉRICOS COM MCC	2	37,5	0,00%	1,8	7,5
74	DOENÇAS DOS NERVOS CRANIANOS E PERIFÉRICOS SEM MCC	129	53,4	0,78%	3,7	2,3
75	MENINGITE VIRÓTICA COM CC/MCC	4	9,3	0,00%	8,3	5,2
76	MENINGITE VIRÓTICA SEM CC/MCC	38	17,2	0,00%	4	3,5
78	ENCEFALOPATIA HIPERTENSIVA COM CC	3	56,7	0,00%	4,2	6,2

79	ENCEFALOPATIA HIPERTENSIVA SEM CC/MCC	5	54,4	0,00%	2,4	3,7
80	ESTUPOR NÃO TRAUMÁTICO E COMA COM MCC	1	73	0,00%	9,5	8,5
81	ESTUPOR NÃO TRAUMÁTICO E COMA SEM MCC	6	71,7	16,67%	3,9	3,3
85	ESTUPOR TRAUMÁTICO E COMA, COMA MENOR QUE 1 HORA COM MCC	11	63,1	36,36%	19,2	7,8
86	ESTUPOR TRAUMÁTICO E COMA, COMA MENOR QUE 1 HORA COM CC	29	72,5	3,45%	8,6	4,8
87	ESTUPOR TRAUMÁTICO E COMA, COMA MENOR QUE 1 HORA SEM CC/MCC	103	53,2	0,97%	3,5	2,8
90	CONCUSSÃO SEM CC/MCC	7	33,9	0,00%	2,7	2,1
91	OUTRAS DOENÇAS DO SISTEMA NERVOSO COM MCC	4	63,8	25,00%	11,3	6,4
92	OUTRAS DOENÇAS DO SISTEMA NERVOSO COM CC	30	55,8	6,67%	8,8	4,0
93	OUTRAS DOENÇAS DO SISTEMA NERVOSO SEM CC/MCC	96	48,6	1,04%	3,1	1,3
94	INFECÇÕES BACTERIANAS E TUBERCULOSE DO SISTEMA NERVOSO COM MCC	3	64,7	0,00%	14	14,5
95	INFECÇÕES BACTERIANAS E TUBERCULOSE DO SISTEMA NERVOSO COM CC	8	60,8	0,00%	7,8	11,0
96	INFECÇÕES BACTERIANAS E TUBERCULOSE DO SISTEMA NERVOSO SEM CC/MCC	29	42,2	3,45%	5,6	7,0
97	INFECÇÃO NÃO BACTERIANA DO SISTEMA NERVOSO EXCETO MENINGITE VIRÓTICA COM MCC	6	45,5	0,00%	16,9	13,2
98	INFECÇÃO NÃO BACTERIANA DO SISTEMA NERVOSO EXCETO MENINGITE VIRÓTICA COM CC	14	52,4	0,00%	8,4	9,5
99	INFECÇÃO NÃO BACTERIANA DO SISTEMA NERVOSO EXCETO MENINGITE VIRÓTICA SEM CC/MCC	16	51,9	0,00%	8,1	6,3
100	CONVULSÃO COM MCC	26	48,8	7,69%	7,8	5,7
101	CONVULSÃO SEM MCC	146	44,4	0,00%	4,1	2,8
102	CEFALÉIA COM MCC	4	59,3	25,00%	4,6	3,2
103	CEFALÉIA SEM MCC	176	39,6	0,00%	2,6	2,1
113	CIRURGIAS DA ÓRBITA COM CC/MCC	2	68	0,00%	13,5	5,2
114	CIRURGIAS DA ÓRBITA SEM CC/MCC	11	52	0,00%	1,6	1,1

115	CIRURGIAS EXTRAOCULARES EXCETO ÓRBITA	89	50,6	0,00%	0,5	0,3
116	CIRURGIAS INTRAOCULARES COM CC/MCC	1	78	0,00%	0,2	0,4
117	CIRURGIAS INTRAOCULARES SEM CC/MCC	71	61,8	0,00%	0,6	0,3
121	INFECÇÕES AGUDAS MAIORES DO OLHO COM CC/MCC	1	61	0,00%	31,8	4,9
123	DOENÇAS OCULARES NEUROLÓGICAS	27	50,8	0,00%	4,4	4,1
124	OUTRAS DOENÇAS DO OLHO COM MCC	2	73,5	0,00%	4,1	9,5
125	OUTRAS DOENÇAS DO OLHO SEM MCC	30	43	3,33%	3,6	1,4
129	CIRURGIAS MAIORES DA CABEÇA E PESCOÇO COM CC/MCC OU DISPOSITIVO MAIOR	10	62,9	10,00%	4,3	2,9
130	CIRURGIAS MAIORES DA CABEÇA E PESCOÇO SEM CC/MCC	112	46,1	0,89%	2,2	1,2
131	CIRURGIAS CRANIANAS/FACIAIS COM CC/MCC	11	40,9	0,00%	2,3	3,2
132	CIRURGIAS CRANIANAS/FACIAIS SEM CC/MCC	241	35,9	0,00%	2	1,2
133	OUTRAS CIRURGIAS DO OUVIDO, NARIZ, BOCA E GARGANTA COM CC/MCC	43	32,5	0,00%	1,5	0,7
134	OUTRAS CIRURGIAS DO OUVIDO, NARIZ, BOCA E GARGANTA SEM CC/MCC	1.652	26,4	0,06%	0,6	0,6
135	CIRURGIAS DE SEIOS FACIAIS E MASTÓIDE COM CC/MCC	11	46,5	0,00%	5,5	1,1
136	CIRURGIAS DE SEIOS FACIAIS E MASTÓIDE SEM CC/MCC	494	36	0,00%	0,6	0,9
137	CIRURGIAS DE BOCA COM CC/MCC	4	61,8	0,00%	3,9	1,1
138	CIRURGIAS DE BOCA SEM CC/MCC	37	47,9	0,00%	0,9	0,5
139	CIRURGIAS DA GLÂNDULA SALIVAR	81	52,8	0,00%	1	1,0
146	NEOPLASIA DO OUVIDO, NARIZ, BOCA E GARGANTA COM MCC	8	61,9	25,00%	9,7	7,1
147	NEOPLASIA DO OUVIDO, NARIZ, BOCA E GARGANTA COM CC	25	64,5	28,00%	5	5,6
148	NEOPLASIA DO OUVIDO, NARIZ, BOCA E GARGANTA SEM CC/MCC	26	61,6	3,85%	2	3,4
149	DESEQUILÍBRIO	43	59,6	0,00%	2,3	2,5
151	EPISTAXE SEM MCC	13	46,8	0,00%	1,2	2,2

152	OTITE MÉDIA E INFEÇÃO DO TRATO RESPIRATÓRIO SUPERIOR COM MCC	7	20,1	0,00%	4,4	4,1
153	OTITE MÉDIA E INFEÇÃO DO TRATO RESPIRATÓRIO SUPERIOR SEM MCC	132	29,5	0,76%	3,2	2,5
154	OUTROS DIAGNÓSTICOS DO OUVIDO, NARIZ, BOCA E GARGANTA COM MCC	6	49,7	33,33%	3,7	3,9
155	OUTROS DIAGNÓSTICOS DO OUVIDO, NARIZ, BOCA E GARGANTA COM CC	9	43,3	11,11%	4	3,6
156	OUTROS DIAGNÓSTICOS DO OUVIDO, NARIZ, BOCA E GARGANTA SEM CC/MCC	45	42,4	0,00%	1,6	0,9
157	DOENÇAS DENTÁRIAS E ORAIS COM MCC	2	18	0,00%	4,4	4,9
158	DOENÇAS DENTÁRIAS E ORAIS COM CC	13	52	7,69%	3,1	3,0
159	DOENÇAS DENTÁRIAS E ORAIS SEM CC/MCC	105	30,2	0,00%	1,2	0,8
163	CIRURGIAS TORÁDICAS MAIORES COM MCC	33	57,3	24,24%	20,8	14,5
164	CIRURGIAS TORÁDICAS MAIORES COM CC	96	61,5	6,25%	9,2	5,2
165	CIRURGIAS TORÁDICAS MAIORES SEM CC/MCC	229	55,5	1,31%	4,4	3,0
166	OUTRAS CIRURGIAS DO SISTEMA RESPIRATÓRIO COM MCC	37	64	24,32%	15,7	14,1
167	OUTRAS CIRURGIAS DO SISTEMA RESPIRATÓRIO COM CC	101	59,8	8,91%	9,1	6,9
168	OUTRAS CIRURGIAS DO SISTEMA RESPIRATÓRIO SEM CC/MCC	125	57,5	4,00%	4,8	3,0
172	DOENÇAS RESPIRATÓRIAS COM TRAQUEOSTOMIA E SEM VM > 96 HORAS COM MCC	2	78	0,00%	48,7	12,5
173	DOENÇAS RESPIRATÓRIAS COM TRAQUEOSTOMIA E SEM VM > 96 HORAS COM CC	2	84	0,00%	4	7,1
174	DOENÇAS RESPIRATÓRIAS COM TRAQUEOSTOMIA E SEM VM > 96 HORAS SEM CC/MCC	3	68,7	0,00%	8	5,8
175	EMBOLIA PULMONAR COM MCC	31	61	22,58%	5,8	7,7
176	EMBOLIA PULMONAR SEM MCC	131	57,5	1,53%	4,8	4,9
177	INFEÇÕES RESPIRATÓRIAS E INFLAMAÇÕES COM MCC	34	67,5	26,47%	6,7	9,4
178	INFEÇÕES RESPIRATÓRIAS E INFLAMAÇÕES COM CC	61	65	6,56%	8,2	7,8
179	INFEÇÕES RESPIRATÓRIAS E INFLAMAÇÕES SEM CC/MCC	69	64,2	7,25%	9,7	5,0
180	NEOPLASIAS RESPIRATÓRIAS COM MCC	23	72	47,83%	11,4	9,3

181	NEOPLASIAS RESPIRATÓRIAS COM CC	50	65,8	22,00%	5,7	5,8
182	NEOPLASIAS RESPIRATÓRIAS SEM CC/MCC	54	66,8	14,81%	4,3	2,8
183	TRAUMA TORÁCICO MAIOR COM MCC	2	49,5	0,00%	4,8	3,6
184	TRAUMA TORÁCICO MAIOR COM CC	4	59	0,00%	4,2	3,8
185	TRAUMA TORÁCICO MAIOR SEM CC/MCC	11	55,6	0,00%	3,3	2,9
186	DERRAME PLEURAL COM MCC	4	54,5	0,00%	13,1	6,7
187	DERRAME PLEURAL COM CC	18	70,2	22,22%	5,6	5,0
188	DERRAME PLEURAL SEM CC/MCC	22	57,6	0,00%	5,9	4,0
189	EDEMA PULMONAR E INSUFICÊNCIA RESPIRATÓRIA	147	70,1	24,49%	6,6	6,0
190	DOENÇA PULMONAR OBSTRUTIVA CRÔNICA COM MCC	57	78,3	8,77%	7	8,0
191	DOENÇA PULMONAR OBSTRUTIVA CRÔNICA COM CC	86	73,8	5,81%	8,1	6,9
192	DOENÇA PULMONAR OBSTRUTIVA CRÔNICA SEM CC/MCC	91	72	3,30%	5,5	5,5
193	PNEUMONIA SIMPLES E PLEURISIA COM MCC	152	57,3	7,24%	8,3	8,3
194	PNEUMONIA SIMPLES E PLEURISIA COM CC	297	68,8	8,42%	7,1	6,1
195	PNEUMONIA SIMPLES E PLEURISIA SEM CC/MCC	433	46,5	3,23%	4,5	4,0
196	DOENÇA PULMONAR INTERSTICIAL COM MCC	3	62,7	33,33%	15,3	8,7
197	DOENÇA PULMONAR INTERSTICIAL COM CC	4	59,3	0,00%	4,6	6,9
198	DOENÇA PULMONAR INTERSTICIAL SEM CC/MCC	17	59,9	0,00%	2,6	4,6
199	PNEUMOTÓRAX COM MCC	5	35,6	0,00%	7,2	5,6
200	PNEUMOTÓRAX COM CC	9	59,3	0,00%	3,6	3,6
201	PNEUMOTÓRAX SEM CC/MCC	6	50,2	0,00%	2	3,1
202	BRONQUITE E ASMA COM CC/MCC	57	30,9	0,00%	4,4	4,1
203	BRONQUITE E ASMA SEM CC/MCC	121	19,8	0,00%	2,8	2,6

204	SINAIS E SINTOMAS RESPIRATÓRIOS	55	62,3	14,55%	7,2	3,5
205	OUTROS DIAGNÓSTICOS DO SISTEMA RESPIRATÓRIO COM MCC	10	73,4	0,00%	11,7	6,8
206	OUTROS DIAGNÓSTICOS DO SISTEMA RESPIRATÓRIO SEM MCC	71	63,9	2,82%	5,6	3,1
207	DIAGNÓSTICO DO SISTEMA RESPIRATÓRIO COM USO DE VENTILAÇÃO MECÂNICA 96+ HORAS	68	60,2	55,88%	20,7	20,3
208	DIAGNÓSTICO DO SISTEMA RESPIRATÓRIO COM USO DE VENTILAÇÃO MECÂNICA MENOR QUE 96 HORAS	80	68,9	57,50%	9,5	11,0
215	OUTRO IMPLANTE DE SISTEMA CARDÍACO ASSISTIDO	1	56	0,00%	5,1	10,3
216	VALVOPLASTIA CARDÍACA E OUTRAS CIRURGIAS MAIORES COM CATETERISMO CARDÍACO COM MCC	9	68	22,22%	27,1	26,1
217	VALVOPLASTIA CARDÍACA E OUTRAS CIRURGIAS MAIORES COM CATETERISMO CARDÍACO COM CC	9	66,3	11,11%	14,9	18,6
218	VALVOPLASTIA CARDÍACA E OUTRAS CIRURGIAS MAIORES COM CATETERISMO CARDÍACO SEM CC/MCC	20	69,6	20,00%	19,4	14,8
219	VALVOPLASTIA CARDÍACA E OUTRAS CIRURGIAS MAIORES SEM CATETERISMO CARDÍACO COM MCC	15	65,6	13,33%	17,2	12,8
220	VALVOPLASTIA CARDÍACA E OUTRAS CIRURGIAS MAIORES SEM CATETERISMO CARDÍACO COM CC	41	65,1	2,44%	12	8,9
221	VALVOPLASTIA CARDÍACA E OUTRAS CIRURGIAS MAIORES SEM CATETERISMO CARDÍACO SEM CC/MCC	127	63	3,15%	7,7	6,9
227	IMPLANTE DE DESFIBRILADOR CARDÍACO SEM CATETERISMO CARDÍACO SEM MCC	11	73	0,00%	4,4	2,1
228	OUTRAS CIRURGIAS CARDIOTORÁDICOS COM MCC	3	50,7	0,00%	11,2	13,1
229	OUTRAS CIRURGIAS CARDIOTORÁDICOS COM CC	24	49,3	0,00%	6,5	8,5
233	BYPASS CORONARIANO COM CATETERISMO CARDÍACO COM MCC	6	64,2	0,00%	14,3	23,5
234	BYPASS CORONARIANO COM CATETERISMO CARDÍACO SEM MCC	39	62,8	2,56%	14,8	18,4
235	BYPASS CORONARIANO SEM CATETERISMO CARDÍACO COM MCC	11	64,5	18,18%	12,3	13,4
236	BYPASS CORONARIANO SEM CATETERISMO CARDÍACO SEM MCC	86	65,4	3,49%	9,8	9,0
239	AMPUTAÇÃO POR DOENÇA DO SISTEMA CIRCULATÓRIO EXCETO MEMBRO SUPERIOR E PODODÁCTILOS COM MCC	10	69,2	10,00%	20,3	17,3

240	AMPUTAÇÃO POR DOENÇA DO SISTEMA CIRCULATÓRIO EXCETO MEMBRO SUPERIOR E PODODÁCTILOS COM CC	9	70,9	11,11%	12,9	14,1
241	AMPUTAÇÃO POR DOENÇA DO SISTEMA CIRCULATÓRIO EXCETO MEMBRO SUPERIOR E PODODÁCTILOS SEM CC/MCC	15	79,2	6,67%	7	10,7
242	IMPLANTE DE MARCAPASSO CARDÍACO PERMANENTE COM MCC	6	83,3	16,67%	10,4	8,7
243	IMPLANTE DE MARCAPASSO CARDÍACO PERMANENTE COM CC	44	76,8	4,55%	5,9	6,5
244	IMPLANTE DE MARCAPASSO CARDÍACO PERMANENTE SEM CC/MCC	126	74,5	1,59%	3,4	2,9
245	PROCEDIMENTOS EM GERADOR DO DESFIBRILADOR CARDÍACO AUTOMÁTICO IMPLANTÁVEL	7	60,6	0,00%	4,6	5,5
246	CIRURGIA CARDIOVASCULAR PERCUTÂNEA COM STENT FARMACOLÓGICO COM MCC OU 4 OU MAIS VASOS/STENTS	200	65,4	5,50%	5,4	3,9
247	CIRURGIA CARDIOVASCULAR PERCUTÂNEA COM STENT FARMACOLÓGICO SEM MCC	756	65,2	0,66%	2,7	3,2
248	CIRURGIA CARDIOVASCULAR PERCUTÂNEA COM STENT NÃO FARMACOLÓGICO COM MCC OU 4 OU MAIS VASOS/STENTS	4	72,3	0,00%	7,1	7,7
249	CIRURGIA CARDIOVASCULAR PERCUTÂNEA COM STENT NÃO FARMACOLÓGICO SEM MCC	91	66,6	1,10%	3	3,2
250	CIRURGIA CARDIOVASCULAR PERCUTÂNEA SEM STENT DE ARTÉRIA CORONARIANA COM MCC	8	75,5	12,50%	13,9	4,1
251	CIRURGIA CARDIOVASCULAR PERCUTÂNEA SEM STENT DE ARTÉRIA CORONARIANA SEM MCC	47	74,3	2,13%	7,3	2,9
252	OUTRAS CIRURGIAS VASCULARES COM MCC	13	71,5	7,69%	12,5	4,4
253	OUTRAS CIRURGIAS VASCULARES COM CC	39	70,2	0,00%	9,9	5,9
254	OUTRAS CIRURGIAS VASCULARES SEM CC/MCC	147	65,6	0,00%	4,5	2,2
255	AMPUTAÇÃO DE MEMBRO SUPERIOR E PODODÁCTILOS POR DOENÇA DO SISTEMA CIRCULATÓRIO COM MCC	1	86	0,00%	19,1	11,8
256	AMPUTAÇÃO DE MEMBRO SUPERIOR E PODODÁCTILOS POR DOENÇA DO SISTEMA CIRCULATÓRIO COM CC	9	68	11,11%	17,8	8,8
257	AMPUTAÇÃO DE MEMBRO SUPERIOR E PODODÁCTILOS POR DOENÇA DO SISTEMA CIRCULATÓRIO SEM CC/MCC	9	75,3	0,00%	3	6,3
258	REPOSIÇÃO DE MARCAPASSO CARDÍACO COM MCC	1	48	0,00%	3,2	2,0
259	REPOSIÇÃO DE MARCAPASSO CARDÍACO SEM MCC	5	59	0,00%	3,7	2,0

262	REVISÃO DE MARCAPASSO CARDÍACO EXCETO REPOSIÇÃO DE DISPOSITIVO SEM CC/MCC	3	52,7	0,00%	2,8	2,1
263	LIGADURA E REMOÇÃO DE VEIA	880	47,8	0,00%	0,7	0,5
264	OUTRAS CIRURGIAS DO SISTEMA CIRCULATÓRIO	50	60,7	0,00%	12,1	6,5
265	PROCEDIMENTOS EM ELETRODOS DO DESFIBRILADOR CARDÍACO AUTOMÁTICO IMPLANTÁVEL	10	72,8	0,00%	6,7	2,1
268	PROCEDIMENTOS AÓRTICOS E DE SUPORTE CIRCULATÓRIO, EXCETO BALÃO INTRA-AÓRTICO COM MCC	6	68,2	33,33%	19,5	11,7
269	PROCEDIMENTOS AÓRTICOS E DE SUPORTE CIRCULATÓRIO, EXCETO BALÃO INTRA-AÓRTICO SEM MCC	50	66,1	10,00%	7,5	4,9
270	OUTROS PROCEDIMENTOS CARDIOVASCULARES MAIORES SEM MCC	11	69,5	27,27%	16,3	11,4
271	OUTROS PROCEDIMENTOS CARDIOVASCULARES MAIORES COM CC	23	69,8	17,39%	8,3	7,0
272	OUTROS GRANDES PROCEDIMENTOS CARDIOVASCULARES SEM CC/MCC	64	54,8	4,69%	5,4	3,7
273	PROCEDIMENTOS INTRACARDÍACOS PERCUTÂNEOS COM MCC	5	49,4	0,00%	2	1,3
274	PROCEDIMENTOS INTRACARDÍACOS PERCUTÂNEOS SEM MCC	324	49	0,31%	1,6	1,1
280	INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO COM MCC	24	75,7	8,33%	8,3	8,7
281	INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO COM CC	32	67,2	0,00%	6,1	6,1
282	INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO SEM CC/MCC	146	64,3	5,48%	5	4,8
286	DOENÇAS CIRCULATÓRIAS EXCETO IAM, COM CATETERISMO CARDÍACO COM MCC	21	67,3	9,52%	10,8	6,0
287	DOENÇAS CIRCULATÓRIAS EXCETO IAM, COM CATETERISMO CARDÍACO SEM MCC	305	63,1	0,33%	3,2	1,4
288	ENDOCARDITE AGUDA E SUBAGUDA COM MCC	4	70,3	50,00%	24,7	19,1
289	ENDOCARDITE AGUDA E SUBAGUDA COM CC	3	59	0,00%	14,3	21,7
290	ENDOCARDITE AGUDA E SUBAGUDA SEM CC/MCC	4	65	0,00%	18,7	12,4
291	INSUFICIÊNCIA CARDÍACA E CHOQUE COM MCC	67	72,5	22,39%	9,9	8,6
292	INSUFICIÊNCIA CARDÍACA E CHOQUE COM CC	168	78,4	10,71%	7,7	7,0
293	INSUFICIÊNCIA CARDÍACA E CHOQUE SEM CC/MCC	200	76,8	5,00%	6,5	5,0

294	TROMBOFLEBITE DE VEIA PROFUNDA COM CC/MCC	16	64,8	12,50%	6,5	5,8
295	TROMBOFLEBITE DE VEIA PROFUNDA SEM CC/MCC	24	50,3	0,00%	1,7	3,8
296	PARADA CARDÍACA NÃO EXPLICADA COM MCC	5	73,2	80,00%	11,1	12,5
297	PARADA CARDÍACA NÃO EXPLICADA COM CC	6	49,7	83,33%	14,8	6,4
298	PARADA CARDÍACA NÃO EXPLICADA SEM CC/MCC	6	65,8	100,00%	0,7	5,1
299	DOENÇAS VASCULARES PERIFÉRICAS COM MCC	24	62,9	16,67%	10,2	6,7
300	DOENÇAS VASCULARES PERIFÉRICAS COM CC	70	58,7	8,57%	6,1	5,6
301	DOENÇAS VASCULARES PERIFÉRICAS SEM CC/MCC	164	60	1,83%	3,1	2,9
302	ATEROSCLEROSE COM MCC	6	75	0,00%	3,1	4,7
303	ATEROSCLEROSE SEM MCC	17	60,2	5,88%	2,9	2,4
304	HIPERTENSÃO COM MCC	4	67	0,00%	5,5	4,9
305	HIPERTENSÃO SEM MCC	32	58,5	0,00%	5,7	2,7
306	DOENÇA CARDÍACA CONGÊNITA E VALVAR COM MCC	2	76	0,00%	7,3	5,1
307	DOENÇA CARDÍACA CONGÊNITA E VALVAR SEM MCC	21	68	14,29%	6,4	3,2
308	ARRITMIA CARDÍACA E DISTÚRBIOS DE CONDUÇÃO COM MCC	24	69,2	8,33%	6,4	5,8
309	ARRITMIA CARDÍACA E DISTÚRBIOS DE CONDUÇÃO COM CC	56	75,1	0,00%	3,8	4,3
310	ARRITMIA CARDÍACA E DISTÚRBIOS DE CONDUÇÃO SEM CC/MCC	189	64,1	0,00%	2,6	2,2
311	ANGINA PECTORIS	92	64,2	0,00%	3,3	3,3
312	SÍNCOPE E COLAPSO	63	68,5	0,00%	2,9	3,5
313	DOR TORÁCICA	66	56,3	0,00%	2,6	2,7
314	OUTROS DIAGNÓSTICOS DO SISTEMA CIRCULATÓRIO COM MCC	17	56,6	0,00%	5,8	4,5
315	OUTROS DIAGNÓSTICOS DO SISTEMA CIRCULATÓRIO COM CC	21	61,9	0,00%	4,1	3,2
316	OUTROS DIAGNÓSTICOS DO SISTEMA CIRCULATÓRIO SEM CC/MCC	46	53	0,00%	2,9	2,5

326	CIRURGIAS DO ESTÔMAGO, ESÔFAGO E DUODENO COM MCC	17	49,1	17,65%	11,6	11,8
327	CIRURGIAS DO ESTÔMAGO, ESÔFAGO E DUODENO COM CC	42	59,5	11,90%	11,1	5,9
328	CIRURGIAS DO ESTÔMAGO, ESÔFAGO E DUODENO SEM CC/MCC	489	46,1	0,41%	2	1,3
329	CIRURGIAS MAIORES DE INTESTINO GROSSO E DELGADO COM MCC	37	61	21,62%	20,7	11,2
330	CIRURGIAS MAIORES DE INTESTINO GROSSO E DELGADO COM CC	118	60,8	6,78%	9,9	7,4
331	CIRURGIAS MAIORES DE INTESTINO GROSSO E DELGADO SEM CC/MCC	235	55,7	1,70%	5,6	4,3
332	RESSECÇÃO RETAL COM MCC	8	58	25,00%	23	6,0
333	RESSECÇÃO RETAL COM CC	31	52	3,23%	10,4	4,0
334	RESSECÇÃO RETAL SEM CC/MCC	121	54,7	0,00%	4,3	1,4
336	LISE DE ADESÕES PERITONEAIS COM CC	2	46,5	0,00%	1,8	6,9
337	LISE DE ADESÕES PERITONEAIS SEM CC/MCC	2	29	0,00%	1,8	1,9
338	APENDICECTOMIA COM DIAGNÓSTICO PRINCIPAL COMPLEXO COM MCC	6	35	0,00%	12,2	7,9
339	APENDICECTOMIA COM DIAGNÓSTICO PRINCIPAL COMPLEXO COM CC	6	42,2	0,00%	3,9	5,4
340	APENDICECTOMIA COM DIAGNÓSTICO PRINCIPAL COMPLEXO SEM CC/MCC	97	32,8	0,00%	4,1	2,3
341	APENDICECTOMIA SEM DIAGNÓSTICO PRINCIPAL COMPLEXO COM MCC	9	34,3	0,00%	6,1	3,6
342	APENDICECTOMIA SEM DIAGNÓSTICO PRINCIPAL COMPLEXO COM CC	29	40,8	0,00%	3,1	2,0
343	APENDICECTOMIA SEM DIAGNÓSTICO PRINCIPAL COMPLEXO SEM CC/MCC	987	33	0,00%	1,5	1,4
345	CIRURGIAS MENORES DE INTESTINO GROSSO E DELGADO COM CC	5	55,2	0,00%	9,3	5,1
346	CIRURGIAS MENORES DE INTESTINO GROSSO E DELGADO SEM CC/MCC	40	47,8	2,50%	4,6	1,4
347	CIRURGIAS DO ÂNUS E ESTOMAS COM MCC	2	30	0,00%	1,1	1,1
348	CIRURGIAS DO ÂNUS E ESTOMAS COM CC	8	50,6	0,00%	6,8	0,9
349	CIRURGIAS DO ÂNUS E ESTOMAS SEM CC/MCC	335	44	0,00%	1	0,9
350	CIRURGIAS DE HÉRNIA INGUINAL E FEMORAL COM MCC	4	68	0,00%	2,1	1,2

351	CIRURGIAS DE HÉRNIA INGUINAL E FEMORAL COM CC	39	57,7	0,00%	1,4	1,1
352	CIRURGIAS DE HÉRNIA INGUINAL E FEMORAL SEM CC/MCC	1.026	48,4	0,00%	1	1,0
353	CIRURGIAS DE HÉRNIA EXCETO INGUINAL E FEMORAL COM MCC	4	56,3	0,00%	2,8	1,9
354	CIRURGIAS DE HÉRNIA EXCETO INGUINAL E FEMORAL COM CC	21	58,8	0,00%	3,1	1,2
355	CIRURGIAS DE HÉRNIA EXCETO INGUINAL E FEMORAL SEM CC/MCC	633	46,5	0,00%	1,1	1,0
356	OUTRAS CIRURGIAS DO APARELHO DIGESTIVO COM MCC	34	62,6	23,53%	13,9	10,7
357	OUTRAS CIRURGIAS DO APARELHO DIGESTIVO COM CC	119	60,2	9,24%	8,9	6,6
358	OUTRAS CIRURGIAS DO APARELHO DIGESTIVO SEM CC/MCC	275	54,3	2,18%	4,1	2,7
368	DOENÇAS MAIORES DO ESÔFAGO COM MCC	2	68	0,00%	14,9	6,3
369	DOENÇAS MAIORES DO ESÔFAGO COM CC	11	51,6	0,00%	7,5	5,6
370	DOENÇAS MAIORES DO ESÔFAGO SEM CC/MCC	9	24,8	0,00%	3,2	2,7
371	DOENÇAS MAIORES GASTROINTESTINAIS E INFECÇÕES PERITONEAIS COM MCC	12	47,8	16,67%	11	8,8
372	DOENÇAS MAIORES GASTROINTESTINAIS E INFECÇÕES PERITONEAIS COM CC	26	48,1	7,69%	9,3	7,2
373	DOENÇAS MAIORES GASTROINTESTINAIS E INFECÇÕES PERITONEAIS SEM CC/MCC	31	50,8	0,00%	5,7	3,8
374	NEOPLASIA DIGESTIVA COM MCC	28	64,1	32,14%	9,6	7,0
375	NEOPLASIA DIGESTIVA COM CC	141	62,8	28,37%	6	4,2
376	NEOPLASIA DIGESTIVA SEM CC/MCC	172	62,3	9,30%	4	2,3
377	HEMORRAGIA GASTROINTESTINAL COM MCC	29	71,9	24,14%	19	7,1
378	HEMORRAGIA GASTROINTESTINAL COM CC	140	70,7	15,00%	5,9	5,1
379	HEMORRAGIA GASTROINTESTINAL SEM CC/MCC	209	65,2	2,39%	3,7	3,1
381	ÚLCERA PÉPTICA COMPLICADA COM CC	3	62,3	0,00%	6,8	5,9
382	ÚLCERA PÉPTICA COMPLICADA SEM CC/MCC	7	53,9	0,00%	5,6	3,5
383	ÚLCERA PÉPTICA NÃO COMPLICADA COM MCC	2	70	0,00%	7,7	5,1

384	ÚLCERA PÉPTICA NÃO COMPLICADA SEM MCC	12	62,9	0,00%	2,6	3,6
385	DOENÇA INFLAMATÓRIA INTESTINAL COM MCC	1	14	0,00%	15,9	8,8
386	DOENÇA INFLAMATÓRIA INTESTINAL COM CC	12	56,1	0,00%	8,1	5,9
387	DOENÇA INFLAMATÓRIA INTESTINAL SEM CC/MCC	18	47	0,00%	4,5	3,5
388	OBSTRUÇÃO GASTROINTESTINAL COM MCC	17	69,4	29,41%	7,8	6,7
389	OBSTRUÇÃO GASTROINTESTINAL COM CC	65	57,8	10,77%	5,9	3,9
390	OBSTRUÇÃO GASTROINTESTINAL SEM CC/MCC	81	61,3	2,47%	3,2	2,7
391	ESOFAGITE, GASTROENTERITE E OUTRAS DOENÇAS DIGESTIVAS COM MCC	50	64,7	18,00%	4,6	4,6
392	ESOFAGITE, GASTROENTERITE E OUTRAS DOENÇAS DIGESTIVAS SEM MCC	892	51	1,23%	3,4	2,1
393	OUTROS DIAGNÓSTICOS DO APARELHO DIGESTIVO COM MCC	16	68,9	12,50%	7,6	3,6
394	OUTROS DIAGNÓSTICOS DO APARELHO DIGESTIVO COM CC	38	62,1	10,53%	4,6	2,8
395	OUTROS DIAGNÓSTICOS DO APARELHO DIGESTIVO SEM CC/MCC	180	47,6	0,00%	2,1	1,1
405	CIRURGIAS DO PÂNCREAS, FÍGADO E SHUNT COM MCC	10	56,4	30,00%	20,9	14,3
406	CIRURGIAS DO PÂNCREAS, FÍGADO E SHUNT COM CC	37	61,3	0,00%	9,4	6,3
407	CIRURGIAS DO PÂNCREAS, FÍGADO E SHUNT SEM CC/MCC	65	56,4	3,08%	8,5	5,0
408	CIRURGIAS DO TRATO BILIAR EXCETO APENAS COLECISTECTOMIA COM OU SEM EXPLORAÇÃO DO DUCTO COMUM COM MCC	14	57,9	7,14%	10,9	8,1
409	CIRURGIAS DO TRATO BILIAR EXCETO APENAS COLECISTECTOMIA COM OU SEM EXPLORAÇÃO DO DUCTO COMUM COM CC	43	58,8	9,30%	9,8	4,8
410	CIRURGIAS DO TRATO BILIAR EXCETO APENAS COLECISTECTOMIA COM OU SEM EXPLORAÇÃO DO DUCTO COMUM SEM CC/MCC	65	53,4	3,08%	4,3	1,9
411	COLECISTECTOMIA COM EXPLORAÇÃO DO DUCTO COMUM COM MCC	2	52,5	0,00%	6,4	11,8
412	COLECISTECTOMIA COM EXPLORAÇÃO DO DUCTO COMUM COM CC	3	54	0,00%	9,6	10,4
413	COLECISTECTOMIA COM EXPLORAÇÃO DO DUCTO COMUM SEM CC/MCC	13	53,8	0,00%	4,2	6,1
414	COLECISTECTOMIA EXCETO POR LAPAROSCOPIA SEM EXPLORAÇÃO DO DUCTO COMUM COM MCC	2	81,5	100,00%	7,2	8,6

415	COLECISTECTOMIA, EXCETO POR LAPAROSCOPIA SEM EXPLORAÇÃO DO DUCTO COMUM COM CC	4	51,5	0,00%	7,5	4,9
416	COLECISTECTOMIA, EXCETO POR LAPAROSCOPIA SEM EXPLORAÇÃO DO DUCTO COMUM SEM CC/MCC	54	44,2	0,00%	1,6	1,2
417	COLECISTECTOMIA LAPAROSCÓPICA SEM EXPLORAÇÃO DO DUCTO COMUM COM MCC	26	56,6	0,00%	5,3	4,2
418	COLECISTECTOMIA LAPAROSCÓPICA SEM EXPLORAÇÃO DO DUCTO COMUM COM CC	99	55	0,00%	4	1,2
419	COLECISTECTOMIA LAPAROSCÓPICA SEM EXPLORAÇÃO DO DUCTO COMUM SEM CC/MCC	2.076	45,4	0,10%	1,3	1,0
420	CIRURGIAS DIAGNÓSTICAS HEPATOBILIARES COM MCC	6	62,3	66,67%	25	17,2
421	CIRURGIAS DIAGNÓSTICAS HEPATOBILIARES COM CC	8	63,8	37,50%	15,7	10,5
422	CIRURGIAS DIAGNÓSTICAS HEPATOBILIARES SEM CC/MCC	14	64,1	14,29%	4,5	2,4
423	OUTRAS CIRURGIAS HEPATOBILIARES OU DO PÂNCREAS COM MCC	1	92	100,00%	8,6	13,7
425	OUTRAS CIRURGIAS HEPATOBILIARES OU DO PÂNCREAS SEM CC/MCC	3	56,3	0,00%	7,9	2,3
432	CIRROSE E HEPATITE ALCOÓLICA COM MCC	18	62,6	11,11%	10,3	8,8
433	CIRROSE E HEPATITE ALCOÓLICA COM CC	19	63,1	0,00%	6,8	6,3
434	CIRROSE E HEPATITE ALCOÓLICA SEM CC/MCC	9	60	11,11%	7,8	5,2
435	NEOPLASIA DO SISTEMA HEPATOBILIAR OU PÂNCREAS COM MCC	18	60,8	44,44%	7,2	7,6
436	NEOPLASIA DO SISTEMA HEPATOBILIAR OU PÂNCREAS COM CC	74	68,6	28,38%	7,8	4,9
437	NEOPLASIA DO SISTEMA HEPATOBILIAR OU PÂNCREAS SEM CC/MCC	70	67,6	8,57%	3,2	2,4
438	DOENÇAS DO PÂNCREAS EXCETO NEOPLASIA COM MCC	7	73,9	14,29%	13,6	8,0
439	DOENÇAS DO PÂNCREAS EXCETO NEOPLASIA COM CC	36	58,1	2,78%	5,9	5,7
440	DOENÇAS DO PÂNCREAS EXCETO NEOPLASIA SEM CC/MCC	103	55,3	2,91%	3,7	3,9
441	DOENÇAS DO FÍGADO EXCETO NEOPLASIA, CIRROSE, HEPATITE ALCOÓLICA COM MCC	17	62,6	17,65%	13,2	7,7
442	DOENÇAS DO FÍGADO EXCETO NEOPLASIA, CIRROSE, HEPATITE ALCOÓLICA COM CC	37	57,3	8,11%	6,5	6,1
443	DOENÇAS DO FÍGADO EXCETO NEOPLASIA, CIRROSE, HEPATITE ALCOÓLICA SEM CC/MCC	40	48,1	7,50%	5,1	3,9

444	DOENÇAS DO TRATO BILIAR COM MCC	15	60	6,67%	5,2	6,8
445	DOENÇAS DO TRATO BILIAR COM CC	53	59,8	5,66%	5,2	5,9
446	DOENÇAS DO TRATO BILIAR SEM CC/MCC	80	53,4	2,50%	2,6	2,2
454	FUSÃO ESPINHAL COMBINADA ANTERIOR/POSTERIOR COM CC	2	69	0,00%	8,4	5,5
455	FUSÃO ESPINHAL COMBINADA ANTERIOR/POSTERIOR SEM CC/MCC	22	49	0,00%	4,5	3,2
457	FUSÃO ESPINHAL EXCETO CERVICAL COM CURVATURA / MALIGNIDADE/ INFECÇÃO ESPINHAL OU FUSÃO EXTERNA COM CC	6	53,2	0,00%	16,7	6,3
458	FUSÃO ESPINHAL EXCETO CERVICAL COM CURVATURA / MALIGNIDADE/ INFECÇÃO ESPINHAL OU FUSÃO EXTERNA SEM CC/MCC	38	33,4	0,00%	6,3	4,9
459	FUSÃO ESPINHAL EXCETO CERVICAL COM MCC	12	54,4	0,00%	6,8	7,7
460	FUSÃO ESPINHAL EXCETO CERVICAL SEM MCC	397	53,2	0,25%	3,5	3,2
462	CIRURGIA DE ARTICULAÇÃO MAIOR BILATERAL OU MÚLTIPLA DA EXTREMIDADE INFERIOR SEM MCC	2	83	0,00%	3,9	3,2
463	DEBRIDAMENTO DE FERIDA E ENXERTO DE PELE EXCETO MÃO, PARA DOENÇAS MUSCULOESQUELÉTICAS E TECIDO CONJUNTIVO COM MCC	3	62,7	0,00%	27,6	24,4
464	DEBRIDAMENTO DE FERIDA E ENXERTO DE PELE EXCETO MÃO, PARA DOENÇAS MUSCULOESQUELÉTICAS E TECIDO CONJUNTIVO COM CC	22	51,7	9,09%	17,9	13,4
465	DEBRIDAMENTO DE FERIDA E ENXERTO DE PELE EXCETO MÃO, PARA DOENÇAS MUSCULOESQUELÉTICAS E TECIDO CONJUNTIVO SEM CC/MCC	106	43,5	0,00%	2,7	2,0
466	REVISÃO DA PRÓTESE DO QUADRIL OU DO JOELHO COM MCC	6	69,8	0,00%	18,7	10,0
467	REVISÃO DA PRÓTESE DO QUADRIL OU DO JOELHO COM CC	21	71	0,00%	13,9	7,1
468	REVISÃO DA PRÓTESE DO QUADRIL OU DO JOELHO SEM CC/MCC	51	66,2	1,96%	7,7	4,1
469	PRÓTESE DO QUADRIL OU DO JOELHO OU RECOLOCAÇÃO DE MEMBROS INFERIORES COM MCC	36	70,1	2,78%	10,5	6,3
470	PRÓTESE DO QUADRIL OU DO JOELHO OU RECOLOCAÇÃO DE MEMBROS INFERIORES SEM MCC	1.084	65,9	0,74%	3,4	3,0
471	FUSÃO ESPINHAL CERVICAL COM MCC	11	59,4	0,00%	7,5	9,9
472	FUSÃO ESPINHAL CERVICAL COM CC	26	54,5	0,00%	8	4,3

473	FUSÃO ESPINHAL CERVICAL SEM CC/MCC	192	50,3	0,00%	3,5	3,1
474	AMPUTAÇÃO PARA DOENÇAS DO SISTEMA MUSCULOESQUELÉTICO E TECIDO CONJUNTIVO COM MCC	1	25	0,00%	26,3	14,3
475	AMPUTAÇÃO PARA DOENÇAS DO SISTEMA MUSCULOESQUELÉTICO E TECIDO CONJUNTIVO COM CC	5	51,4	0,00%	16,3	10,7
476	AMPUTAÇÃO PARA DOENÇAS DO SISTEMA MUSCULOESQUELÉTICO E TECIDO CONJUNTIVO SEM CC/MCC	8	34,8	0,00%	4,4	5,0
478	BIÓPSIAS DO SISTEMA MUSCULOESQUELÉTICO E TECIDO CONJUNTIVO COM CC	1	41	0,00%	8,2	4,6
479	BIÓPSIAS DO SISTEMA MUSCULOESQUELÉTICO E TECIDO CONJUNTIVO SEM CC/MCC	24	47,5	0,00%	1	1,1
480	CIRURGIAS DO QUADRIL E FÊMUR EXCETO ARTICULARES MAIORES COM MCC	31	58,7	12,90%	14,7	8,7
481	CIRURGIAS DO QUADRIL E FÊMUR EXCETO ARTICULARES MAIORES COM CC	105	70,5	7,62%	9,2	6,2
482	CIRURGIAS DO QUADRIL E FÊMUR EXCETO ARTICULARES MAIORES SEM CC/MCC	458	54,9	0,87%	3,9	3,7
483	CIRURGIAS ARTICULARES MAIORES E RELIGAÇÃO DE MEMBRO DA EXTREMIDADE SUPERIOR	58	67,6	0,00%	2,6	2,1
485	CIRURGIA DO JOELHO COM DIAGNÓSTICO PRINCIPAL DE INFECÇÃO COM MCC	2	76,5	0,00%	18,4	17,2
486	CIRURGIA DO JOELHO COM DIAGNÓSTICO PRINCIPAL DE INFECÇÃO COM CC	5	64,8	0,00%	11,6	8,7
487	CIRURGIA DO JOELHO COM DIAGNÓSTICO PRINCIPAL DE INFECÇÃO SEM CC/MCC	6	54,7	16,67%	17,8	8,0
488	CIRURGIA DO JOELHO SEM DIAGNÓSTICO PRINCIPAL DE INFECÇÃO COM CC/MCC	33	50,7	0,00%	2,5	1,2
489	CIRURGIA DO JOELHO SEM DIAGNÓSTICO PRINCIPAL DE INFECÇÃO SEM CC/MCC	1.640	39,4	0,00%	1,1	1,0
492	CIRURGIAS DE MEMBRO INFERIOR E ÚMERO EXCETO QUADRIL, PÉ E FÊMUR COM MCC	11	51,8	0,00%	14,8	4,8
493	CIRURGIAS DE MEMBRO INFERIOR E ÚMERO EXCETO QUADRIL, PÉ E FÊMUR COM CC	58	46,8	0,00%	6,9	3,1
494	CIRURGIAS DE MEMBRO INFERIOR E ÚMERO EXCETO QUADRIL, PÉ E FÊMUR SEM CC/MCC	663	43,1	0,00%	2,4	1,7
495	EXCISÃO LOCAL E REMOÇÃO DE DISPOSITIVOS DE FIXAÇÃO INTERNA EXCETO QUADRIL E FÊMUR COM MCC	2	52,5	0,00%	1	5,3
496	EXCISÃO LOCAL E REMOÇÃO DE DISPOSITIVOS DE FIXAÇÃO INTERNA EXCETO QUADRIL E FÊMUR COM CC	6	32,5	0,00%	8,9	1,0
497	EXCISÃO LOCAL E REMOÇÃO DE DISPOSITIVOS DE FIXAÇÃO INTERNA EXCETO QUADRIL E FÊMUR SEM CC/MCC	95	40,5	0,00%	2,2	0,5

498	EXCISÃO LOCAL E REMOÇÃO DE DISPOSITIVOS DE FIXAÇÃO INTERNA DO QUADRIL E FÊMUR COM CC/MCC	5	34,8	0,00%	1,1	1,1
499	EXCISÃO LOCAL E REMOÇÃO DE DISPOSITIVOS DE FIXAÇÃO INTERNA DO QUADRIL E FÊMUR SEM CC/MCC	43	33,8	0,00%	0,8	0,8
500	CIRURGIAS DO TECIDO MOLE COM MCC	5	58,2	20,00%	19,5	2,2
501	CIRURGIAS DO TECIDO MOLE COM CC	24	47,7	4,17%	9,7	1,1
502	CIRURGIAS DO TECIDO MOLE SEM CC/MCC	457	45,1	0,00%	1,2	1,0
503	CIRURGIAS DO PÉ COM MCC	5	44,2	0,00%	6,8	1,1
504	CIRURGIAS DO PÉ COM CC	12	38,8	0,00%	3,8	1,2
505	CIRURGIAS DO PÉ SEM CC/MCC	358	40,8	0,00%	1,1	1,0
507	CIRURGIAS MAIORES DO OMBRO OU ARTICULAÇÃO DO COTOVELO COM CC/MCC	2	48	0,00%	1,5	1,1
508	CIRURGIAS MAIORES DO OMBRO OU ARTICULAÇÃO DO COTOVELO SEM CC/MCC	132	39,9	0,00%	1	1,1
509	ARTROSCOPIA	8	35,6	0,00%	1	1,1
510	CIRURGIAS DO OMBRO, COTOVELO OU ANTEBRAÇO EXCETO ARTICULAÇÃO MAIOR COM MCC	10	64,3	0,00%	1,3	3,0
511	CIRURGIAS DO OMBRO, COTOVELO OU ANTEBRAÇO EXCETO ARTICULAÇÃO MAIOR COM CC	44	50,7	0,00%	2,8	1,3
512	CIRURGIAS DO OMBRO, COTOVELO OU ANTEBRAÇO EXCETO ARTICULAÇÃO MAIOR SEM CC/MCC	1.176	50,3	0,09%	1,3	1,1
513	CIRURGIA DA MÃO OU PUNHO, EXCETO CIRURGIAS MAIORES DO POLEGAR OU ARTICULAÇÕES, COM CC/MCC	3	70	0,00%	4	1,1
514	CIRURGIA DA MÃO OU PUNHO, EXCETO CIRURGIAS MAIORES DO POLEGAR OU ARTICULAÇÕES, SEM CC/MCC	259	41,4	0,00%	1,1	0,8
515	OUTRAS CIRURGIAS DO SISTEMA MUSCULOESQUELÉTICO E TECIDO CONJUNTIVO COM MCC	6	39,8	0,00%	4	7,8
516	OUTRAS CIRURGIAS DO SISTEMA MUSCULOESQUELÉTICO E TECIDO CONJUNTIVO COM CC	34	53,3	0,00%	3,5	2,5
517	OUTRAS CIRURGIAS DO SISTEMA MUSCULOESQUELÉTICO E TECIDO CONJUNTIVO SEM CC/MCC	610	50,1	0,00%	1,2	1,0

518	PROCEDIMENTOS DO DORSO E PESCOÇO, EXCETO FUSÃO ESPINHAL COM MCC OU DISPOSITIVO DE DISCO OU NEUROESTIMULADOR	22	47,8	4,55%	6,7	4,9
519	PROCEDIMENTOS DO DORSO E PESCOÇO, EXCETO FUSÃO ESPINHAL COM CC	66	44,9	1,52%	5	2,1
520	PROCEDIMENTOS DO DORSO E PESCOÇO, EXCETO FUSÃO ESPINHAL SEM CC / MCC	723	50,5	0,14%	1,7	1,1
533	FRATURAS DO FÊMUR COM MCC	2	70,5	50,00%	14,3	5,9
534	FRATURAS DO FÊMUR SEM MCC	15	50,3	20,00%	2,5	2,8
535	FRATURAS DO QUADRIL E PELVE COM MCC	4	89,3	50,00%	11,1	7,0
536	FRATURAS DO QUADRIL E PELVE SEM MCC	24	71,9	12,50%	4,3	3,5
537	ENTORSES, DISTENSÕES E DESLOCAMENTOS DO QUADRIL, PELVE E COXA COM CC/MCC	3	78	0,00%	5,6	1,5
538	ENTORSES, DISTENSÕES E DESLOCAMENTOS DO QUADRIL, PELVE E COXA SEM CC/MCC	5	60,4	0,00%	1,1	0,9
539	OSTEOMIELITE COM MCC	3	53,7	0,00%	3,8	16,1
540	OSTEOMIELITE COM CC	7	57,6	0,00%	21,9	13,1
541	OSTEOMIELITE SEM CC/MCC	11	45,5	0,00%	4,7	5,2
542	FRATURAS PATOLÓGICAS E NEOPLASIA MUSCULOESQUELÉTICAS E DO TECIDO CONJUNTIVO COM MCC	1	73	0,00%	14	9,2
543	FRATURAS PATOLÓGICAS E NEOPLASIA MUSCULOESQUELÉTICAS E DO TECIDO CONJUNTIVO COM CC	24	48,3	25,00%	8,8	5,9
544	FRATURAS PATOLÓGICAS E NEOPLASIA MUSCULOESQUELÉTICAS E DO TECIDO CONJUNTIVO SEM CC/MCC	29	38,4	0,00%	5,1	2,9
545	DOENÇAS DO TECIDO CONJUNTIVO COM MCC	3	38,3	0,00%	5,3	5,9
546	DOENÇAS DO TECIDO CONJUNTIVO COM CC	18	56,4	0,00%	7,6	5,5
547	DOENÇAS DO TECIDO CONJUNTIVO SEM CC/MCC	44	52,4	0,00%	4,5	2,6
550	ARTRITE SÉPTICA SEM CC/MCC	2	29	0,00%	2,7	5,5
551	PROBLEMAS CLÍNICOS DO DORSO COM MCC	11	76,8	27,27%	7,9	6,9
552	PROBLEMAS CLÍNICOS DO DORSO SEM MCC	652	53,7	0,31%	1,8	1,0
554	DOENÇAS ÓSSEAS E ARTROPATIAS SEM MCC	55	60,4	0,00%	1,3	2,2

556	SINAIS E SINTOMAS DO SISTEMA MUSCULOESQUELÉTICO E TECIDO CONJUNTIVO SEM MCC	65	36,9	0,00%	2,6	2,0
558	TENDINITE, MIOSITE E BURSITE SEM MCC	66	50,8	0,00%	1,7	0,3
559	PÓS-ATENDIMENTO SISTEMA MUSCULOESQUELÉTICO E TECIDO CONJUNTIVO COM MCC	1	60	0,00%	2,8	3,5
560	PÓS-ATENDIMENTO SISTEMA MUSCULOESQUELÉTICO E TECIDO CONJUNTIVO COM CC	9	56,8	0,00%	8,5	2,4
561	PÓS-ATENDIMENTO SISTEMA MUSCULOESQUELÉTICO E TECIDO CONJUNTIVO SEM CC/MCC	59	44,8	0,00%	1,7	1,0
562	FRATURAS, ENTORSES, DISTENSÕES E DESLOCAMENTOS EXCETO FEMUR, QUADRIL, PELVE E COXA COM MCC	2	86,5	50,00%	0,8	3,1
563	FRATURAS, ENTORSES, DISTENSÕES E DESLOCAMENTOS EXCETO FEMUR, QUADRIL, PELVE E COXA SEM MCC	146	36,6	0,00%	1,5	1,1
565	OUTROS DIAGNÓSTICOS DO SISTEMA MUSCULOESQUELÉTICO E TECIDO CONJUNTIVO COM CC	2	75	0,00%	8,3	4,6
566	OUTROS DIAGNÓSTICOS DO SISTEMA MUSCULOESQUELÉTICO E TECIDO CONJUNTIVO SEM CC/MCC	26	34,6	0,00%	2	1,0
570	DESBRIDAMENTO COM MCC	6	73	16,67%	18,1	14,0
571	DESBRIDAMENTO COM CC	11	65	0,00%	11,9	10,0
572	DESBRIDAMENTO SEM CC/MCC	33	44,5	0,00%	1,4	1,7
573	ENXERTO E/OU DESBRIDAMENTO PARA ÚLCERA DE PELE OU CELULITE COM MCC	5	56,8	0,00%	18,4	8,8
574	ENXERTO E/OU DESBRIDAMENTO PARA ÚLCERA DE PELE OU CELULITE COM CC	2	34,5	0,00%	11,6	9,8
575	ENXERTO E/OU DESBRIDAMENTO PARA ÚLCERA DE PELE OU CELULITE SEM CC/MCC	7	52,3	0,00%	12,1	1,2
576	ENXERTO E/OU DESBRIDAMENTO EXCETO PARA ÚLCERA DE PELE OU CELULITE COM MCC	2	37	0,00%	0,9	1,1
577	ENXERTO E/OU DESBRIDAMENTO EXCETO PARA ÚLCERA DE PELE OU CELULITE COM CC	8	68,6	0,00%	5,4	1,0
578	ENXERTO E/OU DESBRIDAMENTO EXCETO PARA ÚLCERA DE PELE OU CELULITE SEM CC/MCC	400	59,8	0,00%	0,7	0,4
579	CIRURGIA DA PELE, TECIDO SUBCUTÂNEO E MAMA COM MCC	17	66	5,88%	9,4	7,7
580	CIRURGIA DA PELE, TECIDO SUBCUTÂNEO E MAMA COM CC	78	55,5	2,56%	4,3	1,7
581	CIRURGIA DA PELE, TECIDO SUBCUTÂNEO E MAMA SEM CC/MCC	1.612	46,7	0,00%	1	1,0

582	MASTECTOMIA POR NEOPLASIA COM CC/MCC	22	56,2	0,00%	1,7	1,1
583	MASTECTOMIA POR NEOPLASIA SEM CC/MCC	484	53,4	0,00%	1,2	0,9
584	BIÓPSIA DA MAMA, EXCISÃO LOCAL E OUTRAS CIRURGIAS DE MAMA COM CC/MCC	17	45,4	0,00%	0,7	0,5
585	BIÓPSIA DA MAMA, EXCISÃO LOCAL E OUTRAS CIRURGIAS DE MAMA SEM CC/MCC	811	37,5	0,00%	0,8	0,5
592	ÚLCERA DE PELE COM MCC	4	75,8	0,00%	19,5	9,4
593	ÚLCERA DE PELE COM CC	2	59,5	0,00%	3,7	9,2
594	ÚLCERA DE PELE SEM CC/MCC	9	72,4	11,11%	7,4	6,8
595	DOENÇAS MAIORES DA PELE COM MCC	1	73	0,00%	21,7	8,9
596	DOENÇAS MAIORES DA PELE SEM MCC	42	53,7	7,14%	6,2	4,5
597	DOENÇAS MALIGNAS DA MAMA COM MCC	13	50,1	46,15%	4,7	7,7
598	DOENÇAS MALIGNAS DA MAMA COM CC	47	55,4	34,04%	6,7	4,9
599	DOENÇAS MALIGNAS DA MAMA SEM CC/MCC	124	54	4,03%	1,5	1,0
600	DOENÇAS NÃO NEOPLÁSICAS DA MAMA COM CC/MCC	3	65,7	0,00%	2,7	5,6
601	DOENÇAS NÃO NEOPLÁSICAS DA MAMA SEM CC/MCC	9	33,3	0,00%	2,6	0,9
602	CELULITE COM MCC	25	68,2	8,00%	14,5	8,6
603	CELULITE SEM MCC	229	55,3	1,31%	6,5	4,7
605	TRAUMA DA PELE, TECIDO SUBCUTÂNEO E MAMA SEM MCC	49	43,4	2,04%	2	1,8
606	DOENÇAS MENORES DA PELE COM MCC	2	67,5	0,00%	17	6,8
607	DOENÇAS MENORES DA PELE SEM MCC	148	50	1,35%	1,4	1,3
614	CIRURGIAS DA ADRENAL E HIPÓFISE COM CC/MCC	1	51	0,00%	21,9	4,5
615	CIRURGIAS DA ADRENAL E HIPÓFISE SEM CC/MCC	12	50,7	0,00%	2,2	2,9
619	CIRURGIAS PARA OBESIDADE COM MCC	10	38,2	0,00%	1,8	2,5
620	CIRURGIAS PARA OBESIDADE COM CC	35	47,3	0,00%	2,5	2,1

621	CIRURGIAS PARA OBESIDADE SEM CC/MCC	1.343	37,8	0,00%	1,6	2,0
623	ENXERTIA E DESBRIDAMENTO DE FERIDA POR DOENÇAS ENDÓCRINAS, NUTRICIONAIS E METABÓLICAS COM CC	2	69	0,00%	6,9	9,0
624	ENXERTIA E DESBRIDAMENTO DE FERIDA POR DOENÇAS ENDÓCRINAS, NUTRICIONAIS E METABÓLICAS SEM CC/MCC	7	50,9	0,00%	1,9	1,1
625	CIRURGIAS DE TIREÓIDE, PARATIREÓIDE E TIREOGLOSSO COM MCC	2	55,5	0,00%	1,8	6,7
626	CIRURGIAS DE TIREÓIDE, PARATIREÓIDE E TIREOGLOSSO COM CC	18	57,7	0,00%	4,3	1,1
627	CIRURGIAS DE TIREÓIDE, PARATIREÓIDE E TIREOGLOSSO SEM CC/MCC	437	47,6	0,00%	1,2	1,1
628	OUTRAS CIRURGIAS ENDÓCRINAS, NUTRICIONAIS E METABÓLICAS COM MCC	1	51	0,00%	30,1	25,4
629	OUTRAS CIRURGIAS ENDÓCRINAS, NUTRICIONAIS E METABÓLICAS COM CC	6	61,7	0,00%	3,9	2,9
630	OUTRAS CIRURGIAS ENDÓCRINAS, NUTRICIONAIS E METABÓLICAS SEM CC/MCC	104	42,9	0,00%	1,3	1,1
637	DIABETES COM MCC	10	58	20,00%	9,1	7,9
638	DIABETES COM CC	37	48,5	0,00%	6	5,6
639	DIABETES SEM CC/MCC	59	38	1,69%	4,5	3,9
640	DOENÇAS NUTRICIONAIS E METABÓLICAS DIVERSAS COM MCC	22	74,1	22,73%	7,7	6,4
641	DOENÇAS NUTRICIONAIS E METABÓLICAS DIVERSAS SEM MCC	212	64,2	8,96%	5,5	2,7
642	ERROS INATOS DO METABOLISMO	6	61,5	16,67%	6,6	1,7
643	DOENÇAS ENDÓCRINAS COM MCC	6	46	16,67%	8,3	8,7
644	DOENÇAS ENDÓCRINAS COM CC	13	39,1	0,00%	5	5,7
645	DOENÇAS ENDÓCRINAS SEM CC/MCC	61	45,8	1,64%	1,3	1,5
653	CIRURGIAS MAIORES DA BEXIGA COM MCC	6	58	16,67%	17,8	9,9
654	CIRURGIAS MAIORES DA BEXIGA COM CC	14	63,6	21,43%	9,6	4,1
655	CIRURGIAS MAIORES DA BEXIGA SEM CC/MCC	90	55	0,00%	2	1,2
656	CIRURGIAS DO RIM E URETER PARA NEOPLASIAS COM MCC	3	58,7	0,00%	6	6,2

657	CIRURGIAS DO RIM E URETER PARA NEOPLASIAS COM CC	23	63,8	8,70%	6,9	3,9
658	CIRURGIAS DO RIM E URETER PARA NEOPLASIAS SEM CC/MCC	131	59,2	0,00%	2,6	2,4
659	CIRURGIAS DO RIM E URETER NÃO ONCOLÓGICAS COM MCC	10	50,2	10,00%	9,8	8,1
660	CIRURGIAS DO RIM E URETER NÃO ONCOLÓGICAS COM CC	50	50,7	0,00%	5,7	2,3
661	CIRURGIAS DO RIM E URETER NÃO ONCOLÓGICAS SEM CC/MCC	153	44,6	0,00%	1,8	1,4
663	CIRURGIAS MENORES DA BEXIGA COM CC	18	62,3	0,00%	3,7	2,0
664	CIRURGIAS MENORES DA BEXIGA SEM CC/MCC	139	54,9	0,00%	1,5	1,1
665	PROSTATECTOMIA COM MCC	2	93,5	100,00%	13,1	13,1
666	PROSTATECTOMIA COM CC	9	79,1	11,11%	9,9	9,2
667	PROSTATECTOMIA SEM CC/MCC	33	69,8	0,00%	3,2	2,2
668	CIRURGIAS TRANSURETRAL COM MCC	20	53,5	0,00%	5,5	2,3
669	CIRURGIAS TRANSURETRAL COM CC	231	49,1	0,00%	2,4	0,9
670	CIRURGIAS TRANSURETRAL SEM CC/MCC	2.156	46,8	0,05%	1,2	0,9
671	CIRURGIAS DA URETRA COM CC/MCC	10	68,3	0,00%	6	2,8
672	CIRURGIAS DA URETRA SEM CC/MCC	65	59,8	0,00%	1,1	1,0
673	OUTRAS CIRURGIAS DO RIM E TRATO URINÁRIO COM MCC	4	56,5	25,00%	9	4,1
674	OUTRAS CIRURGIAS DO RIM E TRATO URINÁRIO COM CC	6	59,3	0,00%	8,4	10,0
675	OUTRAS CIRURGIAS DO RIM E TRATO URINÁRIO SEM CC/MCC	29	59,4	0,00%	4	1,8
682	INSUFICIÊNCIA RENAL COM MCC	41	74,3	29,27%	14	8,6
683	INSUFICIÊNCIA RENAL COM CC	123	69,5	13,82%	7,1	6,6
684	INSUFICIÊNCIA RENAL SEM CC/MCC	132	66,2	4,55%	4,8	3,2
685	INTERNAÇÃO PARA DIÁLISE	19	62,8	0,00%	0,4	0,3
686	NEOPLASIAS DO RIM E TRATO URINÁRIO COM MCC	7	68,4	85,71%	7,7	8,2

687	NEOPLASIAS DO RIM E TRATO URINÁRIO COM CC	32	63,7	15,63%	6	4,8
688	NEOPLASIAS DO RIM E TRATO URINÁRIO SEM CC/MCC	49	64,7	2,04%	1,5	1,9
689	INFECÇÕES DO RIM E TRATO URINÁRIO COM MCC	120	71	5,00%	8,5	7,4
690	INFECÇÕES DO RIM E TRATO URINÁRIO SEM MCC	742	56,3	2,29%	4,7	4,0
691	CÁLCULO URINÁRIO COM LITOTRIPSIA POR ONDAS DE CHOQUE EXTRACORPÓREAS COM CC/MCC	2	30,5	0,00%	1,6	1,7
692	CÁLCULO URINÁRIO COM LITOTRIPSIA POR ONDAS DE CHOQUE EXTRACORPÓREAS SEM CC/MCC	18	41,7	0,00%	1,5	1,1
693	CÁLCULO URINÁRIO SEM LITOTRIPSIA POR ONDAS DE CHOQUE EXTRACORPÓREAS COM CC/MCC	3	37,7	0,00%	4,1	4,4
694	CÁLCULO URINÁRIO SEM LITOTRIPSIA POR ONDAS DE CHOQUE EXTRACORPÓREAS SEM CC/MCC	451	43,8	0,00%	1,1	1,2
695	SINAIS E SINTOMAS DO RIM E TRATO URINÁRIO COM MCC	2	78,5	0,00%	3,2	5,8
696	SINAIS E SINTOMAS DO RIM E TRATO URINÁRIO SEM MCC	62	60,4	0,00%	1,9	2,0
697	ESTENOSE URETRAL	5	65,6	0,00%	1,3	0,7
698	OUTRAS DOENÇAS DO RIM E TRATO URINÁRIO COM MCC	6	62	0,00%	6,4	8,2
699	OUTRAS DOENÇAS DO RIM E TRATO URINÁRIO COM CC	31	52,5	3,23%	6,1	5,0
700	OUTRAS DOENÇAS DO RIM E TRATO URINÁRIO SEM CC/MCC	104	49	1,92%	2,7	2,4
707	CIRURGIAS MAIORES DA REGIÃO PÉLVICA MASCULINA COM CC/MCC	61	67,6	0,00%	3,4	3,1
708	CIRURGIAS MAIORES DA REGIÃO PÉLVICA MASCULINA SEM CC/MCC	642	65,4	0,00%	2,5	2,2
709	CIRURGIAS PENIANA COM CC/MCC	16	42,1	6,25%	3,7	1,0
710	CIRURGIAS PENIANA SEM CC/MCC	334	21,2	0,00%	0,5	0,4
711	CIRURGIAS DO TESTÍCULO COM CC/MCC	14	43,4	0,00%	1,9	1,0
712	CIRURGIAS DO TESTÍCULO SEM CC/MCC	299	34,5	0,00%	0,8	0,7
713	PROSTATECTOMIA TRANSURETRAL COM CC/MCC	1	64	0,00%	4,1	2,7
714	PROSTATECTOMIA TRANSURETRAL SEM CC/MCC	3	58	0,00%	1,6	1,9

715	OUTRAS CIRURGIAS DO SISTEMA REPRODUTIVO MASCULINO POR NEOPLASIA COM CC/MMC	4	64,3	0,00%	22,2	5,9
716	OUTRAS CIRURGIAS DO SISTEMA REPRODUTIVO MASCULINO POR NEOPLASIA SEM CC/MCC	20	62,5	0,00%	2,3	1,4
717	OUTRAS CIRURGIAS DO SISTEMA REPRODUTIVO MASCULINO EXCETO POR NEOPLASIA COM CC/MCC	6	65	0,00%	0,3	6,7
718	OUTRAS CIRURGIAS DO SISTEMA REPRODUTIVO MASCULINO EXCETO POR NEOPLASIA SEM CC/MCC	54	63,6	0,00%	0,5	0,2
722	NEOPLASIA DO SISTEMA REPRODUTIVO MASCULINO COM MCC	10	67,9	20,00%	6,3	7,1
723	NEOPLASIA DO SISTEMA REPRODUTIVO MASCULINO COM CC	36	67,1	25,00%	7	5,8
724	NEOPLASIA DO SISTEMA REPRODUTIVO MASCULINO SEM CC/MCC	37	69,5	8,11%	2,8	3,0
726	HIPERTROFIA PROSTÁTICA BENIGNA SEM MCC	19	67,8	0,00%	0,9	2,1
727	INFLAMAÇÃO DO SISTEMA REPRODUTIVO MASCULINO COM MCC	3	49,3	0,00%	6,2	6,6
728	INFLAMAÇÃO DO SISTEMA REPRODUTIVO MASCULINO SEM MCC	45	65,4	0,00%	4,9	2,9
730	OUTRAS DOENÇAS DO SISTEMA REPRODUTIVO MASCULINO SEM CC/MCC	10	33,9	0,00%	0,9	1,2
734	EVISCERAÇÃO PÉLVICA, HISTERECTOMIA RADICAL E VULVECTOMIA RADICAL COM CC/MCC	8	48,8	0,00%	8,5	6,1
735	EVISCERAÇÃO PÉLVICA, HISTERECTOMIA RADICAL E VULVECTOMIA RADICAL SEM CC/MCC	19	58,3	0,00%	4,7	2,7
736	CIRURGIA UTERINA E DOS ANEXOS PARA NEOPLASIA OVARIANA OU ANEXIAL COM MCC	2	52	50,00%	3	7,3
737	CIRURGIA UTERINA E DOS ANEXOS PARA NEOPLASIA OVARIANA OU ANEXIAL COM CC	14	60,2	14,29%	7,7	3,2
738	CIRURGIA UTERINA E DOS ANEXOS PARA NEOPLASIA OVARIANA OU ANEXIAL SEM CC/MCC	80	52	0,00%	2,6	1,4
739	CIRURGIA UTERINA, DOS ANEXOS PARA NEOPLASIAS NÃO-OVARIANAS/ANEXIAIS COM MCC	3	51	0,00%	2,4	1,2
740	CIRURGIA UTERINA, DOS ANEXOS PARA NEOPLASIAS NÃO-OVARIANAS/ANEXIAIS COM CC	14	64	0,00%	6,6	2,0
741	CIRURGIA UTERINA, DOS ANEXOS PARA NEOPLASIAS NÃO-OVARIANAS/ANEXIAIS SEM CC/MCC	143	47,6	0,00%	1,7	1,1
742	CIRURGIA UTERINA E DOS ANEXOS PARA DOENÇAS NÃO NEOPLÁSICAS COM CC/MCC	64	48	0,00%	2	1,3

743	CIRURGIA UTERINA E DOS ANEXOS PARA DOENÇAS NÃO NEOPLÁSICAS SEM CC/MCC	1.835	43,7	0,00%	1,1	1,0
744	DILATAÇÃO E CURETAGEM, CONIZAÇÃO, LAPAROSCOPIA E SALPINGOTRIPSIA COM CC/MCC	18	44,9	5,56%	3,3	1,1
745	DILATAÇÃO E CURETAGEM, CONIZAÇÃO, LAPAROSCOPIA E SALPINGOTRIPSIA SEM CC/MCC	142	44,9	0,00%	1,1	0,7
746	CIRURGIAS DA VAGINA, CÉRVIX E VULVA COM CC/MCC	9	55,9	0,00%	2,4	1,1
747	CIRURGIAS DA VAGINA, CÉRVIX E VULVA SEM CC/MCC	143	46,7	0,00%	1,2	0,9
748	CIRURGIAS RECONSTRUTIVA DO SISTEMA REPRODUTIVO FEMININO	64	57,9	0,00%	1,4	1,3
749	OUTRAS CIRURGIAS DO SISTEMA REPRODUTIVO FEMININO COM CC/MCC	6	42,7	16,67%	17,4	5,9
750	OUTRAS CIRURGIAS DO SISTEMA REPRODUTIVO FEMININO SEM CC/MCC	35	46,7	0,00%	2,2	0,9
754	NEOPLASIA DO SISTEMA REPRODUTIVO FEMININO COM MCC	9	56,3	44,44%	7,1	7,7
755	NEOPLASIA DO SISTEMA REPRODUTIVO FEMININO COM CC	36	52,5	19,44%	8,5	5,6
756	NEOPLASIA DO SISTEMA REPRODUTIVO FEMININO SEM CC/MCC	61	54	8,20%	3,1	2,7
758	INFECÇÕES DO SISTEMA REPRODUTIVO FEMININO COM CC	4	32,5	0,00%	5,5	3,7
759	INFECÇÕES DO SISTEMA REPRODUTIVO FEMININO SEM CC/MCC	10	39,1	0,00%	4,5	2,6
760	DISTÚRBIOS MENSTRUAIS E OUTRAS DOENÇAS DO SISTEMA REPRODUTIVO FEMININO COM CC/MCC	9	45,4	11,11%	6,5	2,7
761	DISTÚRBIOS MENSTRUAIS E OUTRAS DOENÇAS DO SISTEMA REPRODUTIVO FEMININO SEM CC/MCC	94	42,7	0,00%	1,4	0,9
765	CESARIANA COM CC/MCC	854	30,9	0,00%	3,5	2,3
766	CESARIANA SEM CC/MCC	2.095	30,7	0,00%	2,3	2,1
767	PARTO VAGINAL COM ESTERILIZAÇÃO E/OU DILATAÇÃO E CURETAGEM	16	30,7	0,00%	3	2,0
768	PARTO VAGINAL COM PROCEDIMENTO OPERATÓRIO, EXCETO ESTERILIZAÇÃO E/OU DILATAÇÃO/CURETAGEM	1	35	0,00%	4,1	3,5
769	DOENÇAS PUERPERAIS E PÓS-ABORTO COM CIRURGIA	12	31,2	0,00%	3,3	1,9
770	ABORTO COM DILATAÇÃO E CURETAGEM, CURETAGEM ASPIRATIVA OU HISTERECTOMIA	214	32,1	0,00%	0,9	0,7

774	PARTO VAGINAL COM DIAGNÓSTICOS COMPLICADORES	63	31	0,00%	3,5	2,3
775	PARTO VAGINAL SEM DIAGNÓSTICOS COMPLICADORES	679	29,9	0,00%	2,4	1,8
776	DOENÇAS PUERPERAIS E PÓS-ABORTO SEM CIRURGIA	30	30,6	0,00%	2	2,7
777	GRAVIDEZ ECTÓPICA	45	30,4	0,00%	1,7	1,7
778	AMEAÇA DE ABORTO OU TRABALHO DE PARTO PRÉ TERMO SEM PARTO	38	28,9	0,00%	4,6	1,8
779	ABORTO SEM DILATAÇÃO E CURETAGEM	7	30,4	0,00%	1	0,9
780	FALSO TRABALHO DE PARTO	8	27,3	0,00%	1,1	1,4
781	OUTRAS DOENÇAS DA GRAVIDEZ COM COMPLICAÇÕES CLÍNICAS	94	30,6	0,00%	3,5	2,5
782	OUTRAS DOENÇAS DA GRAVIDEZ SEM COMPLICAÇÕES CLÍNICAS	88	32	1,14%	2,5	2,0
789	RECÉM-NASCIDO EVOLUIU PARA ÓBITO OU FOI TRANSFERIDO PARA OUTRO SERVIÇO EM ATÉ 48 HORAS	5	0	80,00%	0,4	2,0
790	PREMATURIDADE EXTREMA OU SÍNDROME DA ANGÚSTIA RESPIRATÓRIA DO RECÉM-NASCIDO	54	0	16,67%	43,2	24,5
791	PREMATURIDADE COM PROBLEMAS MAIORES	102	0	1,96%	22,3	9,0
792	PREMATURIDADE SEM PROBLEMAS MAIORES	75	0	1,33%	10,9	4,2
793	RECÉM-NASCIDO A TERMO COM PROBLEMAS MAIORES	81	0	0,00%	6,8	3,6
794	RECÉM-NASCIDO COM OUTROS PROBLEMAS SIGNIFICATIVOS	106	0	0,00%	3,7	2,1
795	RECÉM-NASCIDO NORMAL	116	0	0,00%	2,3	1,9
799	ESPLENECTOMIA COM MCC	2	44,5	0,00%	4,9	10,4
800	ESPLENECTOMIA COM CC	1	34	0,00%	4,7	7,0
801	ESPLENECTOMIA SEM CC/MCC	8	37,1	0,00%	7,3	3,4
802	OUTRAS CIRURGIAS DO SANGUE OU DE ÓRGÃOS HEMATOPOIÉTICOS COM MCC	1	54	0,00%	2,4	9,1
803	OUTRAS CIRURGIAS DO SANGUE OU DE ÓRGÃOS HEMATOPOIÉTICOS COM CC	8	55,6	0,00%	2,9	3,1
804	OUTRAS CIRURGIAS DO SANGUE OU DE ÓRGÃOS HEMATOPOIÉTICOS SEM CC/MCC	53	43,5	0,00%	1,6	1,0

808	DIAGNÓSTICOS MAIORES HEMATOLÓGICOS/IMUNOLÓGICOS, EXCETO CRISE DREPANOCÍTICA E COAGULOPATIA COM MCC	15	46,5	26,67%	8,8	8,8
809	DIAGNÓSTICOS MAIORES HEMATOLÓGICOS/IMUNOLÓGICOS, EXCETO CRISE DREPANOCÍTICA E COAGULOPATIA COM CC	95	32,3	2,11%	5,7	6,4
810	DIAGNÓSTICOS MAIORES HEMATOLÓGICOS/IMUNOLÓGICOS, EXCETO CRISE DREPANOCÍTICA E COAGULOPATIA SEM CC/MCC	42	44,2	0,00%	3,5	4,7
811	DOENÇAS DAS CÉLULAS VERMELHAS COM MCC	17	66,6	11,76%	5,1	6,8
812	DOENÇAS DAS CÉLULAS VERMELHAS SEM MCC	384	63,1	1,04%	2,8	3,5
813	DOENÇAS DA COAGULAÇÃO	81	46,1	0,00%	4,3	3,9
814	DOENÇAS RETICULOENDOTELIAIS E DA IMUNIDADE COM MCC	4	41,8	0,00%	13,6	4,8
815	DOENÇAS RETICULOENDOTELIAIS E DA IMUNIDADE COM CC	25	43,3	4,00%	5,2	5,1
816	DOENÇAS RETICULOENDOTELIAIS E DA IMUNIDADE SEM CC/MCC	15	47,1	0,00%	3	2,9
820	LINFOMA E LEUCEMIA COM CIRURGIA MAIOR COM MCC	6	68,7	16,67%	26,6	20,4
821	LINFOMA E LEUCEMIA COM CIRURGIA MAIOR COM CC	12	54,8	8,33%	14,7	6,9
822	LINFOMA E LEUCEMIA COM CIRURGIA MAIOR SEM CC/MCC	47	48,8	0,00%	4,5	1,1
823	LINFOMA E LEUCEMIA CRÔNICA COM OUTROS PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS COM MCC	1	45	0,00%	6,9	14,8
824	LINFOMA E LEUCEMIA CRÔNICA COM OUTROS PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS COM CC	3	57,3	0,00%	7,4	11,4
825	LINFOMA E LEUCEMIA CRÔNICA COM OUTROS PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS SEM CC/MCC	13	55,4	0,00%	5,1	1,6
827	DOENÇA MIELOPROLIFERATIVA OU NEOPLASIAS POUCO DIFERENCIADAS COM CIRURGIAS MAIORES COM CC	4	46,5	0,00%	2,7	5,3
828	DOENÇA MIELOPROLIFERATIVA OU NEOPLASIAS POUCO DIFERENCIADAS COM CIRURGIAS MAIORES SEM CC/MCC	41	47,5	2,44%	4,6	2,1
829	DOENÇA MIELOPROLIFERATIVA OU NEOPLASIAS POUCO DIFERENCIADAS COM OUTRAS CIRURGIAS COM CC/MCC	4	50	0,00%	11,2	3,8
830	DOENÇA MIELOPROLIFERATIVA OU NEOPLASIAS POUCO DIFERENCIADAS COM OUTRAS CIRURGIAS SEM CC/MCC	39	50,3	0,00%	0,9	0,9
834	LEUCEMIA AGUDA SEM CIRURGIAS MAIORES COM MCC	17	46,4	29,41%	21	16,2

835	LEUCEMIA AGUDA SEM CIRURGIAS MAIORES COM CC	43	43,6	13,95%	14,7	11,1
836	LEUCEMIA AGUDA SEM CIRURGIAS MAIORES SEM CC/MCC	99	39,9	9,09%	14,3	4,7
837	QUIMIOTERAPIA COM LEUCEMIA AGUDA COMO DIAGNÓSTICO SECUNDÁRIO OU COM ALTA DOSE DE AGENTE QUIMIOTERÁPICO COM MCC	4	43	0,00%	24,2	15,1
838	QUIMIOTERAPIA COM LEUCEMIA AGUDA COMO DIAGNÓSTICO SECUNDÁRIO COM CC OU COM ALTA DOSE DE AGENTE QUIMIOTERÁPICO	20	31,4	0,00%	9,3	8,5
839	QUIMIOTERAPIA COM LEUCEMIA AGUDA COMO DIAGNÓSTICO SECUNDÁRIO SEM CC/MCC	54	24,6	0,00%	6	4,0
840	LINFOMA E LEUCEMIA CRÔNICA COM MCC	25	67,8	40,00%	15,4	12,8
841	LINFOMA E LEUCEMIA CRÔNICA COM CC	62	58,3	4,84%	8,6	7,5
842	LINFOMA E LEUCEMIA CRÔNICA SEM CC/MCC	139	56,4	4,32%	6,1	4,7
843	OUTRAS DOENÇAS MIELOPROLIFERATIVAS OU DOENÇAS NEOPLÁSICAS POUCO DIFERENCIADAS COM MCC	3	62	66,67%	7,4	9,9
844	OUTRAS DOENÇAS MIELOPROLIFERATIVAS OU DOENÇAS NEOPLÁSICAS POUCO DIFERENCIADAS COM CC	3	62,3	66,67%	4,1	6,2
845	OUTRAS DOENÇAS MIELOPROLIFERATIVAS OU DOENÇAS NEOPLÁSICAS POUCO DIFERENCIADAS SEM CC/MCC	9	42,6	11,11%	4,6	1,7
846	QUIMIOTERAPIA SEM LEUCEMIA AGUDA COMO DIAGNÓSTICO SECUNDÁRIO COM MCC	6	51,2	16,67%	4,9	5,0
847	QUIMIOTERAPIA SEM LEUCEMIA AGUDA COMO DIAGNÓSTICO SECUNDÁRIO COM CC	115	32,3	2,61%	4,9	2,4
848	QUIMIOTERAPIA SEM LEUCEMIA AGUDA COMO DIAGNÓSTICO SECUNDÁRIO SEM CC/MCC	14	28,9	0,00%	2,6	2,9
849	RADIOTERAPIA	4	46,3	0,00%	2,6	1,1
853	DOENÇAS INFECCIOSAS E PARASITÁRIAS COM CIRURGIAS COM MCC	48	65,7	41,67%	24,3	20,9
854	DOENÇAS INFECCIOSAS E PARASITÁRIAS COM CIRURGIAS COM CC	59	57,9	23,73%	19,2	13,6
855	DOENÇAS INFECCIOSAS E PARASITÁRIAS COM CIRURGIAS SEM CC/MCC	26	58,8	19,23%	10,1	4,1
856	INFECÇÃO PÓS-OPERATÓRIA E PÓS-TRAUMÁTICA COM CIRURGIAS COM MCC	21	53,9	9,52%	15,8	18,2
857	INFECÇÃO PÓS-OPERATÓRIA E PÓS-TRAUMÁTICA COM CIRURGIAS COM CC	69	54	2,90%	14,6	12,6
858	INFECÇÃO PÓS-OPERATÓRIA E PÓS-TRAUMÁTICA COM CIRURGIAS SEM CC/MCC	35	55,1	0,00%	8,1	7,0

862	INFECÇÃO PÓS-OPERATÓRIA E PÓS-TRAUMÁTICA COM MCC	8	61,6	12,50%	13,1	8,3
863	INFECÇÃO PÓS-OPERATÓRIA E PÓS-TRAUMÁTICA SEM CC/MCC	68	52,6	0,00%	6,9	5,2
864	FEBRE	93	37,3	2,15%	3,6	2,7
865	DOENÇA VIRAL COM MCC	9	40,6	0,00%	8,9	5,7
866	DOENÇA VIRAL SEM MCC	139	39	0,00%	3,3	2,8
867	OUTRAS DOENÇAS INFECCIOSAS E PARASITÁRIAS COM MCC	10	51,8	10,00%	8,1	10,5
868	OUTRAS DOENÇAS INFECCIOSAS E PARASITÁRIAS COM CC	36	63,2	11,11%	9,1	6,8
869	OUTRAS DOENÇAS INFECCIOSAS E PARASITÁRIAS SEM CC/MCC	29	47	3,45%	6,7	3,9
870	SEPSE OU CHOQUE SÉPTICO COM VENTILAÇÃO MECÂNICA 96+ HORAS	53	69	67,92%	25,2	21,8
871	SEPSE OU CHOQUE SÉPTICO SEM VENTILAÇÃO MECÂNICA 96+ HORAS COM MCC	171	69,1	35,09%	10,8	9,7
872	SEPSE OU CHOQUE SÉPTICO SEM VENTILAÇÃO MECÂNICA 96+ HORAS SEM MCC	284	69,6	30,28%	8,3	7,4
876	CIRURGIA COM DIAGNÓSTICO PRINCIPAL DE DOENÇA MENTAL	17	51,8	11,76%	5,6	1,2
880	DISFUNÇÃO PSICOSSOCIAL AGUDA E REAÇÃO DE AJUSTAMENTO	52	61	3,85%	5	3,1
881	NEUROSES DEPRESSIVAS	4	47,5	0,00%	1,3	3,0
882	NEUROSES EXCETO AS DEPRESSIVAS	3	30,7	0,00%	2,5	3,7
883	DISTÚRBIOS DE PERSONALIDADE E CONTROLE DE IMPULSO	8	37,5	0,00%	4,4	4,0
884	DISTÚRBIOS ORGÂNICOS E RETARDO MENTAL	24	73,7	0,00%	10	4,7
885	PSICOSES	162	43	0,00%	1,6	7,0
887	OUTROS DIAGNÓSTICOS DE TRANSTORNOS MENTAIS	7	53,4	14,29%	4,6	2,3
896	ABUSO OU DEPENDÊNCIA DE ÁLCOOL/DROGAS, SEM TERAPIA DE REABILITAÇÃO COM MCC	2	48,5	0,00%	4,9	7,9
897	ABUSO OU DEPENDÊNCIA DE ÁLCOOL/DROGAS, SEM TERAPIA DE REABILITAÇÃO SEM MCC	14	43,8	0,00%	2,9	6,4
901	DESRIDAMENTO DE FERIDAS POR LESÕES COM MCC	1	25	0,00%	22,9	17,8

902	DESBRIDAMENTO DE FERIDAS POR LESÕES COM CC	2	31	0,00%	3,5	10,0
903	DESBRIDAMENTO DE FERIDAS POR LESÕES SEM CC/MCC	9	36,4	0,00%	2,9	3,5
904	ENXERTO DE PELE POR LESÕES COM CC/MCC	4	52,8	0,00%	4,5	4,7
905	ENXERTO DE PELE POR LESÕES SEM CC/MCC	19	40,4	0,00%	4	1,0
906	CIRURGIAS DA MÃO POR LESÕES	25	42,2	0,00%	1,5	1,1
907	OUTRAS CIRURGIAS POR LESÕES COM MCC	15	44,9	6,67%	16,7	9,9
908	OUTRAS CIRURGIAS POR LESÕES COM CC	31	56,1	6,45%	11,3	5,8
909	OUTRAS CIRURGIAS POR LESÕES SEM CC/MCC	169	45,4	0,00%	2,8	1,2
913	LESÕES TRAUMÁTICAS COM MCC	3	47,3	0,00%	26,7	7,7
914	LESÕES TRAUMÁTICAS SEM MCC	45	45,4	2,22%	3	1,7
916	REAÇÕES ALÉRGICAS SEM MCC	14	46,9	0,00%	2	1,9
917	ENVENENAMENTO E EFEITOS TÓXICOS DE DROGAS COM MCC	17	56,6	5,88%	10,3	6,1
918	ENVENENAMENTO E EFEITOS TÓXICOS DE DROGAS SEM MCC	126	38,7	2,38%	3,9	2,5
919	COMPLICAÇÕES DE TRATAMENTOS COM MCC	1	59	0,00%	4,7	6,7
920	COMPLICAÇÕES DE TRATAMENTOS COM CC	22	54,3	0,00%	4,3	4,0
921	COMPLICAÇÕES DE TRATAMENTOS SEM CC/MCC	54	45,8	0,00%	2,8	2,3
922	OUTRAS LESÕES, ENVENENAMENTOS E INTOXICAÇÃO COM MCC	1	63	0,00%	1,2	2,3
923	OUTRAS LESÕES, ENVENENAMENTOS E INTOXICAÇÃO SEM MCC	7	42,4	0,00%	2,9	2,2
929	QUEIMADURA PROFUNDA COM ENXERTO DE PELE OU LESÃO INALATÓRIA SEM CC/MCC	1	19	0,00%	37	15,6
933	QUEIMADURAS EXTENSAS OU QUEIMADURAS PROFUNDAS COM VENTILAÇÃO MECÂNICA 96+ HORAS SEM ENXERTO DE PELE	2	36,5	0,00%	35,6	27,6
934	QUEIMADURA PROFUNDA SEM ENXERTO DE PELE OU LESÃO INALATÓRIA	7	45	14,29%	9,5	4,3
935	QUEIMADURAS NÃO EXTENSAS	19	32,1	0,00%	6,3	4,9

939	CIRURGIAS COM DIAGNÓSTICO DE OUTROS CONTATOS COM SERVIÇOS DE SAÚDE COM MCC	15	60,9	13,33%	7,5	3,5
940	CIRURGIAS COM DIAGNÓSTICO DE OUTROS CONTATOS COM SERVIÇOS DE SAÚDE COM CC	58	55,2	5,17%	6,2	2,1
941	CIRURGIAS COM DIAGNÓSTICO DE OUTROS CONTATOS COM SERVIÇOS DE SAÚDE SEM CC/MCC	508	46,6	0,20%	1,7	0,9
947	SINAIS E SINTOMAS COM MCC	8	64,4	25,00%	6,5	3,9
948	SINAIS E SINTOMAS SEM MCC	136	59	11,03%	3	2,6
949	PÓS-ATENDIMENTO COM CC/MCC	155	44,1	0,00%	1,7	0,8
950	PÓS-ATENDIMENTO SEM CC/MCC	114	49,1	0,00%	0,7	0,7
951	OUTROS FATORES QUE INFLUENCIAM O ESTADO DE SAÚDE	538	56	2,04%	1	0,8
956	RELIGAÇÃO DE MEMBRO, CIRURGIA DO QUADRIL E FÊMUR PARA TRAUMA MÚLTIPLO SIGNIFICATIVO	2	23,5	0,00%	13,1	26,8
957	OUTRAS CIRURGIAS PARA TRAUMA MÚLTIPLO SIGNIFICATIVO COM MCC	2	29,5	0,00%	13,2	10,9
958	OUTRAS CIRURGIAS PARA TRAUMA MÚLTIPLO SIGNIFICATIVO COM CC	2	60,5	0,00%	12,4	8,4
964	OUTROS TRAUMAS MÚLTIPLOS SIGNIFICATIVOS COM CC	3	48,7	0,00%	4,9	6,0
965	OUTROS TRAUMAS MÚLTIPLOS SIGNIFICATIVOS SEM CC/MCC	2	42,5	0,00%	6,4	4,5
969	HIV COM PROCEDIMENTO CIRÚRGICO EXTENSO COM MCC	1	45	0,00%	14,5	25,6
970	HIV COM PROCEDIMENTO CIRÚRGICO EXTENSO SEM MCC	2	33,5	0,00%	0,2	5,1
974	HIV COM CONDIÇÕES MAIORES RELACIONADAS COM MCC	9	49,6	22,22%	11,2	14,6
975	HIV COM CONDIÇÕES MAIORES RELACIONADAS COM CC	12	49,3	8,33%	15,9	10,0
976	HIV COM CONDIÇÕES MAIORES RELACIONADAS SEM CC/MCC	5	40,2	0,00%	9,7	6,8
977	HIV COM OU SEM OUTRAS CONDIÇÕES RELACIONADAS	11	44,5	0,00%	10	5,6
981	CIRURGIA EXTENSA NÃO RELACIONADA AO DIAGNÓSTICO PRINCIPAL COM MCC	46	66	23,91%	19,7	11,4
982	CIRURGIA EXTENSA NÃO RELACIONADA AO DIAGNÓSTICO PRINCIPAL COM CC	91	62,6	14,29%	12,5	8,6
983	CIRURGIA EXTENSA NÃO RELACIONADA AO DIAGNÓSTICO PRINCIPAL SEM CC/MCC	522	45,9	0,57%	2,6	1,1

987	CIRURGIA NÃO-EXTENSA NÃO RELACIONADA AO DIAGNÓSTICO PRINCIPAL COM MCC	13	53,6	23,08%	9,7	13,8
988	CIRURGIA NÃO-EXTENSA NÃO RELACIONADA AO DIAGNÓSTICO PRINCIPAL COM CC	40	59,5	2,50%	11,4	8,0
989	CIRURGIA NÃO-EXTENSA NÃO RELACIONADA AO DIAGNÓSTICO PRINCIPAL SEM CC/MCC	155	49,6	0,65%	1,5	1,0
999	DRG NÃO DEFINIDO	4	51,5	0,00%	0,8	0,0
Total		62.684	48,6	2,57%	3,5	2,7

APÊNDICE H – Desempenho Econômico Por DRG

Desempenho Econômico por DRG													
Período da Alta: 01/04/2019 a 31/03/2020													
Descrição do DRG	Quantidade de Internações	Receita Bruta	Deduções da Receita	Custo Variável	Margem de Contribuição R\$	%	Custo Fixo Direto	Margem Direta R\$	%	Custo Rateio	Resultado Operacional R\$	%	Permanência Realiz./Previsão
3 - ECOM OU TRAQUEOSTOMIA COM VM 94+ HS E OUTRO	100	19.430.096	181.883	4.153.090	15.095.123	78 %	3.490.959	11.604.164	60 %	1.768.100	9.836.054	51 %	42 %
4 - APENAS TRAQUEOSTOMIA COM VM 94+ HS	82	11.229.184	37.391	2.035.186	9.156.607	82 %	2.633.393	6.523.214	58 %	1.507.723	5.015.491	45 %	20 %
11 - TRAQUEOSTOMIA PARA DOENÇAS DA FACE, BOCA E	1	12.943	0	0	12.943	100 %	0	12.943	100 %	6.261	6.682	52 %	-58 %
12 - TRAQUEOSTOMIA PARA DOENÇAS DA FACE, BOCA E	7	222.538	161	18.232	204.146	92 %	54.557	149.589	67 %	98.048	51.541	23 %	34 %
13 - TRAQUEOSTOMIA PARA DOENÇAS DA FACE, BOCA E	33	245.002	4.481	20.789	219.762	91 %	17.228	202.534	84 %	167.300	35.234	15 %	-26 %
14 - TRANSPLANTE ALOGÊNICO DE MEDULA ÓSSEA	40	3.630.202	0	73.747	3.556.455	98 %	12.837	3.543.618	98 %	1.415.948	2.126.670	59 %	-25 %
16 - TRANSPLANTE AUTÓLOGO DE MEDULA ÓSSEA COM CCMCC	57	2.367.980	0	0	2.367.980	100 %	0	2.367.980	100 %	1.071.304	1.296.676	55 %	-19 %
17 - TRANSPLANTE AUTÓLOGO DE MEDULA ÓSSEA SEM CCMCC	4	123.257	0	0	123.257	100 %	0	123.257	100 %	66.510	56.747	46 %	-5 %
20 - PROCEDIMENTOS VASCULARES INTRACRANIANOS COM	1	93.494	0	32.503	60.991	65 %	21.084	39.907	43 %	44.985	-5.078	-5 %	-14 %
22 - PROCEDIMENTOS VASCULARES INTRACRANIANOS COM	3	121.162	1.788	48.228	71.146	60 %	11.121	60.025	50 %	9.359	50.666	42 %	-28 %
23 - CRANIOTOMIA COM IMPLANTE DE DISPOSITIVO MAIOR OU	15	1.635.877	77.524	232.500	1.325.853	81 %	194.391	1.216.462	78 %	268.980	947.482	61 %	59 %
24 - CRANIOTOMIA COM IMPLANTE DE DISPOSITIVO MAIOR OU	73	4.718.594	22.628	2.361.165	2.334.801	50 %	574.991	1.759.810	37 %	291.386	1.468.424	31 %	61 %
25 - CRANIOTOMIA E PROCEDIMENTOS ENDOVASCULARES	19	1.538.032	43.013	200.381	1.295.638	87 %	177.614	1.118.024	75 %	299.368	818.656	55 %	100 %
26 - CRANIOTOMIA E PROCEDIMENTOS ENDOVASCULARES	70	2.258.895	39.316	853.639	1.365.940	62 %	626.322	739.618	33 %	517.841	221.777	10 %	69 %
27 - CRANIOTOMIA E PROCEDIMENTOS ENDOVASCULARES	234	9.441.482	112.037	2.617.193	2.712.352	51 %	1.998.359	5.113.993	21 %	637.645	476.348	9 %	62 %
28 - PROCEDIMENTOS EM MEDULA ESPINHAL COM MCC	6	712.778	64.795	82.616	565.457	87 %	16.962	548.475	85 %	90.030	458.439	71 %	102 %
29 - PROCEDIMENTOS EM MEDULA ESPINHAL COM CC OU	23	659.558	8.846	409.057	241.655	37 %	99.949	141.707	22 %	200.105	-58.398	-9 %	75 %
30 - PROCEDIMENTOS EM MEDULA ESPINHAL SEM MCC/CC	69	1.083.968	15.845	696.962	401.160	38 %	213.011	188.149	18 %	213.905	-25.756	-2 %	82 %
31 - PROCEDIMENTOS PARA SHUNT VENTRICULAR COM MCC	8	304.867	0	100.661	204.206	67 %	12.337	191.869	63 %	22.013	169.856	56 %	-16 %
32 - PROCEDIMENTOS PARA SHUNT VENTRICULAR COM CC	21	684.358	4	171.640	512.715	75 %	114.421	398.294	58 %	110.405	287.889	42 %	116 %
33 - PROCEDIMENTOS PARA SHUNT VENTRICULAR SEM MCC/CC	40	892.057	6.111	447.712	348.234	44 %	194.387	243.847	31 %	182.994	140.853	18 %	12 %
34 - PROCEDIMENTO PARA STENT DE ARTÉRIA CAROTÍDEA COM	3	80.200	0	1.463	78.737	98 %	4.461	74.276	93 %	0	74.276	93 %	55 %
35 - PROCEDIMENTO PARA STENT DE ARTÉRIA CAROTÍDEA COM	3	112.618	231	50.588	61.788	55 %	118.548	-56.760	-50 %	28.468	-85.228	-76 %	902 %
36 - PROCEDIMENTO PARA STENT DE ARTÉRIA CAROTÍDEA SEM	46	1.242.878	670	565.280	676.928	54 %	255.111	421.817	34 %	188.828	312.989	25 %	96 %
37 - PROCEDIMENTOS EXTRACRANIANOS COM MCC	6	1.171.305	630	83.412	1.087.263	93 %	23.217	1.064.046	91 %	12.063	1.051.983	90 %	343 %
38 - PROCEDIMENTOS EXTRACRANIANOS COM CC	7	175.311	0	115.996	59.315	34 %	82.133	-32.818	-19 %	31.286	-64.104	-37 %	100 %
39 - PROCEDIMENTOS EXTRACRANIANOS SEM MCC/CC	37	475.720	2.399	235.944	237.377	50 %	228.871	7.506	2 %	101.579	-94.073	-20 %	120 %
40 - CIRURGIAS DO SISTEMA NERVOSO PERIFÉRICO E NERVOS	3	53.089	357	13.870	38.862	74 %	8.538	29.324	56 %	25.276	4.048	8 %	176 %
41 - CIRURGIAS DO SISTEMA NERVOSO PERIFÉRICO E NERVOS	15	241.223	1.288	133.920	106.015	44 %	11.952	94.063	39 %	169.938	-75.875	-32 %	830 %
42 - CIRURGIAS DO SISTEMA NERVOSO PERIFÉRICO E NERVOS	498	1.317.215	34.315	512.886	770.014	60 %	375.903	394.111	31 %	235.937	158.174	12 %	110 %

Desempenho Econômico por DRG													
Período da Alta: 01/04/2019 a 31/03/2020													
Descrição do DRG	Quantidade de Internações	Receita Bruta	Deduções da Receita	Custo Variável	Margem de Contribuição R\$	Margem de Contribuição %	Custo Fixo Direto	Margem Direta R\$	Margem Direta %	Custo Rateio	Resultado Operacional R\$	Resultado Operacional %	Permanência Realiz./Previsão
62 - LESÕES E DANOS ESPINHAIS COM COMCC	1	-	0	0	0	0	12.353	-12.353	0	0	-12.353	0%	54%
63 - LESÕES E DANOS ESPINHAIS SEM COMCC	8	124.934	0	95.297	29.637	24%	3.552	26.085	21%	5.221	19.864	16%	53%
54 - NEOPLASIAS DO SISTEMA NERVOSO COM MCC	12	342.020	987	23.538	317.494	93%	3.477	314.017	92%	68.967	245.050	72%	49%
55 - NEOPLASIAS DO SISTEMA NERVOSO SEM MCC	84	599.155	8.324	234.912	355.919	60%	258.203	97.716	17%	175.229	-78.513	-13%	67%
56 - DOENÇAS DEGENERATIVAS DO SISTEMA NERVOSO COM MCC	8	217.611	0	84.146	153.465	71%	19.766	133.699	61%	34.525	99.174	46%	0%
57 - DOENÇAS DEGENERATIVAS DO SISTEMA NERVOSO SEM MCC	74	2.688.996	10.321	1.694.677	983.998	37%	175.049	807.949	30%	68.644	739.305	28%	69%
58 - ESCLEROSE MÚLTIPLA E ATAXIA CEREBELAR COM MCC	1	39.258	0	17.989	22.169	56%	1.825	20.344	52%	13.893	6.451	16%	132%
59 - ESCLEROSE MÚLTIPLA E ATAXIA CEREBELAR COM CC	9	295.482	0	21.515	183.967	62%	20.922	163.045	55%	37.450	125.595	61%	41%
60 - ESCLEROSE MÚLTIPLA E ATAXIA CEREBELAR SEM COMCC	44	384.041	7.665	167.706	208.670	55%	87.152	141.518	38%	72.046	69.472	18%	127%
61 - ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL AGUDO ISQUÊMICO COM	3	36.259	0	19.862	16.397	45%	24.749	-8.352	-23%	0	-8.352	-23%	89%
62 - ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL AGUDO ISQUÊMICO COM	11	62.860	0	31.910	31.950	51%	75.979	-44.029	-70%	29.169	-73.198	-116%	5%
63 - ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL AGUDO ISQUÊMICO COM	31	590.810	1	543.391	-42.582	-42%	277.711	-320.293	-318%	27.443	-347.736	-345%	6%
64 - HEMORRAGIA INTRACRANIANA OU INFARTO CEREBRAL COM	51	1.632.286	15.571	133.904	1.482.791	92%	212.430	1.270.361	79%	168.173	1.102.188	68%	76%
65 - HEMORRAGIA INTRACRANIANA OU INFARTO CEREBRAL COM	129	1.679.885	38.486	227.963	1.413.436	85%	397.310	1.016.126	62%	382.523	633.603	39%	38%
66 - HEMORRAGIA INTRACRANIANA OU INFARTO CEREBRAL SEM	299	2.883.610	49.248	552.989	2.281.373	81%	891.641	1.390.632	49%	398.824	991.808	35%	34%
68 - ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL NÃO ESPECÍFICO E	15	124.014	0	51.390	72.624	59%	27.050	45.574	37%	28.759	16.815	14%	180%
69 - ISQUEMIA TRANSITÓRIA	158	565.797	5.952	128.011	451.834	78%	157.839	293.995	51%	151.768	142.226	25%	0%
70 - DOENÇAS CEREBROVASCULARES INESPECÍFICAS COM MCC	4	37.245	0	7.764	29.481	79%	18.608	10.873	29%	7.581	3.292	9%	-42%
71 - DOENÇAS CEREBROVASCULARES INESPECÍFICAS COM CC	11	52.891	1.541	41.868	9.481	18%	32.082	-22.601	-44%	9.005	-31.606	-62%	-24%
72 - DOENÇAS CEREBROVASCULARES INESPECÍFICAS SEM	17	31.370	1	10.264	21.105	67%	15.678	5.427	17%	5.534	-107	0%	-6%
73 - DOENÇAS DOS NERVOS CRANIANOS E PERIFÉRICOS COM	2	8.825	0	1.085	8.740	89%	1.353	7.387	75%	4.427	2.960	30%	-75%
74 - DOENÇAS DOS NERVOS CRANIANOS E PERIFÉRICOS SEM	130	2.220.058	18.248	1.247.465	954.344	43%	75.762	878.582	40%	183.195	695.387	32%	78%
75 - MENINGITE VIRÓTICA COM COMCC	4	545.545	0	28.356	117.189	81%	13.657	103.532	71%	35.726	67.806	47%	63%
76 - MENINGITE VIRÓTICA SEM COMCC	38	565.610	1	38.918	127.691	77%	47.022	80.669	48%	70.593	10.078	6%	25%
78 - ENCEFALOPATIA HIPERTENSIVA COM CC	4	41.771	0	667	41.104	98%	15.235	25.869	62%	7.174	18.695	45%	69%
79 - ENCEFALOPATIA HIPERTENSIVA SEM COMCC	5	14.912	0	3.089	11.823	79%	7.988	3.835	26%	10.545	-6.710	-45%	-34%
80 - ESTUPOR NÃO TRAUMÁTICO E COMA COM MCC	1	35.847	5.252	0	30.595	100%	0	30.595	100%	0	30.595	100%	19%
81 - ESTUPOR NÃO TRAUMÁTICO E COMA SEM MCC	6	4.090	448	5.461	-1.817	-50%	35.457	-37.274	-1.023%	62.133	-99.407	-2.726%	23%
85 - ESTUPOR TRAUMÁTICO E COMA, COMA MENOR QUE 1 HORA	11	237.888	4.901	373.293	-140.306	-60%	316.001	-456.307	-196%	48.106	-504.413	-216%	145%
86 - ESTUPOR TRAUMÁTICO E COMA, COMA MENOR QUE 1 HORA	29	302.913	15.252	39.914	247.747	86%	147.062	100.685	35%	18.179	82.506	29%	85%
87 - ESTUPOR TRAUMÁTICO E COMA, COMA MENOR QUE 1 HORA	104	350.904	1.279	95.087	263.538	73%	178.437	85.101	24%	74.868	10.233	3%	40%
90 - CONVULSÃO SEM COMCC	7	13.118	0	375	12.743	97%	733	12.010	92%	0	12.010	92%	58%
91 - OUTRAS DOENÇAS DO SISTEMA NERVOSO COM MCC	4	60.962	0	4.104	56.858	93%	2.698	53.960	89%	23.337	30.623	50%	80%
92 - OUTRAS DOENÇAS DO SISTEMA NERVOSO COM CC	30	374.777	4.453	49.980	321.234	87%	224.555	96.679	26%	64.465	32.214	9%	133%
93 - OUTRAS DOENÇAS DO SISTEMA NERVOSO SEM COMCC	95	1.538.787	7.029	680.083	851.685	43%	414.326	237.359	15%	152.336	85.003	6%	161%
94 - INFECÇÕES BACTERIANAS E TUBERCULOSE DO SISTEMA	3	170.600	0	12.837	157.763	92%	49.716	108.047	63%	24.802	83.245	49%	-3%
95 - INFECÇÕES BACTERIANAS E TUBERCULOSE DO SISTEMA	8	591.292	566	103.049	87.677	46%	104.646	-16.969	-9%	124.585	-141.554	-74%	-28%
96 - INFECÇÕES BACTERIANAS E TUBERCULOSE DO SISTEMA	29	420.261	29	398.794	21.438	5%	96.624	-75.186	-18%	45.859	-121.045	-29%	-14%
97 - INFECÇÃO NÃO BACTERIANA DO SISTEMA NERVOSO EXCETO	6	382.870	0	176.452	206.418	54%	41.329	165.089	43%	238	164.851	43%	39%
98 - INFECÇÃO NÃO BACTERIANA DO SISTEMA NERVOSO EXCETO	14	225.629	1.651	77.328	147.650	66%	65.895	81.755	36%	39.270	42.485	19%	-11%
99 - INFECÇÃO NÃO BACTERIANA DO SISTEMA NERVOSO EXCETO	16	131.882	4.845	44.557	82.580	65%	56.183	26.397	21%	23.133	3.264	3%	35%
100 - CONVULSÃO COM MCC	26	481.918	6.211	49.317	424.390	89%	81.541	362.849	77%	109.773	253.076	53%	44%

Desempenho Econômico por DRG													
Período da Alta: 01/04/2019 a 31/03/2020													
Descrição do DRG	Quantidade de Internações	Receita Bruta	Deduções da Receita	Custo Variável	Margem de Contribuição R\$	%	Custo Fixo Direto	Margem Direta R\$	%	Custo Rateio	Resultado Operacional R\$	%	Permanência Realiz./Previsão
101 - CONVULSAO SEM MCC	149	504.826	6.603	295.421	232.802	47 %	425.248	-192.446	-39 %	142.227	-334.673	-67 %	64 %
102 - CEFALÉIA COM MCC	4	23.996	0	2.267	21.719	91 %	499	21.220	88 %	3.038	18.182	76 %	65 %
103 - CEFALÉIA SEM MCC	176	542.906	5.119	74.115	463.672	86 %	66.751	395.921	74 %	87.789	309.132	57 %	42 %
113 - CIRURGIAS DA ÓRBITA COM COMCC	2	4.408	0	0	4.408	100 %	14.655	-10.247	-232 %	1.768	-12.015	-273 %	170 %
114 - CIRURGIAS DA ÓRBITA SEM COMCC	11	74.368	3.117	30.043	41.208	58 %	28.813	11.395	16 %	89.273	-77.878	-106 %	79 %
115 - CIRURGIAS EXTRAOCULARES EXCETO ÓRBITA	89	134.728	4.459	24.172	106.099	81 %	70.087	36.011	28 %	34.477	1.534	1 %	82 %
116 - CIRURGIAS INTRAOCULARES COM COMCC	1	2.284	0	1.054	1.230	54 %	1.377	-147	-6 %	0	-147	-6 %	%
117 - CIRURGIAS INTRAOCULARES SEM COMCC	71	69.774	1.919	25.721	42.134	62 %	35.751	6.383	9 %	2.647	3.736	6 %	154 %
121 - INFECÇÕES AGUDAS MAIORES DO OLHO COM COMCC	1	127.380	0	27.535	99.845	78 %	32	99.813	78 %	177	99.636	78 %	695 %
123 - DOENÇAS OCULARES NEUROLÓGICAS	27	111.310	593	41.463	69.254	63 %	48.764	20.490	19 %	38.476	-17.995	-16 %	17 %
124 - OUTRAS DOENÇAS DO OLHO COM MCC	3	2.461	0	5.469	-3.008	-122 %	7.863	-10.871	-442 %	0	-10.871	-442 %	-63 %
125 - OUTRAS DOENÇAS DO OLHO SEM MCC	30	135.741	493	17.992	117.346	87 %	42.652	74.694	55 %	12.967	61.727	46 %	229 %
129 - CIRURGIAS MAIORES DA CABEÇA E PESCOÇO COM COMCC	10	121.015	494	21.729	99.792	82 %	4.936	93.856	78 %	69.534	24.322	20 %	47 %
130 - CIRURGIAS MAIORES DA CABEÇA E PESCOÇO SEM	112	1.792.863	44.294	621.689	826.880	53 %	95.152	831.728	48 %	353.254	478.374	27 %	89 %
131 - CIRURGIAS CRANIANAS/FACIAIS COM COMCC	11	107.789	6.914	38.751	62.114	62 %	42.014	20.100	20 %	16.257	3.843	4 %	20 %
132 - CIRURGIAS CRANIANAS/FACIAIS SEM COMCC	241	3.298.468	101.814	2.110.855	895.799	32 %	575.241	420.558	14 %	433.603	-13.045	0 %	79 %
133 - OUTRAS CIRURGIAS DO OUVIDO, NARIZ, BOCA E GARGANTA	43	263.038	6.387	90.558	156.093	63 %	64.313	91.780	37 %	68.489	23.291	9 %	170 %
134 - OUTRAS CIRURGIAS DO OUVIDO, NARIZ, BOCA E GARGANTA	3633	3.582.309	240.473	685.526	2.656.310	79 %	821.248	1.735.062	62 %	433.374	1.301.688	39 %	35 %
135 - CIRURGIAS DE SEIOS FACIAIS E MASTÓIDE COM COMCC	11	221.809	18.652	30.670	172.487	85 %	9.075	163.412	80 %	58.177	105.235	52 %	453 %
136 - CIRURGIAS DE SEIOS FACIAIS E MASTÓIDE SEM COMCC	494	2.019.841	174.515	289.179	1.556.147	84 %	231.493	1.324.654	72 %	144.361	1.180.293	64 %	-22 %
137 - CIRURGIAS DE BOCA COM COMCC	4	13.407	0	17.906	-3.601	-27 %	21.403	-25.004	-186 %	879	-25.883	-193 %	420 %
138 - CIRURGIAS DE BOCA SEM COMCC	37	101.675	2.678	54.609	44.388	45 %	36.250	8.138	8 %	20.543	-12.405	-13 %	89 %
139 - CIRURGIAS DA GLÂNDULA SALIVAR	81	485.646	15.148	154.267	316.231	67 %	53.308	262.923	56 %	132.356	130.567	28 %	25 %
146 - NEOPLASIA DO OUVIDO, NARIZ, BOCA E GARGANTA COM	8	129.446	12.206	14.990	101.250	87 %	13.608	87.642	75 %	26.114	61.628	63 %	38 %
147 - NEOPLASIA DO OUVIDO, NARIZ, BOCA E GARGANTA COM CC	25	211.243	7.930	13.716	189.597	93 %	28.922	160.675	79 %	82.631	78.044	38 %	-9 %
148 - NEOPLASIA DO OUVIDO, NARIZ, BOCA E GARGANTA SEM	27	94.013	7.984	7.429	78.600	91 %	11.980	66.620	77 %	16.271	50.349	59 %	-43 %
149 - DESEQUILÍBRIO	43	116.025	1.229	14.929	100.767	88 %	20.377	80.390	70 %	36.404	43.990	38 %	5 %

Desempenho Econômico por DRG

Período da Atividade: 01/04/2019 a 31/03/2020

Descrição do DRG	Quantidade de Intervenções	Receita Bruta	Deduções da Receita	Custo Variável	Margem de Contribuição R\$	%	Custo Fixo Direto	Margem Direta R\$	%	Custo Rateio	Resultado Operacional R\$	%	Permanência Realiz./Provisão
151 - EPISTAXE SEM MCC	13	14.938	1.067	1.800	12.072	87 %	7.842	4.230	39 %	2.062	2.168	18 %	-38 %
152 - OTITE MÉDIA E INFECÇÃO DO TRATO RESPIRATÓRIO	7	59.796	0	7.463	62.323	89 %	4.182	58.141	83 %	23.231	34.910	50 %	50 %
153 - OTITE MÉDIA E INFECÇÃO DO TRATO RESPIRATÓRIO	133	443.838	8.237	74.255	361.346	83 %	108.157	253.188	58 %	184.062	69.127	16 %	37 %
154 - OUTROS DIAGNÓSTICOS DO OUVIDO, NARIZ, BOCA E	5	11.078	4	2.368	8.708	79 %	1.448	7.320	66 %	793	5.527	59 %	56 %
155 - OUTROS DIAGNÓSTICOS DO OUVIDO, NARIZ, BOCA E	8	47.261	0	6.104	41.157	87 %	1.499	39.658	84 %	11.823	27.835	59 %	63 %
156 - OUTROS DIAGNÓSTICOS DO OUVIDO, NARIZ, BOCA E	45	119.911	2.959	14.279	103.073	86 %	42.920	60.153	51 %	17.028	43.125	37 %	110 %
157 - DOENÇAS DENTÁRIAS E ORAS COM MCC	2	12.083	0	1.413	11.570	89 %	4.197	7.373	57 %	7.225	148	1 %	-3 %
158 - DOENÇAS DENTÁRIAS E ORAS COM CC	13	36.419	0	9.468	26.951	74 %	8.925	18.126	50 %	26.319	-7.193	-20 %	13 %
159 - DOENÇAS DENTÁRIAS E ORAS SEM COMCC	106	406.436	631	121.903	282.902	70 %	34.114	248.788	61 %	132.471	116.317	29 %	68 %
163 - CIRURGIAS TORÁCICAS MAIORES COM MCC	33	2.683.886	40.125	845.710	1.798.051	68 %	453.073	1.344.978	51 %	238.923	1.106.055	42 %	84 %
164 - CIRURGIAS TORÁCICAS MAIORES COM CC	96	1.652.809	7.291	1.020.518	625.011	38 %	956.416	-331.405	-20 %	296.176	-629.581	-38 %	114 %
165 - CIRURGIAS TORÁCICAS MAIORES SEM COMCC	229	2.241.338	26.853	1.961.065	253.420	11 %	1.244.013	-990.593	-45 %	308.190	-1.298.793	-59 %	73 %
166 - OUTRAS CIRURGIAS DO SISTEMA RESPIRATÓRIO COM MCC	37	1.326.924	41.808	216.149	1.068.967	83 %	365.904	703.063	55 %	266.213	436.850	34 %	40 %
167 - OUTRAS CIRURGIAS DO SISTEMA RESPIRATÓRIO COM CC	501	1.180.379	13.762	379.622	786.975	67 %	599.348	187.627	16 %	226.565	-38.938	-3 %	64 %
168 - OUTRAS CIRURGIAS DO SISTEMA RESPIRATÓRIO SEM	125	1.491.025	11.326	555.791	923.908	62 %	459.121	464.787	31 %	120.070	344.717	23 %	78 %
172 - DOENÇAS RESPIRATÓRIAS COM TRAQUEOSTOMIA E SEM VM	2	489.119	0	34.668	454.451	93 %	22.377	432.074	89 %	56.544	375.530	77 %	289 %
173 - DOENÇAS RESPIRATÓRIAS COM TRAQUEOSTOMIA E SEM VM	2	7.512	0	0	7.512	100 %	2.715	4.797	64 %	5.340	-543	-7 %	-43 %
174 - DOENÇAS RESPIRATÓRIAS COM TRAQUEOSTOMIA E SEM VM	3	37.941	4.631	11.148	22.162	67 %	18.594	3.568	11 %	954	2.614	8 %	41 %
175 - EMBOLIA PULMONAR COM MCC	31	301.848	11	24.069	277.768	92 %	34.712	243.056	81 %	67.941	175.115	58 %	-15 %
176 - EMBOLIA PULMONAR SEM MCC	131	680.527	5.067	129.118	546.342	81 %	306.274	238.068	36 %	142.000	96.068	14 %	5 %
177 - INFECÇÕES RESPIRATÓRIAS E INFLAMAÇÕES COM MCC	36	329.192	3.431	62.793	262.968	81 %	64.926	198.042	61 %	107.938	90.104	28 %	-23 %
178 - INFECÇÕES RESPIRATÓRIAS E INFLAMAÇÕES COM CC	61	695.235	14.280	85.379	595.576	87 %	115.156	480.420	71 %	112.350	368.070	54 %	20 %
179 - INFECÇÕES RESPIRATÓRIAS E INFLAMAÇÕES SEM COMCC	70	483.669	2.115	195.828	285.726	59 %	526.008	-240.282	-50 %	106.900	-348.152	-72 %	115 %
180 - NEOPLASIAS RESPIRATÓRIAS COM MCC	23	655.089	3.540	97.415	554.134	85 %	26.550	525.584	81 %	80.311	445.273	68 %	23 %
181 - NEOPLASIAS RESPIRATÓRIAS COM CC	50	380.586	2.115	103.321	275.150	73 %	95.755	179.395	47 %	82.755	96.640	26 %	8 %
182 - NEOPLASIAS RESPIRATÓRIAS SEM COMCC	64	313.035	1.787	89.647	230.601	74 %	141.011	89.590	29 %	71.062	18.528	6 %	59 %
183 - TRAUMA TORÁCICO MAIOR COM MCC	2	11.827	0	1.368	10.451	88 %	390	10.071	85 %	4.916	5.155	44 %	36 %
184 - TRAUMA TORÁCICO MAIOR COM CC	4	16.423	0	2.180	14.243	87 %	592	13.651	83 %	7.650	6.001	37 %	29 %
185 - TRAUMA TORÁCICO MAIOR SEM COMCC	11	46.555	0	7.823	38.732	83 %	7.048	31.684	68 %	19.368	12.328	26 %	23 %
186 - DERRAME PLEURAL COM MCC	4	45.594	0	10.448	35.146	77 %	2.362	32.784	72 %	18.794	13.990	31 %	102 %
187 - DERRAME PLEURAL COM CC	18	127.595	716	29.567	87.312	77 %	55.932	41.380	33 %	90.069	-48.669	-38 %	12 %
188 - DERRAME PLEURAL SEM COMCC	22	95.389	0	22.627	72.772	76 %	45.160	27.612	29 %	18.831	8.781	9 %	49 %
189 - EDEMA PULMONAR E INSUFICIÊNCIA RESPIRATÓRIA	148	1.519.356	46.985	217.346	1.255.025	85 %	405.419	849.606	58 %	576.767	272.838	19 %	12 %
190 - DOENÇA PULMONAR OBSTRUTIVA CRÔNICA COM MCC	87	716.926	25.150	76.167	615.609	89 %	168.349	447.259	65 %	177.499	269.760	39 %	-10 %
191 - DOENÇA PULMONAR OBSTRUTIVA CRÔNICA COM CC	86	687.163	13.664	168.283	505.216	75 %	428.711	78.505	12 %	201.519	-123.014	-18 %	22 %
192 - DOENÇA PULMONAR OBSTRUTIVA CRÔNICA SEM COMCC	91	577.372	9.259	92.636	475.474	84 %	170.602	304.872	54 %	143.272	161.600	28 %	7 %
193 - PNEUMONIA SIMPLES E PLEURISIA COM MCC	153	2.488.543	26.904	307.433	2.154.206	88 %	454.169	1.700.037	69 %	809.796	790.241	32 %	2 %
194 - PNEUMONIA SIMPLES E PLEURISIA COM CC	297	2.565.348	42.936	592.364	2.029.048	80 %	792.717	1.227.332	49 %	718.030	509.302	20 %	22 %
195 - PNEUMONIA SIMPLES E PLEURISIA SEM COMCC	437	2.510.909	36.308	342.148	2.132.456	86 %	667.439	1.465.017	59 %	516.170	848.847	38 %	23 %
196 - DOENÇA PULMONAR INTERSTICIAL COM MCC	3	111.943	13.762	4.631	94.150	96 %	1.588	92.562	94 %	9.729	82.833	84 %	77 %
197 - DOENÇA PULMONAR INTERSTICIAL COM CC	5	47.188	0	7.340	39.848	84 %	6.519	33.330	71 %	16.217	17.113	36 %	-14 %
198 - DOENÇA PULMONAR INTERSTICIAL SEM COMCC	17	88.450	569	12.637	75.244	86 %	12.129	64.115	72 %	15.918	48.197	54 %	-41 %
199 - PNEUMOTÓRAX COM MCC	5	70.147	0	11.151	58.996	84 %	29.859	29.137	42 %	139	29.998	41 %	39 %
200 - PNEUMOTÓRAX COM CC	9	31.312	0	5.568	25.744	82 %	15.966	9.778	31 %	2.723	7.055	23 %	8 %

Desempenho Econômico por DRG													
Período da Alta 01/04/2019 a 31/03/2020													
Descrição do DRG	Quantidade de Internações	Receita Bruta	Deduções da Receita	Custo Variável	Margem de Contribuição R\$	%	Custo Fixo Direto	Margem Direta R\$	%	Custo Rateio	Resultado Operacional R\$	%	Permanência Realiz. Provisão
151 - EPITAXE SEM MCC	13	14.930	1.067	1.800	12.072	87 %	7.842	4.230	30 %	2.062	2.168	16 %	-38 %
152 - OTITE MÉDIA E INFECÇÃO DO TRATO RESPIRATÓRIO	7	69.766	0	7.463	62.323	89 %	4.182	58.141	83 %	23.231	34.910	50 %	59 %
153 - OTITE MÉDIA E INFECÇÃO DO TRATO RESPIRATÓRIO	133	443.836	8.237	74.266	361.346	83 %	108.157	253.189	58 %	164.062	68.127	16 %	37 %
154 - OUTROS DIAGNÓSTICOS DO OUVÍDO, NARIZ, BOCA E	6	11.078	4	2.306	8.768	79 %	1.448	7.320	66 %	793	8.527	69 %	56 %
155 - OUTROS DIAGNÓSTICOS DO OUVÍDO, NARIZ, BOCA E	8	47.261	0	6.104	41.157	87 %	1.499	39.658	84 %	11.623	27.635	59 %	63 %
156 - OUTROS DIAGNÓSTICOS DO OUVÍDO, NARIZ, BOCA E	45	119.911	2.559	14.279	103.073	86 %	42.920	60.153	51 %	17.028	43.125	37 %	110 %
157 - DOENÇAS DENTÁRIAS E ORAS COM MCC	2	12.063	0	1.413	11.570	89 %	4.197	7.373	57 %	7.225	148	1 %	-3 %
158 - DOENÇAS DENTÁRIAS E ORAS COM CC	13	36.419	0	9.468	26.951	74 %	8.625	18.326	50 %	25.319	-7.183	-20 %	13 %
159 - DOENÇAS DENTÁRIAS E ORAS SEM CC/MCC	196	406.436	631	121.903	282.902	70 %	34.114	248.788	61 %	132.471	116.317	29 %	68 %
163 - CIRURGIAS TORÁCIAS MAIORES COM MCC	33	2.883.886	40.125	845.710	1.798.051	68 %	453.073	1.344.978	51 %	238.923	1.106.056	42 %	84 %
164 - CIRURGIAS TORÁCIAS MAIORES COM CC	96	1.652.820	7.291	1.020.518	625.011	38 %	956.416	-331.405	-20 %	258.176	-629.561	-38 %	114 %
165 - CIRURGIAS TORÁCIAS MAIORES SEM CC/MCC	229	2.241.338	26.653	1.961.065	253.620	11 %	1.244.013	-989.593	-45 %	306.190	-1.298.783	-59 %	73 %
166 - OUTRAS CIRURGIAS DO SISTEMA RESPIRATÓRIO COM MCC	37	1.326.924	41.808	216.149	1.068.967	83 %	366.904	703.063	55 %	266.213	436.850	34 %	40 %
167 - OUTRAS CIRURGIAS DO SISTEMA RESPIRATÓRIO COM CC	191	1.189.379	13.782	379.622	796.975	67 %	596.348	197.627	16 %	226.595	-38.938	-3 %	64 %
168 - OUTRAS CIRURGIAS DO SISTEMA RESPIRATÓRIO SEM	125	1.491.025	11.326	555.791	923.908	62 %	459.121	464.787	31 %	120.070	344.717	23 %	79 %
172 - DOENÇAS RESPIRATÓRIAS COM TRAQUEOSTOMIA E SEM VM	2	489.119	0	34.668	454.451	93 %	22.377	432.074	89 %	56.544	375.530	77 %	289 %
173 - DOENÇAS RESPIRATÓRIAS COM TRAQUEOSTOMIA E SEM VM	2	7.512	0	0	7.512	100 %	2.715	4.797	64 %	5.340	-543	-7 %	-43 %
174 - DOENÇAS RESPIRATÓRIAS COM TRAQUEOSTOMIA E SEM VM	3	37.941	4.631	11.148	22.162	67 %	16.594	3.668	11 %	964	2.614	8 %	41 %
175 - EMBOLIA PULMONAR COM MCC	31	391.848	11	24.069	277.768	92 %	34.712	243.056	61 %	67.941	175.115	58 %	-15 %
176 - EMBOLIA PULMONAR SEM MCC	131	680.527	5.067	129.118	546.342	81 %	306.274	238.068	35 %	142.000	96.068	14 %	5 %
177 - INFECÇÕES RESPIRATÓRIAS E INFLAMAÇÕES COM MCC	38	329.192	3.431	62.793	262.968	81 %	64.926	198.042	61 %	107.938	90.104	28 %	-23 %
178 - INFECÇÕES RESPIRATÓRIAS E INFLAMAÇÕES COM CC	61	695.235	14.280	85.379	595.576	87 %	115.156	480.420	71 %	112.350	388.070	54 %	20 %
179 - INFECÇÕES RESPIRATÓRIAS E INFLAMAÇÕES SEM CC/MCC	70	493.699	2.116	195.828	295.755	59 %	526.008	-248.252	-50 %	106.900	-348.152	-72 %	115 %
180 - NEOPLASIAS RESPIRATÓRIAS COM MCC	23	655.069	3.540	97.415	654.134	85 %	26.550	625.584	81 %	80.311	445.273	68 %	23 %
181 - NEOPLASIAS RESPIRATÓRIAS COM CC	50	380.586	2.115	193.321	275.150	73 %	95.795	179.355	47 %	62.795	96.640	29 %	8 %
182 - NEOPLASIAS RESPIRATÓRIAS SEM CC/MCC	54	313.035	1.787	80.647	230.601	74 %	141.011	88.590	29 %	71.062	18.528	6 %	59 %
183 - TRAUMA TORÁCICO MAIOR COM MCC	2	11.827	0	1.366	10.461	88 %	390	10.071	85 %	4.916	5.155	44 %	36 %
184 - TRAUMA TORÁCICO MAIOR COM CC	4	16.423	0	2.180	14.243	87 %	592	13.651	83 %	7.660	6.001	37 %	29 %
185 - TRAUMA TORÁCICO MAIOR SEM CC/MCC	11	48.555	0	7.823	38.732	83 %	7.046	31.686	68 %	19.308	12.328	26 %	23 %
186 - DERRAME PLEURAL COM MCC	4	46.594	0	19.448	35.146	77 %	2.362	32.784	72 %	16.794	13.960	31 %	102 %
187 - DERRAME PLEURAL COM CC	18	127.595	716	29.567	97.312	77 %	55.932	41.380	33 %	90.069	-48.688	-38 %	12 %
188 - DERRAME PLEURAL SEM CC/MCC	22	95.399	0	22.627	72.772	76 %	45.160	27.612	29 %	18.831	8.781	9 %	48 %
189 - EDEMA PULMONAR E INSUFICIÊNCIA RESPIRATÓRIA	148	1.519.356	48.995	217.346	1.253.025	85 %	405.419	848.606	58 %	576.767	272.839	19 %	12 %
190 - DOENÇA PULMONAR OBSTRUTIVA CRÔNICA COM MCC	57	716.925	25.150	76.167	615.608	89 %	168.349	447.259	65 %	177.499	269.760	39 %	-10 %
191 - DOENÇA PULMONAR OBSTRUTIVA CRÔNICA COM CC	88	687.163	13.664	166.283	507.216	75 %	426.711	78.505	12 %	201.519	-123.014	-18 %	22 %
192 - DOENÇA PULMONAR OBSTRUTIVA CRÔNICA SEM CC/MCC	91	577.372	9.259	92.638	475.474	84 %	170.602	304.872	54 %	143.272	161.600	28 %	7 %
193 - PNEUMONIA SIMPLES E PLEURISIA COM MCC	153	2.488.543	25.904	307.433	2.154.206	88 %	454.169	1.700.037	69 %	806.796	790.241	32 %	2 %
194 - PNEUMONIA SIMPLES E PLEURISIA COM CC	297	2.566.348	42.935	592.364	2.029.049	80 %	792.717	1.227.332	49 %	718.030	509.302	20 %	22 %
195 - PNEUMONIA SIMPLES E PLEURISIA SEM CC/MCC	437	2.510.909	36.308	342.145	2.132.456	86 %	667.439	1.465.017	59 %	516.170	948.847	38 %	23 %
196 - DOENÇA PULMONAR INTERSTICIAL COM MCC	3	111.643	13.762	4.031	94.150	96 %	1.588	92.562	94 %	9.729	82.833	84 %	77 %
197 - DOENÇA PULMONAR INTERSTICIAL COM CC	5	47.188	0	7.340	38.848	84 %	6.518	32.330	71 %	16.217	17.113	36 %	-14 %
198 - DOENÇA PULMONAR INTERSTICIAL SEM CC/MCC	17	89.450	569	12.637	76.244	86 %	12.129	64.115	72 %	15.910	48.197	54 %	-41 %
199 - PNEUMOTÓRAX COM MCC	5	70.147	0	11.151	58.996	84 %	29.859	29.137	42 %	139	28.998	41 %	38 %
205 - PNEUMOTÓRAX COM CC	8	31.312	0	6.668	25.744	82 %	15.666	9.778	31 %	2.723	7.055	23 %	6 %

Desempenho Econômico por DRG													
Período da Alta: 01/04/2019 a 31/03/2020													
Descrição do DRG	Quantidade de Internações	Receita Bruta	Deduções da Receita	Custo Variável	Margem de Contribuição R\$	%	Custo Fixo Direto	Margem Direta R\$	%	Custo Rateio	Resultado Operacional R\$	%	Permanência Realiz./Previsão
201 - PNEUMOTORAX SEM COMCC	6	8.193	0	1.778	6.415	78%	5.742	673	8%	0	673	8%	-31%
202 - BRONQUITE E ASMA COM COMCC	57	430.613	2.095	52.193	376.355	88%	58.784	317.571	74%	250.072	67.499	16%	13%
203 - BRONQUITE E ASMA SEM COMCC	121	416.542	11.036	49.016	356.490	86%	103.323	253.167	62%	181.349	71.818	18%	19%
204 - SINAIS E SINTOMAS RESPIRATÓRIOS	57	381.554	9.164	138.311	234.079	63%	383.517	-149.438	-40%	243.245	-392.683	-105%	109%
205 - OUTROS DIAGNÓSTICOS DO SISTEMA RESPIRATÓRIO COM	10	316.894	384	25.741	290.769	92%	12.597	278.172	88%	37.672	240.500	76%	71%
206 - OUTROS DIAGNÓSTICOS DO SISTEMA RESPIRATÓRIO SEM	71	773.743	2.313	96.125	675.305	88%	128.349	546.956	71%	134.843	412.113	53%	67%
207 - DIAGNÓSTICO DO SISTEMA RESPIRATÓRIO COM USO DE	68	4.576.106	219.496	434.524	3.922.086	86%	1.204.155	2.717.931	62%	647.403	2.070.528	48%	7%
208 - DIAGNÓSTICO DO SISTEMA RESPIRATÓRIO COM USO DE	81	2.160.594	46.439	268.256	1.845.899	87%	395.300	1.450.519	69%	255.835	1.194.684	67%	-10%
215 - OUTRO IMPLANTE DE SISTEMA CARDÍACO ASSISTIDO	1	52.878	0	34.827	18.051	34%	5.289	12.762	24%	14.130	-1.368	-3%	-49%
216 - VALVOPLASTIA CARDÍACA E OUTRAS CIRURGIAS MAIORES	9	516.169	31.522	79.559	405.088	84%	207.611	197.477	41%	46.757	150.720	31%	13%
217 - VALVOPLASTIA CARDÍACA E OUTRAS CIRURGIAS MAIORES	9	875.131	17.332	470.980	386.819	45%	68.067	318.752	37%	39.457	279.295	33%	-10%
218 - VALVOPLASTIA CARDÍACA E OUTRAS CIRURGIAS MAIORES	20	1.509.348	37.138	851.760	620.450	42%	183.605	436.845	30%	47.619	389.226	26%	42%
219 - VALVOPLASTIA CARDÍACA E OUTRAS CIRURGIAS MAIORES	15	1.419.812	30.922	385.275	1.003.615	72%	95.507	908.108	65%	178.976	729.132	52%	48%
220 - VALVOPLASTIA CARDÍACA E OUTRAS CIRURGIAS MAIORES	41	1.784.309	77.242	1.214.149	492.918	29%	586.215	-93.297	-5%	119.778	-294.075	-12%	51%
221 - VALVOPLASTIA CARDÍACA E OUTRAS CIRURGIAS	127	3.504.794	123.180	1.922.598	1.459.016	43%	972.135	486.881	14%	151.275	335.606	10%	28%
227 - IMPLANTE DE DESFIBRILADOR CARDÍACO SEM	11	353.666	85	289.485	64.096	18%	41.472	22.624	6%	171.469	-148.845	-42%	153%
228 - OUTRAS CIRURGIAS CARDIOTORÁCCICAS COM MCC	3	41.835	2.173	0	39.662	100%	24.801	14.861	37%	0	14.861	37%	-14%
229 - OUTRAS CIRURGIAS CARDIOTORÁCCICAS COM CC	25	687.138	82.213	177.611	427.414	72%	75.872	381.542	60%	36.158	345.384	54%	-20%
233 - BYPASS CORONARIANO COM CATETERISMO CARDÍACO COM	6	500.127	19.721	100.445	379.961	79%	14.214	365.747	76%	26.575	339.172	71%	-40%
234 - BYPASS CORONARIANO COM CATETERISMO CARDÍACO SEM	39	1.430.790	74.993	425.641	930.156	69%	386.655	563.501	42%	171.178	392.323	29%	-16%
235 - BYPASS CORONARIANO SEM CATETERISMO CARDÍACO COM	11	842.161	40.972	259.471	541.718	68%	119.840	421.878	53%	98.208	323.670	40%	1%
236 - BYPASS CORONARIANO SEM CATETERISMO CARDÍACO SEM	86	2.916.257	140.666	1.046.466	1.429.125	58%	844.239	584.886	24%	154.286	430.600	17%	12%
239 - AMPUTAÇÃO POR DOENÇA DO SISTEMA CIRCULATÓRIO	10	225.719	4.668	84.964	136.987	62%	120.668	16.319	7%	37.292	-20.973	-9%	33%
240 - AMPUTAÇÃO POR DOENÇA DO SISTEMA CIRCULATÓRIO	9	248.224	6.074	31.193	206.957	87%	20.785	186.172	78%	49.360	136.812	58%	14%
241 - AMPUTAÇÃO POR DOENÇA DO SISTEMA CIRCULATÓRIO	15	77.482	1.997	40.922	34.663	45%	77.267	-42.604	-56%	10.960	-53.564	-71%	-1%
242 - IMPLANTE DE MARCAPASSO CARDÍACO PERMANENTE COM	6	255.933	0	48.813	207.120	81%	14.526	192.594	75%	43.919	148.675	58%	20%
243 - IMPLANTE DE MARCAPASSO CARDÍACO PERMANENTE COM	44	984.429	21.089	302.489	540.841	54%	169.634	371.207	44%	74.334	296.873	35%	31%
244 - IMPLANTE DE MARCAPASSO CARDÍACO PERMANENTE SEM	126	1.521.404	17.819	869.997	633.597	42%	341.607	291.990	19%	257.319	34.671	2%	57%
245 - PROCEDIMENTOS EM GERADOR DO DESFIBRILADOR	7	413.068	6.092	154.685	252.281	62%	22.384	229.897	56%	8.072	221.825	55%	12%
246 - CIRURGIA CARDIOVASCULAR PERCUTÂNEA COM STENT	203	5.254.674	119.431	1.681.455	3.463.788	67%	893.708	2.570.080	50%	859.796	1.710.284	33%	50%
247 - CIRURGIA CARDIOVASCULAR PERCUTÂNEA COM STENT	756	8.590.321	189.673	2.806.752	5.593.696	67%	1.764.483	3.829.213	46%	1.126.864	2.702.349	32%	8%
248 - CIRURGIA CARDIOVASCULAR PERCUTÂNEA COM STENT	4	74.713	0	41.532	33.181	44%	11.794	21.387	29%	34.785	-13.398	-18%	-6%
249 - CIRURGIA CARDIOVASCULAR PERCUTÂNEA COM STENT	91	1.045.698	3.433	512.284	529.981	51%	257.562	272.399	26%	132.201	140.198	13%	23%
250 - CIRURGIA CARDIOVASCULAR PERCUTÂNEA SEM STENT DE	8	480.226	0	47.369	432.857	90%	16.539	416.318	87%	47.076	389.240	77%	245%

Desempenho Econômico por DRG

Período da Alta: 01/04/2019 a 31/03/2020

Descrição do DRG	Quantidade de Internações	Receita Bruta	Deduções da Receita	Custo Variável	Margem de Contribuição R\$	Margem de Contribuição %	Custo Fixo Direto	Margem Direta R\$	Margem Direta %	Custo Rateios	Resultado Operacional R\$	Resultado Operacional %	Permanência Realiz./Previsão
251 - CIRURGIA CARDIOVASCULAR PERCUTÂNEA SEM STENT DE	47	995.707	1.321	464.797	529.679	53%	174.023	355.656	36%	148.506	209.150	21%	170%
252 - OUTRAS CIRURGIAS VASCULARES COM MCC	13	802.552	4.122	150.315	648.115	81%	43.105	605.010	76%	99.931	505.079	63%	245%
253 - OUTRAS CIRURGIAS VASCULARES COM CC	39	1.058.893	11.608	443.381	603.904	58%	129.972	473.932	45%	148.230	327.702	31%	92%
254 - OUTRAS CIRURGIAS VASCULARES SEM COMCC	147	3.135.357	19.273	1.387.372	1.728.712	55%	441.794	1.286.918	41%	213.907	1.073.011	34%	148%
255 - AMPUTAÇÃO DE MEMBRO SUPERIOR E PODODÁCTILOS POR	1	-	0	0	0		15.396	-15.396		0	-15.396		74%
256 - AMPUTAÇÃO DE MEMBRO SUPERIOR E PODODÁCTILOS POR	9	532.802	7.366	40.863	484.673	92%	7.295	477.578	91%	36.717	440.861	84%	139%
257 - AMPUTAÇÃO DE MEMBRO SUPERIOR E PODODÁCTILOS POR	9	139.063	916	9.006	129.141	93%	7.300	112.838	87%	22.356	90.482	70%	-43%
258 - REPOSIÇÃO DE MARCAPASSO CARDÍACO COM MCC	1	-	0	0	0		95.362	-95.362		0	-95.362		60%
259 - REPOSIÇÃO DE MARCAPASSO CARDÍACO SEM MCC	5	15.749	0	9.219	6.530	41%	219.504	-212.974	-1.352%	7.824	-220.798	-1.402%	103%
262 - REVISÃO DE MARCAPASSO CARDÍACO EXCETO REPOSIÇÃO	3	134.739	0	68.225	66.514	49%	11.570	54.944	41%	2.193	52.751	39%	42%
263 - LIGADURA E REMOÇÃO DE VEIA	880	1.855.785	136.406	182.251	1.337.128	88%	671.155	665.973	44%	102.438	563.535	37%	65%
264 - OUTRAS CIRURGIAS DO SISTEMA CIRCULATORIO	50	941.235	5.150	418.964	517.121	55%	307.858	209.263	22%	221.474	-12.211	-1%	135%
265 - PROCEDIMENTOS EM ELETRODOS DO DESFIBRILADOR	10	350.053	25.588	163.453	160.914	50%	2.129	158.785	49%	1.150	157.635	49%	273%
268 - PROCEDIMENTOS AÓRTICOS E DE SUPORTE	6	779.383	8.483	182.679	579.241	75%	19.749	559.492	73%	48.607	510.885	67%	67%
269 - PROCEDIMENTOS AÓRTICOS E DE SUPORTE	50	2.748.596	57.043	1.042.715	1.646.838	61%	857.037	789.801	29%	129.632	660.169	25%	58%
270 - OUTROS PROCEDIMENTOS CARDIOVASCULARES MAIORES	11	525.791	7.834	95.165	422.992	82%	24.654	398.338	77%	41.875	356.463	69%	73%
271 - OUTROS PROCEDIMENTOS CARDIOVASCULARES MAIORES	23	495.082	9.148	307.869	178.067	37%	237.858	-56.791	-12%	86.945	-148.736	-30%	46%
272 - OUTROS GRANDES PROCEDIMENTOS CARDIOVASCULARES	64	850.104	9.274	332.485	508.385	60%	341.706	166.659	20%	81.910	84.749	10%	72%
273 - PROCEDIMENTOS INTRACARDÍACOS PERCUTÂNEOS COM	5	53.496	318	33.949	19.229	36%	51.512	-32.283	-61%	10.545	-42.828	-81%	102%
274 - PROCEDIMENTOS INTRACARDÍACOS PERCUTÂNEOS SEM	324	4.028.614	80.323	1.831.219	2.117.272	54%	824.163	1.293.109	33%	225.864	1.067.245	27%	67%
280 - INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO COM MCC	24	474.254	10.905	53.134	410.215	89%	83.269	316.946	68%	41.251	275.695	60%	-1%
281 - INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO COM CC	32	394.624	9.055	56.993	328.576	85%	55.085	273.491	71%	57.185	216.306	56%	4%
282 - INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO SEM COMCC	146	2.193.712	20.096	474.346	1.699.270	78%	442.983	1.256.287	58%	351.312	904.975	42%	5%
286 - DOENÇAS CIRCULATORIAS EXCETO IAM COM	21	465.777	6.403	188.119	271.255	59%	140.860	130.395	28%	27.390	103.005	22%	99%
287 - DOENÇAS CIRCULATORIAS EXCETO IAM COM	305	2.923.641	34.323	1.030.865	1.853.453	64%	676.951	1.176.502	41%	312.041	864.461	30%	163%
288 - ENDOCARDITE AGUDA E SUBAGUDA COM MCC	4	483.606	54.350	771	428.487	100%	4.199	424.288	89%	7.263	417.025	87%	30%
289 - ENDOCARDITE AGUDA E SUBAGUDA COM CC	3	75.364	0	19.367	56.997	74%	6.050	47.939	64%	30.166	17.773	24%	-34%
290 - ENDOCARDITE AGUDA E SUBAGUDA SEM COMCC	4	67.185	0	15.111	52.074	78%	37.543	14.531	22%	2.216	12.315	18%	82%
291 - INSUFICIÊNCIA CARDÍACA E CHOCUE COM MCC	68	1.735.186	64.084	83.811	1.587.291	95%	338.769	1.248.522	75%	152.494	1.095.028	66%	20%
292 - INSUFICIÊNCIA CARDÍACA E CHOCUE COM CC	169	1.638.186	41.435	265.614	1.331.137	83%	699.828	631.309	40%	487.632	143.677	9%	16%
293 - INSUFICIÊNCIA CARDÍACA E CHOCUE SEM COMCC	209	1.671.039	29.481	279.749	1.361.909	83%	627.467	634.342	51%	252.669	581.673	35%	37%
294 - TROMBOFLEBITE DE VEIA PROFUNDA COM COMCC	16	66.127	637	13.543	51.947	79%	63.261	-11.314	-17%	23.180	-34.494	-53%	43%
295 - TROMBOFLEBITE DE VEIA PROFUNDA SEM COMCC	24	34.162	23	4.779	29.360	86%	7.706	21.652	63%	8.659	12.993	36%	-29%
296 - PARADA CARDÍACA NÃO EXPLICADA COM MCC	5	159.612	0	30.420	129.192	81%	58.376	70.816	44%	2.768	68.048	43%	-10%
297 - PARADA CARDÍACA NÃO EXPLICADA COM CC	6	222.747	0	4.040	218.707	98%	13.253	205.474	92%	16.654	188.820	85%	154%
298 - PARADA CARDÍACA NÃO EXPLICADA SEM COMCC	6	5.165	8	6.850	-1.693	-33%	23.457	-25.150	-488%	20.828	-45.978	-902%	-66%
299 - DOENÇAS VASCULARES PERIFÉRICAS COM MCC	24	419.251	8.948	49.483	361.820	88%	62.190	299.630	72%	88.614	201.016	50%	66%
300 - DOENÇAS VASCULARES PERIFÉRICAS COM CC	70	1.197.699	2.367	711.857	483.475	40%	116.101	367.374	31%	200.433	186.941	14%	16%

Desempenho Econômico por DRG

Período da Alta: 01/04/2019 a 31/03/2020

Descrição do DRG	Quantidade de Internações	Receita Bruta	Deduções da Receita	Custo Variável	Margem de Contribuição R\$	%	Custo Fixo Direto	Margem Direta R\$	%	Custo Relativo	Resultado Operacional R\$	%	Permanência Realiz./Previsão
301 - DOENÇAS VASCULARES PERIFÉRICAS SEM COMORBIDADES	164	1.483.494	12.356	732.581	738.547	50 %	158.849	578.698	39 %	239.897	347.801	24 %	12 %
302 - ATROSCLEROSE COM COMORBIDADES	6	67.004	7.070	431	59.503	89 %	111	58.392	89 %	600	58.793	88 %	-35 %
303 - ATROSCLEROSE SEM COMORBIDADES	17	56.444	2.987	8.258	45.199	85 %	33.647	11.552	22 %	4.320	7.232	14 %	26 %
304 - HIPERTENSÃO COM COMORBIDADES	4	18.694	7	505	18.182	97 %	335	17.847	96 %	3.670	14.177	76 %	29 %
305 - HIPERTENSÃO SEM COMORBIDADES	32	255.743	5.586	31.933	218.224	87 %	38.234	179.990	72 %	32.870	147.120	59 %	136 %
306 - DOENÇA CARDÍACA CONGÊNITA E VALVAR COM COMORBIDADES	2	8.960	0	1.127	7.833	87 %	4.367	3.466	39 %	0	3.466	39 %	45 %
307 - DOENÇA CARDÍACA CONGÊNITA E VALVAR SEM COMORBIDADES	21	293.908	0	68.808	225.100	77 %	53.204	171.896	58 %	29.893	142.003	48 %	102 %
308 - ARRITMIA CARDÍACA E DISTÚRBIOS DE CONDUÇÃO COM COMORBIDADES	24	288.132	4.824	34.274	230.034	87 %	79.103	150.931	57 %	81.797	69.134	26 %	21 %
309 - ARRITMIA CARDÍACA E DISTÚRBIOS DE CONDUÇÃO SEM COMORBIDADES	56	337.241	12.987	43.267	281.877	87 %	91.304	190.573	59 %	51.467	139.106	43 %	-10 %
310 - ARRITMIA CARDÍACA E DISTÚRBIOS DE CONDUÇÃO SEM COMORBIDADES	190	948.586	25.572	285.967	637.947	69 %	216.934	421.013	46 %	128.590	292.423	32 %	26 %
311 - ANGINA PECTORIS	82	512.317	5.756	75.824	430.737	85 %	142.548	288.189	57 %	78.757	209.432	41 %	3 %
312 - SÍNCOPE E COLAPSO	63	194.113	1.488	26.411	166.204	86 %	60.234	105.970	55 %	54.899	41.071	21 %	-10 %
313 - DOR TORÁCICA	66	142.675	4.088	22.834	115.655	84 %	65.165	50.490	36 %	70.870	-20.480	-15 %	2 %
314 - OUTROS DIAGNÓSTICOS DO SISTEMA CIRCULATÓRIO COM COMORBIDADES	17	159.625	6	24.952	134.657	84 %	30.894	103.763	65 %	30.094	73.759	45 %	39 %
315 - OUTROS DIAGNÓSTICOS DO SISTEMA CIRCULATÓRIO COM COMORBIDADES	23	228.984	2.478	17.434	209.072	92 %	18.156	190.916	84 %	14.711	176.205	78 %	48 %
316 - OUTROS DIAGNÓSTICOS DO SISTEMA CIRCULATÓRIO SEM COMORBIDADES	46	285.174	2.398	134.811	147.965	52 %	53.620	94.345	33 %	59.290	35.055	12 %	23 %
326 - CIRURGIAS DO ESTÔMAGO, ESÔFAGO E DUODENO COM COMORBIDADES	17	715.314	6.090	162.423	546.801	77 %	145.663	401.138	57 %	188.428	212.710	30 %	9 %
327 - CIRURGIAS DO ESTÔMAGO, ESÔFAGO E DUODENO SEM COMORBIDADES	42	1.703.029	1.816	483.205	1.218.008	72 %	164.250	1.053.758	62 %	324.053	729.705	43 %	108 %
328 - CIRURGIAS DO ESTÔMAGO, ESÔFAGO E DUODENO SEM COMORBIDADES	491	5.260.399	33.571	2.779.793	2.447.035	47 %	866.295	1.580.740	30 %	866.050	714.690	14 %	61 %
329 - CIRURGIAS MAIORES DE INTESTINO GROSSO E DELGADO	37	2.795.166	3.173	672.431	2.024.562	75 %	319.971	1.704.591	63 %	682.130	1.022.461	38 %	96 %
330 - CIRURGIAS MAIORES DE INTESTINO GROSSO E DELGADO	118	2.188.620	39.446	591.806	1.567.568	73 %	605.149	962.419	45 %	534.439	327.980	15 %	51 %
331 - CIRURGIAS MAIORES DE INTESTINO GROSSO E DELGADO	235	2.397.559	60.271	1.236.421	1.100.867	47 %	1.162.685	-61.818	-3 %	419.275	-472.093	-20 %	41 %
332 - RESSECCÃO RETAL COM COMORBIDADES	8	757.447	0	183.787	573.740	75 %	112.814	460.926	61 %	312.629	148.297	20 %	283 %
333 - RESSECCÃO RETAL SEM COMORBIDADES	31	778.948	4.273	228.653	546.023	70 %	154.932	391.091	50 %	240.471	150.620	19 %	205 %
334 - RESSECCÃO RETAL SEM COMORBIDADES	121	1.932.076	86.030	649.582	1.166.464	64 %	318.181	848.283	47 %	277.893	570.390	31 %	263 %
336 - LISE DE ADESÕES PERITONEAIS COM COMORBIDADES	2	15.840	0	7.853	7.987	50 %	425	7.562	48 %	4.289	3.273	21 %	-73 %
337 - LISE DE ADESÕES PERITONEAIS SEM COMORBIDADES	2	19.149	0	7.682	11.467	60 %	238	11.229	59 %	3.894	7.335	38 %	20 %
338 - APENDICECTOMIA COM DIAGNÓSTICO PRINCIPAL	6	143.855	0	34.858	108.999	75 %	3.502	102.497	73 %	57.123	45.374	32 %	55 %
339 - APENDICECTOMIA COM DIAGNÓSTICO PRINCIPAL	6	43.532	3	9.252	34.277	79 %	842	33.435	77 %	13.403	20.032	46 %	-10 %
340 - APENDICECTOMIA COM DIAGNÓSTICO PRINCIPAL	87	542.377	5.016	134.590	402.771	75 %	175.373	227.398	42 %	76.554	150.844	28 %	126 %
341 - APENDICECTOMIA SEM DIAGNÓSTICO PRINCIPAL	9	209.848	0	42.034	167.814	80 %	4.855	162.961	78 %	41.298	121.663	58 %	73 %
342 - APENDICECTOMIA SEM DIAGNÓSTICO PRINCIPAL	29	281.251	3.641	67.617	209.993	75 %	60.632	149.361	54 %	17.953	131.408	47 %	112 %
343 - APENDICECTOMIA SEM DIAGNÓSTICO PRINCIPAL	990	4.695.030	39.944	1.640.932	2.984.154	65 %	1.013.095	1.971.058	43 %	882.083	1.088.975	24 %	25 %
345 - CIRURGIAS MENORES DE INTESTINO GROSSO E DELGADO	5	41.805	2.458	26.727	12.610	32 %	49.940	-37.330	-95 %	12.463	-49.793	-127 %	257 %
346 - CIRURGIAS MENORES DE INTESTINO GROSSO E DELGADO	49	136.848	3.016	169.473	-35.641	-27 %	229.727	-265.368	-189 %	21.621	-286.989	-214 %	287 %
347 - CIRURGIAS DO ÂNUS E ESTOMAS COM COMORBIDADES	2	5.362	0	1.119	4.252	79 %	204	4.048	75 %	3.020	1.028	19 %	10 %
348 - CIRURGIAS DO ÂNUS E ESTOMAS SEM COMORBIDADES	8	45.341	787	4.185	41.369	91 %	4.685	36.684	81 %	2.794	33.890	74 %	805 %
349 - CIRURGIAS DO ÂNUS E ESTOMAS SEM COMORBIDADES	335	810.694	23.380	219.494	567.820	72 %	141.087	426.733	54 %	170.061	256.672	33 %	55 %
350 - CIRURGIAS DE HÉRNIA INGUINAL E FEMORAL COM COMORBIDADES	4	15.978	2.341	1.372	12.265	90 %	2.712	9.553	70 %	0	9.553	70 %	105 %

Desempenho Econômico por DRG

Período da Alta 01/04/2019 a 31/03/2020

Descrição do DRG	Quantidade de Internações	Receita Bruta	Deduções da Receita	Custo Variável	Margem de Contribuição R\$	%	Custo Fixo Direto	Margem Direta R\$	%	Custo Relativo	Resultado Operacional R\$	%	Permanência Realiz./Previsão
351 - CIRURGIAS DE HÉRNA INGUINAL E FEMORAL COM CC	39	195.748	3.152	82.747	110.847	57 %	34.281	78.566	40 %	43.563	33.003	17 %	32 %
352 - CIRURGIAS DE HÉRNA INGUINAL E FEMORAL SEM COMCC	938	4.501.114	99.081	1.095.951	2.806.982	64 %	792.535	2.024.447	46 %	790.317	1.234.130	28 %	13 %
353 - CIRURGIAS DE HÉRNA EXCETO INGUINAL E FEMORAL COM	4	42.937	711	13.415	28.811	68 %	8.434	22.377	53 %	18.849	2.528	6 %	59 %
354 - CIRURGIAS DE HÉRNA EXCETO INGUINAL E FEMORAL SEM	21	145.141	2.833	47.145	95.163	67 %	12.965	82.198	58 %	58.729	25.469	18 %	192 %
355 - CIRURGIAS DE HÉRNA EXCETO INGUINAL E FEMORAL SEM	633	1.885.307	29.362	590.888	1.265.057	68 %	383.189	901.868	49 %	484.837	417.031	22 %	22 %
356 - OUTRAS CIRURGIAS DO APARELHO DIGESTIVO COM MCC	34	1.859.138	32.793	324.897	1.501.648	82 %	148.553	1.353.095	74 %	302.184	1.050.911	58 %	38 %
357 - OUTRAS CIRURGIAS DO APARELHO DIGESTIVO COM CC	120	2.256.853	25.565	780.224	1.471.064	66 %	670.545	800.519	36 %	522.949	277.570	12 %	53 %
358 - OUTRAS CIRURGIAS DO APARELHO DIGESTIVO SEM	275	2.842.116	39.140	1.001.711	1.801.265	62 %	795.688	835.577	32 %	523.885	311.692	12 %	79 %
368 - DOENÇAS MAIORES DO ESÔFAGO COM MCC	2	17.214	2.522	32.841	-17.949	-122 %	38.569	-56.518	-385 %	0	-56.518	-385 %	148 %
369 - DOENÇAS MAIORES DO ESÔFAGO COM CC	11	223.630	134	89.385	134.111	60 %	73.769	60.342	27 %	46.031	14.311	6 %	51 %
370 - DOENÇAS MAIORES DO ESÔFAGO SEM COMCC	9	42.804	0	10.389	32.415	76 %	9.703	22.712	53 %	12.697	10.015	23 %	33 %
371 - DOENÇAS MAIORES GASTROINTESTINAIS E INFECÇÕES	12	340.957	3.755	37.287	299.915	89 %	20.212	279.703	83 %	58.819	220.884	66 %	42 %
372 - DOENÇAS MAIORES GASTROINTESTINAIS E INFECÇÕES	26	305.598	1.692	65.349	238.557	78 %	84.441	154.116	51 %	84.471	69.645	23 %	37 %
373 - DOENÇAS MAIORES GASTROINTESTINAIS E INFECÇÕES	31	173.486	1.564	16.175	155.727	91 %	22.381	133.346	78 %	37.612	95.734	56 %	103 %
374 - NEOPLASIA DIGESTIVA COM MCC	31	501.218	2.665	57.954	440.599	88 %	46.385	394.214	79 %	130.364	263.850	53 %	36 %
375 - NEOPLASIA DIGESTIVA COM CC	143	1.120.751	5.808	173.290	841.653	84 %	332.519	608.134	55 %	481.399	127.736	11 %	44 %
376 - NEOPLASIA DIGESTIVA SEM COMCC	175	1.299.763	8.011	210.815	1.081.137	84 %	174.664	906.273	70 %	192.438	713.835	55 %	72 %
377 - HEMORRAGIA GASTROINTESTINAL COM MCC	29	1.704.864	11.167	59.852	1.633.845	96 %	74.538	1.559.309	92 %	144.892	1.414.417	84 %	174 %
378 - HEMORRAGIA GASTROINTESTINAL COM CC	140	1.285.532	24.602	231.798	1.029.132	82 %	247.177	781.955	62 %	333.932	448.023	36 %	21 %
379 - HEMORRAGIA GASTROINTESTINAL SEM COMCC	209	1.195.631	18.613	189.387	987.621	84 %	332.828	654.793	56 %	263.266	401.527	34 %	25 %
381 - ÚLCERA PÉPTICA COMPLICADA COM CC	3	27.889	0	1.906	25.981	93 %	151	25.830	93 %	6.026	19.804	71 %	19 %
382 - ÚLCERA PÉPTICA COMPLICADA SEM COMCC	7	51.636	790	9.018	51.830	85 %	1.331	50.499	83 %	14.507	35.992	59 %	64 %
383 - ÚLCERA PÉPTICA NÃO COMPLICADA COM MCC	2	24.588	0	6.731	17.855	73 %	1.803	16.052	65 %	16.371	-319	-1 %	53 %
384 - ÚLCERA PÉPTICA NÃO COMPLICADA SEM MCC	12	48.685	1.073	9.931	37.681	79 %	7.630	30.051	63 %	28.241	1.810	4 %	-19 %
385 - DOENÇA INFLAMATÓRIA INTESTINAL COM MCC	1	62.889	9.213	0	53.676	100 %	0	53.676	100 %	0	53.676	100 %	99 %
386 - DOENÇA INFLAMATÓRIA INTESTINAL COM CC	12	136.102	0	44.800	91.502	67 %	18.348	73.154	54 %	40.238	32.916	24 %	49 %
387 - DOENÇA INFLAMATÓRIA INTESTINAL SEM COMCC	18	91.255	4.221	20.333	66.701	77 %	48.140	18.561	21 %	10.056	8.505	10 %	30 %
388 - OBSTRUÇÃO GASTROINTESTINAL COM MCC	17	142.851	455	26.067	116.129	82 %	53.037	62.192	44 %	48.095	14.097	10 %	18 %
389 - OBSTRUÇÃO GASTROINTESTINAL COM CC	65	398.466	8.415	74.504	315.547	81 %	96.677	218.870	56 %	82.169	136.701	35 %	53 %
390 - OBSTRUÇÃO GASTROINTESTINAL SEM COMCC	81	302.934	595	39.325	263.004	87 %	68.529	194.975	64 %	68.759	126.216	42 %	23 %
391 - ESOFAGITE, GASTROENTERITE E OUTRAS DOENÇAS	50	404.274	9.331	64.750	330.193	84 %	51.339	278.854	71 %	137.370	141.484	36 %	6 %
392 - ESOFAGITE, GASTROENTERITE E OUTRAS DOENÇAS	892	3.559.033	45.398	914.633	2.599.002	74 %	1.264.429	1.334.573	38 %	1.218.332	116.241	3 %	75 %
393 - OUTROS DIAGNÓSTICOS DO APARELHO DIGESTIVO COM	16	245.553	789	29.215	215.559	88 %	56.920	158.649	65 %	67.749	100.900	41 %	134 %
394 - OUTROS DIAGNÓSTICOS DO APARELHO DIGESTIVO COM CC	38	247.314	948	45.168	201.198	82 %	87.162	114.036	46 %	178.408	-64.372	-26 %	83 %
395 - OUTROS DIAGNÓSTICOS DO APARELHO DIGESTIVO SEM	180	553.840	4.697	118.737	430.406	78 %	104.431	325.975	59 %	184.652	141.323	26 %	119 %

Desempenho Econômico por DRG													
Período da Alta 01/04/2019 a 31/03/2020													
Descrição do DRG	Quantidade de Internações	Receita Bruta	Deduções da Receita	Custo Variável	Margem de Contribuição R\$	%	Custo Fixo Direto	Margem Direta R\$	%	Custo Rateio	Resultado Operacional R\$	%	Permanência Realiz./Previsão
406 - CIRURGIAS DO PÂNCREAS, FÍGADO E SHUNT COM MCC	11	688.455	8.942	106.538	572.977	84 %	42.314	530.663	78 %	335.599	195.065	29 %	44 %
406 - CIRURGIAS DO PÂNCREAS, FÍGADO E SHUNT COM CC	37	995.430	2.659	349.184	634.587	65 %	321.349	313.238	32 %	137.301	175.937	18 %	63 %
407 - CIRURGIAS DO PÂNCREAS, FÍGADO E SHUNT SEM COMCC	64	2.174.566	94.395	458.614	1.611.557	77 %	344.443	1.267.114	61 %	192.857	1.074.257	52 %	105 %
408 - CIRURGIAS DO TRATO BILIAR EXCETO APENAS	54	304.318	4.031	20.720	279.567	93 %	6.390	273.177	91 %	11.160	262.017	87 %	117 %
408 - CIRURGIAS DO TRATO BILIAR EXCETO APENAS	43	810.199	8.611	186.307	615.281	77 %	118.687	496.594	62 %	83.825	412.769	51 %	166 %
410 - CIRURGIAS DO TRATO BILIAR EXCETO APENAS	66	719.016	16.101	179.840	523.075	74 %	123.216	399.859	57 %	62.350	337.509	48 %	196 %
411 - COLECISTECTOMIA COM EXPLORAÇÃO DO DUCTO COMUM	2	33.366	15	12.194	21.147	63 %	559	20.588	62 %	11.167	9.421	28 %	-33 %
412 - COLECISTECTOMIA COM EXPLORAÇÃO DO DUCTO COMUM	3	52.733	0	13.956	38.777	75 %	7.256	32.421	61 %	11.796	20.625	39 %	-7 %
413 - COLECISTECTOMIA COM EXPLORAÇÃO DO DUCTO COMUM	13	112.913	0	15.496	97.418	86 %	3.430	93.988	83 %	2.478	91.510	81 %	-24 %
414 - COLECISTECTOMIA EXCETO POR LAPAROSCOPIA SEM	2	97.401	0	21.357	76.044	78 %	15.690	60.354	62 %	38.923	21.431	22 %	-16 %
415 - COLECISTECTOMIA, EXCETO POR LAPAROSCOPIA SEM	4	38.591	0	15.126	23.465	61 %	16.297	7.168	19 %	5.339	1.829	5 %	88 %
416 - COLECISTECTOMIA, EXCETO POR LAPAROSCOPIA SEM	54	292.130	4.486	51.095	146.549	74 %	80.493	66.056	33 %	43.920	22.136	11 %	42 %
417 - COLECISTECTOMIA LAPAROSCÓPICA SEM EXPLORAÇÃO DO	26	232.212	5.032	60.262	166.928	73 %	77.327	89.601	39 %	47.875	41.726	18 %	69 %
418 - COLECISTECTOMIA LAPAROSCÓPICA SEM EXPLORAÇÃO DO	99	776.617	16.798	233.611	526.448	69 %	239.074	287.374	38 %	158.165	129.209	17 %	258 %
419 - COLECISTECTOMIA LAPAROSCÓPICA SEM EXPLORAÇÃO DO	3917	9.308.297	176.041	2.611.569	6.520.687	71 %	1.875.233	4.645.454	51 %	1.511.659	3.033.795	33 %	31 %
420 - CIRURGIAS DIAGNÓSTICAS HEPATOBILIARES COM MCC	6	588.173	2.951	78.900	506.322	87 %	96.897	409.425	70 %	104.738	304.687	52 %	60 %
421 - CIRURGIAS DIAGNÓSTICAS HEPATOBILIARES COM CC	8	95.706	0	34.373	61.333	64 %	50.605	10.828	11 %	54.516	-43.688	-46 %	63 %
422 - CIRURGIAS DIAGNÓSTICAS HEPATOBILIARES SEM COMCC	15	91.567	2.234	38.191	51.142	57 %	63.173	-12.031	-13 %	17.805	-28.636	-33 %	107 %
423 - OUTRAS CIRURGIAS HEPATOBILIARES OU DO PÂNCREAS	1	-	0	11.161	-11.161	-	13.322	-24.483	-	0	-24.483	-	-14 %
425 - OUTRAS CIRURGIAS HEPATOBILIARES OU DO PÂNCREAS	3	234.105	0	24.815	209.290	89 %	4.470	204.820	87 %	22.172	182.648	78 %	297 %
432 - CIRROSE E HEPATITE ALCOÓLICA COM MCC	18	472.528	5.001	74.933	392.594	84 %	36.629	355.965	76 %	88.531	267.434	57 %	24 %
433 - CIRROSE E HEPATITE ALCOÓLICA COM CC	19	132.883	28	22.589	110.266	83 %	24.711	85.555	64 %	26.817	58.738	44 %	32 %
434 - CIRROSE E HEPATITE ALCOÓLICA SEM COMCC	9	51.994	0	17.803	34.191	66 %	22.728	11.463	22 %	5.148	5.315	10 %	53 %
435 - NEOPLASIA DO SISTEMA HEPATOBILIAR OU PÂNCREAS COM	18	282.547	9.743	31.389	241.415	86 %	34.434	206.981	76 %	78.023	128.958	47 %	-2 %
436 - NEOPLASIA DO SISTEMA HEPATOBILIAR OU PÂNCREAS COM	74	741.470	4.213	163.059	574.198	78 %	238.965	335.233	45 %	275.849	59.384	8 %	67 %
437 - NEOPLASIA DO SISTEMA HEPATOBILIAR OU PÂNCREAS	70	666.894	7.562	186.956	473.266	72 %	62.538	410.728	62 %	60.667	350.061	53 %	33 %
438 - DOENÇAS DO PÂNCREAS EXCETO NEOPLASIA COM MCC	7	311.986	0	19.633	292.353	94 %	6.114	286.239	91 %	32.191	251.048	80 %	70 %
439 - DOENÇAS DO PÂNCREAS EXCETO NEOPLASIA COM CC	36	328.860	12.480	99.808	216.572	66 %	101.764	114.806	36 %	83.641	21.167	7 %	7 %
440 - DOENÇAS DO PÂNCREAS EXCETO NEOPLASIA SEM COMCC	103	457.866	8.480	98.184	351.202	78 %	131.430	219.852	49 %	90.485	129.367	29 %	1 %
441 - DOENÇAS DO FÍGADO EXCETO NEOPLASIA, CIRROSE,	17	520.251	9.822	89.272	421.057	83 %	38.635	382.422	75 %	65.299	317.123	62 %	77 %
442 - DOENÇAS DO FÍGADO EXCETO NEOPLASIA, CIRROSE,	37	312.258	5.234	48.378	258.646	84 %	67.832	190.814	62 %	35.382	155.432	51 %	15 %
443 - DOENÇAS DO FÍGADO EXCETO NEOPLASIA, CIRROSE,	40	244.739	3.782	50.932	190.025	79 %	61.895	128.030	54 %	35.980	83.050	39 %	42 %
444 - DOENÇAS DO TRATO BILIAR COM MCC	15	194.178	2.244	18.960	82.974	81 %	19.299	63.676	62 %	36.157	27.519	27 %	-23 %
445 - DOENÇAS DO TRATO BILIAR COM CC	53	320.497	6.317	110.054	204.126	65 %	97.873	106.253	34 %	205.275	-149.022	-47 %	0 %
446 - DOENÇAS DO TRATO BILIAR SEM COMCC	80	504.169	11.317	127.449	365.403	74 %	60.427	304.976	62 %	65.168	238.808	48 %	26 %

Desempenho Econômico por DRG

Período da Alta: 01/04/2019 a 31/03/2020

Descrição do DRG	Quantidade de Internações	Receita Bruta	Deductions da Receita	Custo Variável	Margem de Contribuição R\$	Margem de Contribuição %	Custo Fixo Direto	Margem Direta R\$	Margem Direta %	Custo Rateio	Resultado Operacional R\$	Resultado Operacional %	Permanência Realiz./Previsão
454 - FUSÃO ESPINHAL COMBINADA ANTERIOR/POSTERIOR COM	2	106.262	0	0	106.262	100 %	0	106.262	100 %	0	106.262	100 %	52 %
455 - FUSÃO ESPINHAL COMBINADA ANTERIOR/POSTERIOR SEM	22	495.962	39.693	359.955	67.244	16 %	127.462	-60.218	-14 %	48.771	-106.989	-25 %	47 %
457 - FUSÃO ESPINHAL EXCETO CERVICAL COM CURVATURA /	6	176.104	0	169.255	6.849	4 %	142.596	-135.747	-77 %	65.634	-201.381	-114 %	187 %
458 - FUSÃO ESPINHAL EXCETO CERVICAL COM CURVATURA /	38	1.854.862	136.299	703.886	1.015.985	59 %	326.093	689.892	40 %	113.073	576.819	34 %	50 %
459 - FUSÃO ESPINHAL EXCETO CERVICAL COM MCC	12	227.750	6.522	79.296	141.933	64 %	31.767	110.166	50 %	41.310	68.856	31 %	-3 %
460 - FUSÃO ESPINHAL EXCETO CERVICAL SEM MCC	398	5.606.080	262.178	4.318.606	1.025.296	19 %	1.506.626	-481.330	-9 %	444.706	-826.036	-17 %	21 %
462 - CIRURGIA DE ARTICULAÇÃO MAIOR BILATERAL OU	2	33.596	0	16.650	16.946	50 %	4.296	12.650	38 %	5.012	7.638	23 %	56 %
463 - DESBRIDAMENTO DE FERIDA E ENERTO DE PELE EXCETO	3	161.796	0	0	161.796	100 %	0	161.796	100 %	0	161.796	100 %	13 %
464 - DESBRIDAMENTO DE FERIDA E ENERTO DE PELE EXCETO	22	1.574.154	0	117.796	1.456.359	93 %	130.385	1.325.974	84 %	89.017	1.236.957	79 %	42 %
465 - DESBRIDAMENTO DE FERIDA E ENERTO DE PELE EXCETO	106	525.169	10.536	204.535	310.098	60 %	158.493	151.605	29 %	88.061	63.544	12 %	66 %
466 - REVISÃO DA PRÓTESE DO QUADRIL OU DO JOELHO COM	6	491.223	33.191	64.227	393.805	83 %	50.790	253.025	69 %	72.479	180.546	49 %	107 %
467 - REVISÃO DA PRÓTESE DO QUADRIL OU DO JOELHO COM	21	482.537	26.352	255.825	180.360	41 %	221.211	-40.851	-9 %	152.961	-183.812	-44 %	155 %
468 - REVISÃO DA PRÓTESE DO QUADRIL OU DO JOELHO SEM	52	1.323.278	21.540	714.824	586.814	45 %	214.814	372.000	29 %	305.603	66.397	5 %	121 %
469 - PRÓTESE DO QUADRIL OU DO JOELHO OU RECOLOCAÇÃO	35	587.141	41.607	242.138	303.396	55 %	393.589	-90.193	-17 %	78.045	-168.238	-31 %	92 %
470 - PRÓTESE DO QUADRIL OU DO JOELHO OU RECOLOCAÇÃO	1084	12.354.133	363.275	10.184.960	1.816.798	15 %	3.939.873	-2.123.075	-18 %	1.374.089	-3.487.164	-29 %	30 %
471 - FUSÃO ESPINHAL CERVICAL COM MCC	11	234.637	0	207.771	26.796	11 %	38.544	-11.778	-5 %	45.437	-57.215	-24 %	-16 %
472 - FUSÃO ESPINHAL CERVICAL COM CC	26	632.362	6.640	623.495	100.227	16 %	138.314	-38.087	-6 %	167.134	-295.221	-33 %	95 %
473 - FUSÃO ESPINHAL CERVICAL SEM COMCC	192	3.756.897	78.884	3.671.610	6.403	0 %	875.220	-868.826	-24 %	495.019	-1.363.845	-37 %	17 %
474 - AMPUTAÇÃO PARA DOENÇAS DO SISTEMA	1	-	0	31.575	-31.575	-	38.750	-70.333	-	0	-70.333	-	89 %
475 - AMPUTAÇÃO PARA DOENÇAS DO SISTEMA	5	242.143	302	25.861	215.980	89 %	18.692	197.288	82 %	24.895	172.403	71 %	70 %
476 - AMPUTAÇÃO PARA DOENÇAS DO SISTEMA	8	39.564	0	775	9.789	23 %	9.194	594	6 %	14.269	-13.675	-129 %	26 %
478 - BIÓPSIAS DO SISTEMA MUSCULOESQUELÉTICO E TECIDO	1	15.385	2.254	0	13.131	100 %	0	13.131	100 %	0	13.131	100 %	720 %
479 - BIÓPSIAS DO SISTEMA MUSCULOESQUELÉTICO E TECIDO	23	73.452	3.483	22.449	47.540	68 %	11.466	36.074	52 %	4.884	31.190	45 %	38 %
480 - CIRURGIAS DO QUADRIL E FÊMUR EXCETO ARTICULARES	31	1.101.826	53.838	214.167	833.830	80 %	153.186	680.644	65 %	169.164	511.480	49 %	123 %
481 - CIRURGIAS DO QUADRIL E FÊMUR EXCETO ARTICULARES	105	1.486.323	23.416	1.111.865	331.042	23 %	891.248	-560.206	-39 %	292.406	-852.812	-59 %	76 %
482 - CIRURGIAS DO QUADRIL E FÊMUR EXCETO ARTICULARES	458	6.745.074	60.268	3.739.496	2.945.400	44 %	1.016.675	1.928.725	29 %	1.693.335	825.390	14 %	19 %
483 - CIRURGIAS ARTICULARES MAIORES E RELIÇÃO DE	58	964.406	21.044	1.073.138	-139.776	-15 %	143.575	-283.351	-30 %	154.288	-387.639	-42 %	52 %
485 - CIRURGIA DO JOELHO COM DIAGNÓSTICO PRINCIPAL DE	2	20.171	0	3.073	17.098	85 %	11.700	5.398	27 %	0	5.398	27 %	19 %
486 - CIRURGIA DO JOELHO COM DIAGNÓSTICO PRINCIPAL DE	5	33.501	98	8.077	25.326	76 %	11.317	14.009	42 %	7.536	6.473	19 %	81 %
487 - CIRURGIA DO JOELHO COM DIAGNÓSTICO PRINCIPAL DE	6	395.057	0	38.527	356.530	90 %	17.132	339.398	86 %	10.605	328.693	83 %	255 %
488 - CIRURGIA DO JOELHO SEM DIAGNÓSTICO PRINCIPAL DE	33	584.310	11.826	80.552	91.932	53 %	50.711	41.221	24 %	22.937	18.284	11 %	156 %
489 - CIRURGIA DO JOELHO SEM DIAGNÓSTICO PRINCIPAL DE	5640	10.164.556	209.054	4.541.895	5.413.607	54 %	1.642.130	3.771.477	38 %	1.172.719	2.598.758	26 %	30 %
492 - CIRURGIAS DE MEMBRO INFERIOR E ÚMERO EXCETO	11	384.301	2	49.276	335.024	87 %	33.139	301.885	79 %	68.407	233.478	61 %	261 %
493 - CIRURGIAS DE MEMBRO INFERIOR E ÚMERO EXCETO	58	605.000	0	441.583	363.417	45 %	259.745	103.672	13 %	179.448	-66.776	-8 %	162 %
494 - CIRURGIAS DE MEMBRO INFERIOR E ÚMERO EXCETO	664	4.539.621	41.119	2.540.896	1.957.606	44 %	1.258.932	698.674	16 %	784.160	-65.486	-1 %	64 %
495 - EXCIÇÃO LOCAL E REMOÇÃO DE DISPOSITIVOS DE FIXAÇÃO	2	258	0	40	209	81 %	593	-384	-149 %	0	-384	-149 %	-68 %
496 - EXCIÇÃO LOCAL E REMOÇÃO DE DISPOSITIVOS DE FIXAÇÃO	6	113.819	0	23.671	90.248	79 %	7.094	83.154	73 %	60.750	22.404	20 %	592 %
497 - EXCIÇÃO LOCAL E REMOÇÃO DE DISPOSITIVOS DE FIXAÇÃO	95	429.019	3.090	119.567	307.372	72 %	80.993	226.409	53 %	101.273	125.136	29 %	562 %
498 - EXCIÇÃO LOCAL E REMOÇÃO DE DISPOSITIVOS DE FIXAÇÃO	5	4.968	0	4.728	240	5 %	4.598	-4.358	-88 %	3.843	-8.201	-165 %	38 %
499 - EXCIÇÃO LOCAL E REMOÇÃO DE DISPOSITIVOS DE FIXAÇÃO	43	71.541	386	17.729	53.446	75 %	15.758	37.688	53 %	25.272	12.416	17 %	22 %
500 - CIRURGIAS DO TECIDO MOLE COM MCC	5	258.294	0	19.416	238.878	92 %	3.708	235.170	91 %	11.559	223.611	87 %	691 %

Desempenho Econômico por DRG													
Período da Alta: 01/04/2019 a 31/03/2020													
Descrição do DRG	Quantidade de Internações	Receita Bruta	Deduções da Receita	Custo Variável	Margem de Contribuição R\$	Margem de Contribuição %	Custo Fixo Direto	Margem Direta R\$	Margem Direta %	Custo Rateio	Resultado Operacional R\$	Resultado Operacional %	Permanência Realiz./Previsão
501 - CIRURGIAS DO TECIDO MOLE COM CC	24	417.868	118	52.738	365.012	87 %	22.085	342.927	82 %	51.112	291.815	70 %	899 %
502 - CIRURGIAS DO TECIDO MOLE SEM COMCC	457	2.045.114	15.927	711.334	1.317.853	65 %	231.302	1.086.551	54 %	466.821	619.730	31 %	30 %
503 - CIRURGIAS DO PÉ COM MCC	5	82.047	405	22.857	58.975	72 %	13.250	45.725	56 %	8.720	37.005	45 %	576 %
504 - CIRURGIAS DO PÉ COM CC	12	58.271	0	30.215	28.056	48 %	38.676	-11.620	-20 %	6.124	-17.744	-30 %	254 %
505 - CIRURGIAS DO PÉ SEM COMCC	358	1.793.526	11.193	810.062	972.271	55 %	221.618	750.653	42 %	257.986	492.657	28 %	15 %
507 - CIRURGIAS MAIORES DO OMBRO OU ARTICULAÇÃO DO	2	34.974	3.827	4.515	26.632	89 %	250	26.382	85 %	3.078	23.304	75 %	50 %
508 - CIRURGIAS MAIORES DO OMBRO OU ARTICULAÇÃO DO	132	1.583.680	26.735	604.975	952.870	61 %	24.923	927.947	60 %	165.114	762.833	49 %	0 %
509 - ARTROSCOPIA	8	26.865	77	9.485	17.303	65 %	3.964	13.339	50 %	5.817	7.522	28 %	13 %
510 - CIRURGIAS DO OMBRO, COTOVELO OU ANTEBRAÇO	10	82.696	3.796	22.193	36.707	62 %	7.427	29.280	50 %	6.856	22.424	38 %	-54 %
511 - CIRURGIAS DO OMBRO, COTOVELO OU ANTEBRAÇO	45	430.257	13.140	112.650	304.467	73 %	38.051	266.406	64 %	43.611	222.795	53 %	136 %
512 - CIRURGIAS DO OMBRO, COTOVELO OU ANTEBRAÇO	1177	8.592.105	156.968	3.747.912	4.687.225	56 %	1.374.988	3.312.237	39 %	1.132.123	2.180.114	26 %	19 %
513 - CIRURGIAS DA MÃO OU PUNHO, EXCETO CIRURGIAS	3	47.035	0	22.432	24.603	52 %	4.099	20.504	44 %	13.556	6.938	15 %	297 %
514 - CIRURGIAS DA MÃO OU PUNHO, EXCETO CIRURGIAS	260	881.611	6.710	384.429	488.472	56 %	137.994	350.478	40 %	162.866	187.612	21 %	82 %
515 - OUTRAS CIRURGIAS DO SISTEMA MUSCULOESQUELÉTICO	6	89.884	727	14.311	74.946	84 %	3.376	71.570	80 %	15.211	56.359	63 %	-47 %
516 - OUTRAS CIRURGIAS DO SISTEMA MUSCULOESQUELÉTICO	34	186.288	3.383	62.869	120.036	66 %	34.080	85.956	47 %	31.612	54.344	30 %	75 %
517 - OUTRAS CIRURGIAS DO SISTEMA MUSCULOESQUELÉTICO	611	3.365.205	80.909	1.506.403	1.778.893	54 %	654.131	1.124.762	34 %	514.029	610.733	19 %	61 %
518 - PROCEDIMENTOS DO DORSO E PESCOÇO, EXCETO FUSÃO	22	563.031	2.846	346.217	213.968	38 %	78.830	135.138	24 %	180.811	-45.673	-8 %	52 %
519 - PROCEDIMENTOS DO DORSO E PESCOÇO, EXCETO FUSÃO	66	1.195.388	18.264	1.056.128	120.996	10 %	310.703	-188.707	-16 %	327.551	-517.258	-44 %	183 %
520 - PROCEDIMENTOS DO DORSO E PESCOÇO, EXCETO FUSÃO	723	6.505.428	194.102	4.073.583	2.237.743	35 %	1.186.212	1.049.531	17 %	786.692	262.839	4 %	105 %
533 - FRATURAS DO FÊMUR COM MCC	2	44.075	0	8.862	35.213	80 %	10.839	24.374	55 %	876	23.498	53 %	160 %
534 - FRATURAS DO FÊMUR SEM MCC	16	38.909	337	31.721	4.851	13 %	45.069	-40.218	-110 %	9.403	-49.621	-136 %	-5 %
535 - FRATURAS DO QUADRIL E Pelve COM MCC	4	84.335	0	20.977	63.358	75 %	20.056	43.302	51 %	43.555	-253	0 %	58 %
536 - FRATURAS DO QUADRIL E Pelve SEM MCC	24	170.301	1.367	63.381	105.553	62 %	36.145	69.408	41 %	22.015	47.393	28 %	28 %
537 - ENTORSES, DISTENSÕES E DESLOCAMENTOS DO QUADRIL	3	25.840	677	973	25.190	96 %	4.098	21.092	81 %	0	21.092	81 %	318 %
538 - ENTORSES, DISTENSÕES E DESLOCAMENTOS DO QUADRIL	5	5.563	0	925	4.638	83 %	6.274	-1.636	-29 %	0	-1.636	-29 %	38 %
539 - OSTEOMELITE COM MCC	3	4.472	0	1.807	2.665	60 %	6.969	-4.304	-96 %	0	-4.304	-96 %	-76 %
540 - OSTEOMELITE COM CC	7	387.007	0	120.378	276.629	79 %	12.894	263.735	68 %	143.474	120.261	30 %	69 %
541 - OSTEOMELITE SEM COMCC	11	54.351	840	11.767	41.744	78 %	15.196	26.548	50 %	12.921	13.627	25 %	0 %
542 - FRATURAS PATOLÓGICAS E NEOPLASIA	1	39.440	0	4.985	34.455	87 %	5.402	29.053	74 %	20.862	8.191	21 %	56 %
543 - FRATURAS PATOLÓGICAS E NEOPLASIA	24	326.883	0	78.010	248.873	76 %	65.876	182.997	59 %	37.305	155.692	48 %	52 %
544 - FRATURAS PATOLÓGICAS E NEOPLASIA	30	282.071	0	77.828	205.043	73 %	29.634	175.409	62 %	28.103	147.306	52 %	77 %
545 - DOENÇAS DO TECIDO CONJUNTIVO COM MCC	3	93.850	0	82.249	11.601	12 %	789	10.812	12 %	8.456	2.356	3 %	-6 %
546 - DOENÇAS DO TECIDO CONJUNTIVO COM CC	18	323.200	1.557	55.807	266.036	83 %	36.211	229.825	71 %	62.395	167.430	52 %	38 %
547 - DOENÇAS DO TECIDO CONJUNTIVO SEM COMCC	44	507.067	2.289	333.338	171.440	34 %	39.639	131.801	26 %	17.020	114.781	23 %	79 %
550 - ARTRITE SÉPTICA SEM COMCC	2	1.214	0	303	911	75 %	5.090	-4.179	-344 %	0	-4.179	-344 %	-52 %

Desempenho Econômico por DRG													
Período da Alta: 01/04/2019 a 31/03/2020													
Descrição do DRG	Quantidade de Internações	Receita Bruta	Deduções da Receita	Custo Variável	Margem de Contribuição R\$	%	Custo Fixo Direto	Margem Direta R\$	%	Custo Rateio	Resultado Operacional R\$	%	Permanência Realiz./Previsão
551 - PROBLEMAS CLÍNICOS DO DORSO COM MCC	11	192.675	0	15.937	176.738	92%	11.112	165.626	86%	41.075	124.551	65%	39%
552 - PROBLEMAS CLÍNICOS DO DORSO SEM MCC	652	3.092.575	54.099	949.573	2.088.903	68%	330.621	1.758.082	58%	470.259	1.287.823	42%	113%
554 - DOENÇAS ÓSSEAS E ARTROPAIAS SEM MCC	55	153.165	10.848	17.209	125.108	88%	36.588	88.520	62%	18.991	68.529	48%	-35%
556 - SINAIS E SINTOMAS DO SISTEMA MUSCULOESQUELÉTICO E	65	202.870	1.524	28.840	172.506	85%	28.881	143.625	71%	68.793	76.832	38%	35%
558 - TENDINITE, MIOSITE E BURSITE SEM MCC	66	180.186	1.181	34.575	144.430	81%	27.454	116.976	65%	51.791	65.185	36%	478%
559 - PÓS-ATENDIMENTO SISTEMA MUSCULOESQUELÉTICO E	1	22	0	0	22	100%	0	22	100%	22	0	-7%	
560 - PÓS-ATENDIMENTO SISTEMA MUSCULOESQUELÉTICO E	9	25.474	0	17.408	8.066	34%	86.667	-57.601	-218%	2.630	-60.240	-228%	248%
561 - PÓS-ATENDIMENTO SISTEMA MUSCULOESQUELÉTICO E	59	299.306	112	91.931	207.263	69%	29.631	186.632	62%	65.384	121.248	41%	83%
562 - FRATURAS, ENTORSES, DISTENÇÕES E DESLOCAMENTOS	2	-	0	939	-939		4.839	-5.778		0	-5.778	-75%	
563 - FRATURAS, ENTORSES, DISTENÇÕES E DESLOCAMENTOS	146	486.720	6.091	207.889	272.730	57%	98.914	173.816	36%	125.988	47.828	10%	60%
565 - OUTROS DIAGNÓSTICOS DO SISTEMA	2	35.640	0	12.830	22.810	64%	927	21.883	61%	16.016	5.867	16%	83%
566 - OUTROS DIAGNÓSTICOS DO SISTEMA	26	378.114	188	124.931	254.015	67%	15.939	238.076	63%	41.555	196.521	52%	128%
570 - DESBRIDAMENTO COM MCC	6	146.431	0	31.169	115.262	79%	7.763	107.499	73%	43.823	63.676	43%	30%
571 - DESBRIDAMENTO COM CC	11	198.348	0	70.999	127.349	64%	57.076	70.273	35%	79.669	-395	0%	24%
572 - DESBRIDAMENTO SEM COMCC	33	87.744	1.757	24.641	61.346	71%	25.401	35.945	42%	30.768	5.177	6%	28%
573 - ENERTO E/OU DESBRIDAMENTO PARA ÚLCERA DE PELE	5	162.303	0	24.052	138.251	85%	17.188	121.063	75%	78.797	44.265	27%	156%
574 - ENERTO E/OU DESBRIDAMENTO PARA ÚLCERA DE PELE	2	58.937	0	14.181	44.756	76%	1.954	42.802	73%	22.913	19.889	34%	22%
575 - ENERTO E/OU DESBRIDAMENTO PARA ÚLCERA DE PELE	7	34.781	0	45.360	-10.579	-30%	57.589	-68.168	-195%	321	-68.489	-197%	1.109%
576 - ENERTO E/OU DESBRIDAMENTO EXCETO PARA ÚLCERA	2	8.059	0	2.158	5.901	73%	284	5.617	70%	3.456	2.161	27%	-15%
577 - ENERTO E/OU DESBRIDAMENTO EXCETO PARA ÚLCERA	8	79.113	483	5.289	64.341	82%	4.406	59.935	86%	5.278	54.657	78%	617%
578 - ENERTO E/OU DESBRIDAMENTO EXCETO PARA ÚLCERA	401	717.669	10.541	183.176	523.952	74%	160.163	363.789	51%	368.607	-4.818	-1%	81%
579 - CIRURGIA DA PELE, TECIDO SUBCUTÂNEO E MAMA COM	17	275.469	4.020	32.561	237.888	88%	41.276	196.712	73%	80.307	116.405	43%	60%
580 - CIRURGIA DA PELE, TECIDO SUBCUTÂNEO E MAMA COM CC	78	566.853	6.732	145.459	414.662	74%	140.921	273.741	49%	306.572	-32.831	-6%	201%
581 - CIRURGIA DA PELE, TECIDO SUBCUTÂNEO E MAMA SEM	1613	3.853.804	209.051	415.198	3.229.555	89%	375.040	2.854.515	78%	1.225.611	1.633.904	45%	30%
582 - MASTECTOMIA POR NEOPLASIA COM COMCC	22	96.564	3.016	78.231	15.317	16%	35.181	-19.864	-21%	23.785	-43.649	-47%	61%
583 - MASTECTOMIA POR NEOPLASIA SEM COMCC	490	2.082.103	42.740	1.043.734	995.629	49%	530.074	465.555	23%	758.011	-293.456	-14%	45%
584 - BIÓPSIA DA MAMA, EXCIÇÃO LOCAL E OUTRAS CIRURGIAS	17	29.229	2.932	3.827	13.470	78%	7.753	5.717	33%	1.027	4.690	27%	154%
585 - BIÓPSIA DA MAMA, EXCIÇÃO LOCAL E OUTRAS CIRURGIAS	811	1.726.469	90.951	397.789	1.237.729	76%	291.404	946.325	58%	573.314	373.011	23%	97%
586 - ÚLCERA DE PELE COM MCC	4	181.424	18.481	3.315	159.628	88%	3.113	156.515	86%	39	156.476	96%	110%
587 - ÚLCERA DE PELE COM CC	2	55.201	0	34.862	20.339	37%	1.011	19.328	35%	3.103	16.225	29%	-48%
594 - ÚLCERA DE PELE SEM COMCC	9	83.642	2.193	13.367	67.982	84%	36.647	32.335	40%	4.820	27.515	34%	16%
595 - DOENÇAS MAIORES DA PELE COM MCC	1	48.702	0	7.897	40.805	84%	7.331	33.474	69%	27.068	6.406	13%	171%
596 - DOENÇAS MAIORES DA PELE SEM MCC	42	435.886	2.549	64.864	368.473	85%	83.999	304.474	70%	68.514	235.960	54%	48%
597 - DOENÇAS MALIGNAS DA MAMA COM MCC	13	95.388	3.795	7.574	85.099	92%	7.206	77.893	84%	17.140	60.663	66%	-37%
598 - DOENÇAS MALIGNAS DA MAMA COM CC	47	339.707	975	106.634	232.098	69%	134.011	98.087	29%	89.030	9.057	3%	40%
599 - DOENÇAS MALIGNAS DA MAMA SEM COMCC	125	478.223	10.572	71.380	396.271	85%	61.072	334.299	71%	171.824	162.375	35%	52%
606 - DOENÇAS NÃO NEOPLÁSICAS DA MAMA COM COMCC	3	5.245	89	901	4.245	82%	72	4.173	81%	1.381	2.792	54%	-50%

Desempenho Econômico por DRG													
Período da Alta: 01/04/2019 a 31/03/2020													
Descrição do DRG	Quantidade de Internações	Receita Bruta	Deduções da Receita	Custo Variável	Margem de Contribuição R\$	%	Custo Fixo Direto	Margem Direta R\$	%	Custo Rateio	Resultado Operacional R\$	%	Permanência Realiz./Previsto
601 - DOENÇAS NÃO NEOPLÁSICAS DA MAMA SEM COMCC	9	24.642	1.369	5.592	17.681	76 %	20.521	-2.840	-12 %	221	-3.065	-13 %	287 %
602 - CELLULITE COM MCC	25	1.043.405	48.669	183.956	810.780	82 %	87.331	743.449	75 %	33.457	709.992	71 %	78 %
603 - CELLULITE SEM MCC	230	1.899.544	46.299	297.794	1.555.451	84 %	432.528	1.122.923	61 %	481.443	641.480	35 %	44 %
605 - TRAUMA DA PELE, TECIDO SUBCUTÂNEO E MAMA SEM MCC	49	116.178	3.672	22.029	90.477	80 %	33.264	57.213	51 %	24.711	32.502	29 %	25 %
606 - DOENÇAS MENORES DA PELE COM MCC	2	7.996	0	968	7.028	88 %	3.650	3.378	42 %	24.977	-21.599	-270 %	161 %
607 - DOENÇAS MENORES DA PELE SEM MCC	148	603.423	7.288	207.201	388.934	65 %	74.447	314.487	53 %	166.202	148.285	25 %	23 %
614 - CIRURGIAS DA ADRENAL E HIPÓFISE COM COMCC	1	132.074	0	27.881	104.193	79 %	144	104.049	79 %	3.503	100.546	76 %	448 %
615 - CIRURGIAS DA ADRENAL E HIPÓFISE SEM COMCC	12	185.839	4.835	46.815	134.189	74 %	24.116	110.073	61 %	44.056	66.017	36 %	-19 %
619 - CIRURGIAS PARA OBESIDADE COM MCC	10	80.739	879	127.762	-47.902	-60 %	30.655	-78.557	-98 %	16.071	-94.628	-118 %	-29 %
620 - CIRURGIAS PARA OBESIDADE COM CC	35	347.165	8.548	345.632	-7.015	-2 %	113.595	-120.610	-36 %	62.085	-182.695	-64 %	44 %
621 - CIRURGIAS PARA OBESIDADE SEM COMCC	1343	13.485.279	259.395	19.156.538	3.069.345	23 %	3.845.152	-894.807	-7 %	1.590.922	-2.485.729	-19 %	-9 %
623 - EXÉRCITA E DESBRIDAMENTO DE FERIDA POR DOENÇAS	2	34.104	0	1.503	32.601	96 %	618	31.983	94 %	7.686	24.097	71 %	-24 %
624 - EXÉRCITA E DESBRIDAMENTO DE FERIDA POR DOENÇAS	7	59.483	0	4.826	45.657	90 %	3.651	42.006	83 %	9.560	32.446	64 %	90 %
625 - CIRURGIAS DE TIREÓIDE, PARATIREÓIDE E TIREOGLOSSO	2	3.628	0	0	3.628	100 %	13.297	-9.669	-267 %	2.751	-12.420	-342 %	-72 %
626 - CIRURGIAS DE TIREÓIDE, PARATIREÓIDE E TIREOGLOSSO	18	136.556	1.573	20.468	114.515	85 %	18.835	95.680	71 %	12.850	82.830	61 %	327 %
627 - CIRURGIAS DE TIREÓIDE, PARATIREÓIDE E TIREOGLOSSO	437	3.211.376	83.828	927.191	2.200.357	70 %	319.013	1.880.544	60 %	521.879	1.358.665	43 %	11 %
628 - OUTRAS CIRURGIAS ENDÓCRINAS, NUTRICIONAS E	1	155.226	0	17.587	138.639	89 %	344	138.295	89 %	3.238	135.047	86 %	20 %
629 - OUTRAS CIRURGIAS ENDÓCRINAS, NUTRICIONAS E	6	34.395	34	11.325	23.046	67 %	24.435	-1.389	-4 %	87.754	-99.143	-288 %	37 %
630 - OUTRAS CIRURGIAS ENDÓCRINAS, NUTRICIONAS E	105	989.392	1.293	371.669	616.430	62 %	28.047	588.383	60 %	201.172	387.211	39 %	25 %
637 - DIABETES COM MCC	10	164.928	41	31.460	133.427	81 %	35.691	97.736	59 %	58.183	47.553	29 %	27 %
638 - DIABETES COM CC	37	313.408	0	40.619	272.789	87 %	118.155	153.634	49 %	114.406	39.228	13 %	12 %
639 - DIABETES SEM COMCC	59	289.932	2.028	35.113	252.791	88 %	179.369	82.422	29 %	109.929	-27.507	-10 %	22 %
640 - DOENÇAS NUTRICIONAS E METABÓLICAS DIVERSAS COM	22	237.015	1.680	79.953	155.382	66 %	72.085	83.297	35 %	53.273	30.024	13 %	23 %
641 - DOENÇAS NUTRICIONAS E METABÓLICAS DIVERSAS SEM	215	1.343.586	23.754	132.014	1.187.818	90 %	341.185	846.633	64 %	303.034	543.599	41 %	105 %
642 - ERROS RIATOS DO METABOLISMO	6	27.695	2.137	2.126	23.342	82 %	3.896	19.446	76 %	5.501	13.945	55 %	294 %
643 - DOENÇAS ENDÓCRINAS COM MCC	6	75.194	0	3.555	72.639	95 %	767	71.872	94 %	13.015	58.857	77 %	25 %
644 - DOENÇAS ENDÓCRINAS COM CC	13	33.596	0	11.864	21.732	65 %	27.108	-5.376	-16 %	15.082	-20.458	-61 %	-4 %
645 - DOENÇAS ENDÓCRINAS SEM COMCC	61	375.130	5.854	113.274	256.002	69 %	4.669	251.333	68 %	49.774	201.559	55 %	-9 %

Desempenho Econômico por DRG													
Período da Alta: 01/04/2019 a 31/03/2020													
Descrição do DRG	Quantidade de Internações	Receita Bruta	Deduções da Receita	Custo Variável	Margem de Contribuição R\$	%	Custo Fixo Direto	Margem Direta R\$	%	Custo Rateio	Resultado Operacional R\$	%	Permanência Realiz./Previsão
853 - CIRURGIAS MAIORES DA BEXIGA COM MCC	6	293.472	14.658	19.497	259.317	93 %	82.467	176.850	63 %	208.787	-31.937	-11 %	129 %
854 - CIRURGIAS MAIORES DA BEXIGA COM CC	14	263.148	88	105.858	157.202	60 %	73.585	83.617	32 %	130.424	-46.807	-18 %	191 %
855 - CIRURGIAS MAIORES DA BEXIGA SEM COMCC	90	513.554	17.219	183.851	312.484	63 %	143.146	169.338	34 %	95.734	73.604	15 %	79 %
856 - CIRURGIAS DO RIM E URETER PARA NEOPLASIAS COM	3	5.150	0	0	5.150	100 %	12.219	-7.069	-137 %	12.965	-20.034	-369 %	-1 %
857 - CIRURGIAS DO RIM E URETER PARA NEOPLASIAS COM CC	23	321.146	24.099	75.096	221.960	75 %	66.820	155.140	52 %	161.700	-6.610	-2 %	102 %
858 - CIRURGIAS DO RIM E URETER PARA NEOPLASIAS SEM	132	1.235.794	31.764	540.402	663.628	55 %	286.164	377.464	31 %	279.450	98.014	8 %	16 %
859 - CIRURGIAS DO RIM E URETER NÃO ONCOLÓGICAS COM	10	541.657	230	77.329	464.098	86 %	27.570	436.528	81 %	93.704	342.824	63 %	32 %
860 - CIRURGIAS DO RIM E URETER NÃO ONCOLÓGICAS COM CC	50	588.450	11.956	233.478	323.014	58 %	162.946	160.068	29 %	119.515	49.553	9 %	189 %
861 - CIRURGIAS DO RIM E URETER NÃO ONCOLÓGICAS SEM	153	1.153.301	18.362	410.860	724.279	64 %	211.217	513.062	45 %	275.039	238.023	21 %	48 %
863 - CIRURGIAS MENORES DA BEXIGA COM CC	18	116.721	6.517	43.022	67.182	61 %	20.359	46.823	42 %	24.895	21.927	20 %	131 %
864 - CIRURGIAS MENORES DA BEXIGA SEM COMCC	139	628.869	7.485	250.908	360.596	58 %	146.042	214.554	35 %	124.007	90.547	15 %	42 %
865 - PROSTATECTOMIA COM MCC	2	75.345	0	6.482	66.863	91 %	31.360	37.493	50 %	0	37.493	50 %	0 %
866 - PROSTATECTOMIA COM CC	9	256.310	440	31.484	224.386	88 %	5.655	218.730	85 %	48.694	170.036	66 %	16 %
867 - PROSTATECTOMIA SEM COMCC	33	244.869	2.100	48.035	194.734	80 %	38.078	156.656	65 %	42.709	113.947	47 %	57 %
868 - CIRURGIAS TRANSURETRAL COM MCC	20	489.737	442	98.391	370.904	79 %	28.822	342.082	73 %	193.046	238.036	51 %	161 %
869 - CIRURGIAS TRANSURETRAL COM CC	221	1.948.664	15.653	720.359	1.212.652	63 %	318.581	894.071	46 %	333.872	560.199	29 %	183 %
870 - CIRURGIAS TRANSURETRAL SEM COMCC	2139	13.654.306	495.644	3.666.416	9.492.245	72 %	3.136.455	6.355.791	48 %	1.295.656	5.060.135	38 %	53 %
871 - CIRURGIAS DA URETRA COM COMCC	10	124.755	0	20.756	103.989	83 %	15.942	87.047	70 %	32.185	54.862	44 %	200 %
872 - CIRURGIAS DA URETRA SEM COMCC	65	281.421	3.454	239.963	37.994	14 %	51.590	-13.596	-5 %	54.341	-67.937	-24 %	33 %
873 - OUTRAS CIRURGIAS DO RIM E TRATO URINÁRIO COM MCC	4	202.358	0	64.510	137.848	68 %	37.970	99.878	49 %	122.258	-22.380	-11 %	124 %
874 - OUTRAS CIRURGIAS DO RIM E TRATO URINÁRIO COM CC	6	110.413	2.001	30.212	76.200	72 %	29.982	46.218	44 %	23.666	24.552	23 %	-16 %
875 - OUTRAS CIRURGIAS DO RIM E TRATO URINÁRIO SEM	29	261.446	926	126.248	134.272	52 %	57.953	76.319	29 %	85.192	-8.873	-3 %	134 %
882 - INSUFICIÊNCIA RENAL COM MCC	41	1.178.778	18.838	79.757	1.080.183	93 %	360.261	719.922	62 %	240.634	479.288	41 %	69 %
883 - INSUFICIÊNCIA RENAL COM CC	123	709.424	21.106	163.504	524.814	76 %	512.296	12.518	2 %	168.662	-156.144	-23 %	13 %
884 - INSUFICIÊNCIA RENAL SEM COMCC	133	950.861	9.120	313.239	628.502	67 %	368.328	259.174	28 %	193.037	66.137	7 %	54 %
885 - INTERNAÇÃO PARA DIÁLISE	19	8.032	0	246	7.786	97 %	21.006	-13.220	-165 %	0	-13.220	-165 %	68 %
886 - NEOPLASIAS DO RIM E TRATO URINÁRIO COM MCC	7	594.419	813	4.122	99.484	96 %	132	99.352	96 %	15.588	83.754	81 %	-6 %
887 - NEOPLASIAS DO RIM E TRATO URINÁRIO COM CC	32	255.413	6.438	31.891	217.285	87 %	42.783	174.503	70 %	96.809	77.634	31 %	28 %
888 - NEOPLASIAS DO RIM E TRATO URINÁRIO SEM COMCC	49	153.237	7.100	34.247	111.890	77 %	21.377	90.513	62 %	29.195	61.318	42 %	-17 %
889 - INFECÇÕES DO RIM E TRATO URINÁRIO COM MCC	121	1.914.083	27.989	244.831	1.641.263	87 %	301.987	1.339.276	71 %	387.984	951.292	50 %	17 %
890 - INFECÇÕES DO RIM E TRATO URINÁRIO SEM MCC	743	3.849.717	73.720	614.531	3.161.466	84 %	1.108.703	2.052.763	54 %	890.942	1.061.821	28 %	22 %
891 - CÁLCULO URINÁRIO COM LITOTRIPSI POR ONDAS DE	2	12.467	0	5.550	6.917	55 %	3.384	3.533	28 %	0	3.533	28 %	7 %
892 - CÁLCULO URINÁRIO COM LITOTRIPSI POR ONDAS DE	18	125.255	415	65.548	59.294	48 %	37.502	21.792	17 %	0	21.792	17 %	37 %
893 - CÁLCULO URINÁRIO SEM LITOTRIPSI POR ONDAS DE	3	7.120	0	5.141	1.979	28 %	6.252	-6.273	-88 %	3.194	-9.467	-133 %	-5 %
894 - CÁLCULO URINÁRIO SEM LITOTRIPSI POR ONDAS DE	451	1.053.419	37.279	186.986	829.154	82 %	212.951	616.203	61 %	127.352	488.851	48 %	3 %
895 - SINAIS E SINTOMAS DO RIM E TRATO URINÁRIO COM MCC	2	8.109	0	1.395	6.714	83 %	6.618	96	1 %	0	96	1 %	-43 %
896 - SINAIS E SINTOMAS DO RIM E TRATO URINÁRIO SEM MCC	62	202.036	8.138	54.528	139.370	72 %	64.623	74.747	39 %	54.269	20.478	11 %	4 %
897 - ESTENOSE URETRAL	5	16.387	0	2.965	13.342	82 %	692	12.650	78 %	6.644	6.106	37 %	123 %
898 - OUTRAS DOENÇAS DO RIM E TRATO URINÁRIO COM MCC	6	52.136	0	23.619	28.517	55 %	30.951	-2.434	-5 %	19.850	-22.284	-43 %	-5 %
899 - OUTRAS DOENÇAS DO RIM E TRATO URINÁRIO COM CC	31	373.403	5.687	153.679	214.037	58 %	69.549	144.488	38 %	99.099	45.389	12 %	35 %
700 - OUTRAS DOENÇAS DO RIM E TRATO URINÁRIO SEM COMCC	194	590.918	9.884	156.152	425.082	73 %	99.456	365.628	83 %	101.751	263.875	45 %	26 %

Desempenho Económico por DRG													
Período da Atividade: 01/04/2019 a 31/03/2020													
Descrição do DRG	Quantidade de Internações	Receita Bruta	Deduções da Receita	Custo Variável	Margem de Contribuição R\$	%	Custo Fixo Direto	Margem Direta R\$	%	Custo Rateio	Resultado Operacional R\$	%	Permanência Realiz./Previsão
707 - CIRURGIAS MAIORES DA REGIÃO PÉLVICA MASCULINA COM	61	518.440	18.290	115.348	384.801	77 %	190.852	283.949	57 %	158.182	125.767	25 %	19 %
708 - CIRURGIAS MAIORES DA REGIÃO PÉLVICA MASCULINA SEM	642	4.353.821	165.992	1.300.963	2.887.796	69 %	1.294.743	1.593.023	38 %	1.158.825	434.198	10 %	16 %
709 - CIRURGIAS PENIANA COM COMCC	16	183.835	566	26.029	167.240	87 %	32.367	134.873	70 %	28.025	106.848	55 %	566 %
710 - CIRURGIAS PENIANA SEM COMCC	334	698.794	21.591	258.481	418.722	62 %	192.627	316.095	47 %	127.229	188.866	28 %	43 %
711 - CIRURGIAS DO TESTÍCULO COM COMCC	14	37.546	1.000	11.793	24.843	68 %	3.498	21.345	58 %	27.887	-6.542	-18 %	122 %
712 - CIRURGIAS DO TESTÍCULO SEM COMCC	299	565.021	17.703	121.773	425.545	78 %	154.205	271.340	50 %	172.524	98.816	18 %	47 %
713 - PROSTATECTOMIA TRANSURETRAL COM COMCC	1	11.318	0	0	11.318	100 %	0	11.318	100 %	0	11.318	100 %	105 %
714 - PROSTATECTOMIA TRANSURETRAL SEM COMCC	3	36.345	0	0	36.345	100 %	0	36.345	100 %	0	36.345	100 %	-2 %
715 - OUTRAS CIRURGIAS DO SISTEMA REPRODUTIVO	4	584.362	27.108	1.443	165.811	99 %	4.178	161.635	96 %	6.240	145.395	92 %	465 %
716 - OUTRAS CIRURGIAS DO SISTEMA REPRODUTIVO	20	194.937	4.732	28.228	161.977	85 %	9.294	152.683	80 %	74.039	78.644	41 %	63 %
717 - OUTRAS CIRURGIAS DO SISTEMA REPRODUTIVO	8	2.071	303	1.053	715	40 %	2.817	-2.102	-119 %	0	-2.102	-119 %	-86 %
718 - OUTRAS CIRURGIAS DO SISTEMA REPRODUTIVO	54	74.032	6.285	9.878	58.089	85 %	15.257	42.832	63 %	10.337	32.495	48 %	161 %
720 - NEOPLASIA DO SISTEMA REPRODUTIVO MASCULINO COM	13	500.501	87	56.913	43.501	43 %	80.696	-37.195	-37 %	121.321	-158.516	-158 %	-25 %
723 - NEOPLASIA DO SISTEMA REPRODUTIVO MASCULINO COM	37	356.678	298	90.981	265.399	74 %	183.439	81.960	23 %	62.042	19.918	6 %	17 %
724 - NEOPLASIA DO SISTEMA REPRODUTIVO MASCULINO SEM	39	83.423	467	15.391	67.565	81 %	21.791	45.774	55 %	78.935	-34.161	-41 %	-11 %
725 - HIPERTROFIA PROSTÁTICA BENIGNA SEM MCC	19	97.982	1.616	34.513	61.853	64 %	10.921	50.932	53 %	14.036	36.899	38 %	-57 %
727 - INFLAMAÇÃO DO SISTEMA REPRODUTIVO MASCULINO COM	3	63.654	0	1.890	61.764	97 %	382	61.382	96 %	4.463	56.919	89 %	-2 %
728 - INFLAMAÇÃO DO SISTEMA REPRODUTIVO MASCULINO SEM	45	225.456	2.839	35.708	186.909	84 %	41.151	145.758	65 %	47.479	98.279	44 %	81 %
730 - OUTRAS DOENÇAS DO SISTEMA REPRODUTIVO MASCULINO	10	11.121	110	1.295	9.716	88 %	3.613	6.103	55 %	1.532	4.571	42 %	1 %
734 - EVISCERAÇÃO PÉLVICA, HISTERECTOMIA RADICAL E	8	182.410	625	92.638	89.247	49 %	96.620	-7.373	-4 %	58.195	-63.598	-35 %	75 %
735 - EVISCERAÇÃO PÉLVICA, HISTERECTOMIA RADICAL E	19	420.158	5.983	103.950	310.225	75 %	89.577	240.648	58 %	67.811	172.837	42 %	94 %
736 - CIRURGIA UTERINA E DOS ANEXOS PARA NEOPLASIA	2	3.516	0	0	3.516	100 %	0	3.516	100 %	4.420	-904	-26 %	-59 %
737 - CIRURGIA UTERINA E DOS ANEXOS PARA NEOPLASIA	14	257.038	1.774	50.257	205.007	80 %	38.924	166.083	65 %	136.470	28.613	11 %	175 %
738 - CIRURGIA UTERINA E DOS ANEXOS PARA NEOPLASIA	81	588.131	7.873	201.873	378.285	65 %	149.571	228.714	39 %	258.583	-29.899	-5 %	108 %
739 - CIRURGIA UTERINA, DOS ANEXOS PARA NEOPLASIAS NÃO-	3	8.640	789	0	8.847	100 %	0	8.847	100 %	5.167	3.680	42 %	140 %
740 - CIRURGIA UTERINA, DOS ANEXOS PARA NEOPLASIAS NÃO-	14	76.340	1.984	48.569	25.787	35 %	88.161	-62.374	-84 %	196.587	-258.951	-348 %	241 %
741 - CIRURGIA UTERINA, DOS ANEXOS PARA NEOPLASIAS NÃO-	144	743.111	22.812	196.477	523.822	73 %	157.009	366.813	51 %	413.672	-46.759	-6 %	98 %
742 - CIRURGIA UTERINA E DOS ANEXOS PARA DOENÇAS NÃO	64	305.806	4.369	190.664	110.773	37 %	144.132	-33.359	-11 %	75.788	-198.147	-36 %	94 %
743 - CIRURGIA UTERINA E DOS ANEXOS PARA DOENÇAS NÃO	1811	6.432.057	205.158	2.449.471	3.777.427	61 %	2.025.265	1.752.162	28 %	1.186.509	585.653	9 %	45 %
744 - DILATAÇÃO E CURETAGEM, CONIZAÇÃO, LAPAROSCOPIA E	18	59.479	745	16.491	42.333	72 %	27.000	15.333	26 %	47.931	-32.598	-56 %	271 %
745 - DILATAÇÃO E CURETAGEM, CONIZAÇÃO, LAPAROSCOPIA E	142	283.148	8.770	52.913	222.365	81 %	141.301	81.064	30 %	256.028	-174.954	-64 %	132 %
746 - CIRURGIAS DA VAGINA, CÉRVIX E VULVA COM COMCC	9	35.324	1.126	19.789	14.409	42 %	12.577	1.832	5 %	24.192	-22.340	-65 %	172 %
747 - CIRURGIAS DA VAGINA, CÉRVIX E VULVA SEM COMCC	144	375.283	4.271	295.960	74.052	25 %	311.043	-236.991	-84 %	448.104	-686.095	-185 %	77 %
748 - CIRURGIAS RECONSTRUTIVA DO SISTEMA REPRODUTIVO	64	204.816	4.507	106.370	93.939	47 %	64.701	29.238	15 %	48.600	-17.362	-9 %	20 %
749 - OUTRAS CIRURGIAS DO SISTEMA REPRODUTIVO FEMININO	6	599.787	0	93.030	106.767	53 %	56.415	50.352	25 %	111.828	-61.476	-31 %	197 %
750 - OUTRAS CIRURGIAS DO SISTEMA REPRODUTIVO FEMININO	35	210.043	10.222	41.969	157.852	79 %	24.673	133.179	67 %	35.714	97.485	49 %	227 %

Desempenho Econômico por DRG													
Período da Alta 01/04/2019 a 31/03/2020													
Descrição do DRG	Quantidade de Internações	Receita Bruta	Deduções da Receita	Custo Variável	Margem de Contribuição R\$	%	Custo Fixo Direto	Margem Direta R\$	%	Custo Rateio	Resultado Operacional R\$	%	Permanência Realiz./Previsão
754 - NEOPLASIA DO SISTEMA REPRODUTIVO FEMININO COM MCC	9	521.169	663	16.505	104.001	86 %	7.299	96.702	80 %	30.599	66.113	56 %	-7 %
755 - NEOPLASIA DO SISTEMA REPRODUTIVO FEMININO COM CC	37	614.050	16	117.409	496.625	81 %	130.877	365.748	60 %	138.320	227.428	37 %	58 %
756 - NEOPLASIA DO SISTEMA REPRODUTIVO FEMININO SEM	62	148.924	3.025	42.561	103.338	71 %	88.034	15.304	10 %	48.505	-33.201	-23 %	21 %
758 - INFECÇÕES DO SISTEMA REPRODUTIVO FEMININO COM CC	4	48.194	1.159	1.881	45.154	96 %	350	44.804	95 %	13.105	31.699	67 %	56 %
759 - INFECÇÕES DO SISTEMA REPRODUTIVO FEMININO SEM	10	39.737	0	6.970	32.767	82 %	6.013	26.754	67 %	14.717	12.037	30 %	139 %
760 - DISTÚRBIOS MENSTRUAIS E OUTRAS DOENÇAS DO	9	92.137	0	54.699	37.438	41 %	17.875	19.563	21 %	19.936	-373	0 %	165 %
761 - DISTÚRBIOS MENSTRUAIS E OUTRAS DOENÇAS DO	94	965.267	668	233.769	430.830	65 %	60.020	370.810	56 %	119.220	260.590	39 %	87 %
765 - CESARIANA COM COMCC	856	6.374.682	910	1.334.920	5.038.852	79 %	709.964	4.328.888	68 %	1.827.082	2.501.806	39 %	54 %
766 - CESARIANA SEM COMCC	2104	11.417.845	2.965	2.800.181	8.614.699	75 %	1.587.496	7.047.203	62 %	2.643.544	4.403.659	39 %	9 %
767 - PARTO VAGINAL COM ESTERILIZAÇÃO E/OU DILATAÇÃO E	16	91.203	29	23.224	67.950	75 %	21.453	46.497	51 %	36.242	10.255	11 %	49 %
768 - PARTO VAGINAL COM PROCEDIMENTO OPERATÓRIO,	1	27.632	0	9.091	18.541	67 %	2.783	15.758	57 %	9.069	6.689	24 %	37 %
769 - DOENÇAS PUERPERAIS E PÓS-ABORTO COM CIRURGIA	13	92.993	0	6.548	86.445	93 %	4.470	81.975	88 %	10.619	71.356	77 %	131 %
770 - ABORTO COM DILATAÇÃO E CURETAGEM, CURETAGEM	214	300.869	793	45.565	254.511	85 %	72.690	181.821	61 %	42.944	138.877	46 %	105 %
774 - PARTO VAGINAL COM DIAGNÓSTICOS COMPLICADORES	64	523.754	0	148.030	377.724	72 %	37.880	339.844	65 %	206.686	133.258	25 %	49 %
775 - PARTO VAGINAL SEM DIAGNÓSTICOS COMPLICADORES	693	4.633.607	298	1.642.476	2.990.833	65 %	505.851	2.484.982	54 %	1.846.667	638.315	14 %	39 %
776 - DOENÇAS PUERPERAIS E PÓS-ABORTO SEM CIRURGIA	30	67.018	0	6.573	60.445	90 %	10.405	50.040	75 %	24.450	25.590	38 %	-5 %
777 - GRAVIDEZ ECTÓPICA	46	191.012	80	60.519	130.433	68 %	26.413	104.020	54 %	51.872	52.148	27 %	12 %
778 - AMEAÇA DE ABORTO OU TRABALHO DE PARTO PRÉ	38	179.546	9	22.064	167.473	88 %	33.725	123.748	69 %	104.264	19.484	11 %	224 %
779 - ABORTO SEM DILATAÇÃO E CURETAGEM	7	6.996	0	154	6.842	98 %	1.417	5.425	78 %	0	5.425	78 %	42 %
780 - FALSO TRABALHO DE PARTO	8	10.315	21	838	9.056	84 %	1.765	7.293	77 %	4.093	3.800	37 %	29 %
781 - OUTRAS DOENÇAS DA GRAVIDEZ COM COMPLICAÇÕES	94	300.097	34	28.520	271.543	90 %	43.366	228.177	76 %	118.684	109.493	36 %	54 %
782 - OUTRAS DOENÇAS DA GRAVIDEZ SEM COMPLICAÇÕES	88	292.514	100	36.507	255.907	88 %	40.964	214.943	74 %	134.514	80.429	28 %	65 %
789 - RECÉM-NASCIDO EVOLUIU PARA ÓBITO OU FDI	5	18.099	37	6.915	12.147	64 %	1.217	10.930	57 %	5.465	5.464	29 %	-79 %
790 - PREMATURIDADE EXTREMA OU SÍNDROME DA ANGIÓSTIA	55	5.626.998	3.314	619.123	5.004.561	89 %	258.434	4.746.127	84 %	2.434.227	2.311.900	41 %	107 %
791 - PREMATURIDADE COM PROBLEMAS MAIORES	104	6.085.818	0	649.375	5.436.443	89 %	362.335	5.074.108	83 %	2.940.252	2.133.856	35 %	169 %
792 - PREMATURIDADE SEM PROBLEMAS MAIORES	77	1.233.650	4	97.606	1.136.040	92 %	94.365	1.041.675	84 %	487.543	554.132	45 %	239 %
793 - RECÉM-NASCIDO A TERMO COM PROBLEMAS MAIORES	82	1.253.146	493	140.721	1.112.022	89 %	122.881	989.141	79 %	650.018	339.123	27 %	116 %
794 - RECÉM-NASCIDO COM OUTROS PROBLEMAS	106	560.681	266	62.135	498.280	89 %	82.226	436.054	78 %	233.107	202.947	36 %	89 %
795 - RECÉM-NASCIDO NORMAL	116	177.647	8	17.312	160.327	90 %	22.440	137.887	78 %	120.023	17.864	10 %	26 %
799 - ESPLENECTOMIA COM MCC	2	15.796	0	4.565	11.201	71 %	17.785	-6.584	-42 %	12.219	-18.803	-119 %	-51 %
800 - ESPLENECTOMIA COM CC	1	6.537	153	1.387	3.997	74 %	2.462	1.535	29 %	0	1.535	29 %	18 %

Desempenho Econômico por DRG													
Período da Alta: 01/04/2019 a 31/03/2020													
Descrição do DRG	Quantidade de Internações	Receita Bruta	Deduções da Receita	Custo Variável	Margem de Contribuição R\$	%	Custo Fixo Direto	Margem Direta R\$	%	Custo Relativo	Resultado Operacional R\$	%	Permanência Realiz./Previsão
801 - ESPLENECTOMIA SEM COMCC	8	96.863	0	71.002	25.861	27 %	44.023	-18.162	-19 %	24.838	-43.000	-44 %	144 %
802 - OUTRAS CIRURGIAS DO SANGUE OU DE ÓRGÃOS	1	14.743	2.190	0	12.583	100 %	0	12.583	100 %	0	12.583	100 %	-80 %
803 - OUTRAS CIRURGIAS DO SANGUE OU DE ÓRGÃOS	8	82.076	174	34.319	47.583	58 %	6.215	41.368	51 %	23.360	18.008	22 %	5 %
804 - OUTRAS CIRURGIAS DO SANGUE OU DE ÓRGÃOS	53	585.040	4.259	46.981	134.700	75 %	30.960	193.740	57 %	53.040	50.700	28 %	121 %
808 - DIAGNÓSTICOS MAIORES	15	403.466	2.470	37.488	363.508	91 %	16.267	347.241	87 %	142.895	204.346	51 %	0 %
809 - DIAGNÓSTICOS MAIORES	98	497.261	1.928	36.104	459.229	93 %	39.299	419.930	85 %	323.275	96.655	20 %	-10 %
810 - DIAGNÓSTICOS MAIORES	42	152.892	55	34.769	118.068	77 %	37.182	80.886	53 %	103.301	-22.415	-15 %	-16 %
811 - DOENÇAS DAS CÉLULAS VERMELHAS COM MCC	17	137.789	0	34.822	102.967	75 %	27.926	75.041	54 %	47.263	27.778	20 %	-17 %
812 - DOENÇAS DAS CÉLULAS VERMELHAS SEM MCC	386	1.321.338	10.889	311.927	998.743	76 %	449.260	549.483	42 %	753.254	-203.771	-16 %	-15 %
813 - DOENÇAS DA COAGULAÇÃO	81	674.231	6.015	274.653	393.563	59 %	60.058	333.505	50 %	62.783	270.722	41 %	16 %
814 - DOENÇAS RETICULOENDOTELIAIS E DA MUNDIDADE COM	4	2.459	0	0	2.459	100 %	7.454	-4.995	-203 %	14.292	-18.287	-784 %	187 %
815 - DOENÇAS RETICULOENDOTELIAIS E DA MUNDIDADE COM	25	322.176	12.057	96.165	213.954	69 %	36.052	177.902	57 %	38.715	138.187	45 %	7 %
816 - DOENÇAS RETICULOENDOTELIAIS E DA MUNDIDADE SEM	15	66.097	0	37.249	28.848	44 %	19.807	9.041	14 %	6.847	2.194	3 %	37 %
820 - LINFOMA E LEUCEMIA COM CIRURGIA MAIOR COM MCC	6	1.021.151	0	37.503	983.648	96 %	5.403	978.245	96 %	60.169	918.076	90 %	31 %
821 - LINFOMA E LEUCEMIA COM CIRURGIA MAIOR COM CC	12	238.611	1.109	99.979	137.523	58 %	95.095	42.428	18 %	68.731	-26.303	-11 %	167 %
822 - LINFOMA E LEUCEMIA COM CIRURGIA MAIOR SEM COMCC	47	795.425	3.192	213.719	488.604	79 %	69.469	419.135	60 %	76.289	342.846	49 %	343 %
823 - LINFOMA E LEUCEMIA CRÔNICA COM OUTROS	1	-	0	0	0	0 %	8.098	-8.098	-100 %	0	-8.098	-100 %	-51 %
824 - LINFOMA E LEUCEMIA CRÔNICA COM OUTROS	3	62.186	88	0	62.098	100 %	0	62.098	100 %	550	61.548	99 %	-17 %
825 - LINFOMA E LEUCEMIA CRÔNICA COM OUTROS	13	197.142	1.022	29.838	166.282	85 %	19.779	146.503	75 %	44.468	102.035	52 %	268 %
827 - DOENÇA MELOPROLIFERATIVA OU NEOPLASIAS POUCO	4	43.055	1.625	27.179	14.250	34 %	12.325	1.935	5 %	12.959	-11.024	-27 %	-33 %
828 - DOENÇA MELOPROLIFERATIVA OU NEOPLASIAS POUCO	41	587.923	22.132	204.846	360.945	64 %	99.159	261.786	46 %	79.774	182.012	32 %	203 %
829 - DOENÇA MELOPROLIFERATIVA OU NEOPLASIAS POUCO	4	81.490	0	16.012	65.478	80 %	14.410	51.068	63 %	13.941	37.127	46 %	199 %
830 - DOENÇA MELOPROLIFERATIVA OU NEOPLASIAS POUCO	39	228.586	730	66.985	160.871	71 %	21.917	138.954	61 %	51.707	87.247	38 %	20 %
834 - LEUCEMIA AGUDA SEM CIRURGIAS MAIORES COM MCC	17	1.474.887	0	571.431	903.456	61 %	54.798	848.658	58 %	331.963	516.695	35 %	30 %
835 - LEUCEMIA AGUDA SEM CIRURGIAS MAIORES COM CC	43	1.819.977	0	530.095	1.289.882	71 %	95.921	1.194.961	65 %	447.056	737.905	41 %	36 %
836 - LEUCEMIA AGUDA SEM CIRURGIAS MAIORES SEM COMCC	99	4.570.137	5.195	1.473.668	3.091.274	68 %	477.126	2.614.148	57 %	535.624	2.078.524	46 %	209 %
837 - QUIMIOTERAPIA COM LEUCEMIA AGUDA COMO	4	97.490	0	0	97.490	100 %	0	97.490	100 %	89.054	8.436	9 %	61 %
838 - QUIMIOTERAPIA COM LEUCEMIA AGUDA COMO	20	277.890	0	4.454	273.436	99 %	12.386	261.050	94 %	133.397	127.653	48 %	13 %
839 - QUIMIOTERAPIA COM LEUCEMIA AGUDA COMO	54	362.391	595	19.739	343.057	95 %	17.032	326.025	90 %	156.334	169.691	47 %	67 %
840 - LINFOMA E LEUCEMIA CRÔNICA COM MCC	25	1.959.440	8.796	251.230	1.399.414	85 %	43.028	1.356.386	82 %	89.988	1.266.398	77 %	20 %
841 - LINFOMA E LEUCEMIA CRÔNICA COM CC	62	1.051.171	558	221.862	828.751	79 %	187.283	641.468	63 %	338.348	323.120	21 %	18 %
842 - LINFOMA E LEUCEMIA CRÔNICA SEM COMCC	139	2.338.392	12.671	569.528	1.756.193	75 %	195.408	1.560.785	67 %	256.446	1.304.339	56 %	32 %
843 - OUTRAS DOENÇAS MELOPROLIFERATIVAS OU DOENÇAS	3	7.895	0	68	7.827	99 %	24	7.803	99 %	14.042	-6.239	-79 %	-23 %
844 - OUTRAS DOENÇAS MELOPROLIFERATIVAS OU DOENÇAS	3	16.823	0	4.999	11.824	70 %	4.421	7.403	44 %	355	7.048	42 %	-32 %
845 - OUTRAS DOENÇAS MELOPROLIFERATIVAS OU DOENÇAS	9	82.840	1.534	6.486	74.820	92 %	10	74.810	92 %	7.541	67.269	83 %	197 %
846 - QUIMIOTERAPIA SEM LEUCEMIA AGUDA COMO DIAGNÓSTICO	6	30.643	0	0	30.643	100 %	0	30.643	100 %	6.044	24.599	80 %	1 %
847 - QUIMIOTERAPIA SEM LEUCEMIA AGUDA COMO DIAGNÓSTICO	115	838.343	40	49.734	788.569	94 %	97.810	690.759	82 %	446.027	244.732	29 %	103 %
848 - QUIMIOTERAPIA SEM LEUCEMIA AGUDA COMO DIAGNÓSTICO	14	10.183	8	895	9.480	93 %	6.193	3.287	32 %	29.704	-26.417	-250 %	-4 %
849 - RADIOTERAPIA	4	1.615	314	0	1.301	100 %	0	1.301	100 %	3.987	-2.686	-206 %	162 %

Desempenho Econômico por DRG													
Período da Alta: 01/04/2019 a 31/03/2020													
Descrição do DRG	Quantidade de Internações	Receita Bruta	Deduções da Receita	Custo Variável	Margem de Contribuição R\$ %	Custo Fixo Direto	Margem Direta R\$ %	Custo Rateio	Resultado Operacional R\$ %	Permanência Realiz./Previsão			
853 - DOENÇAS INFECCIOSAS E PARASITÁRIAS COM CIRURGIAS	48	4.415.421	148.025	506.482	3.760.994	88 %	453.985	3.307.009	77 %	634.764	2.672.245	63 %	34 %
854 - DOENÇAS INFECCIOSAS E PARASITÁRIAS COM CIRURGIAS	59	2.479.788	87.593	465.731	1.956.464	81 %	554.723	1.401.741	58 %	427.528	974.213	40 %	67 %
855 - DOENÇAS INFECCIOSAS E PARASITÁRIAS COM CIRURGIAS	26	1.253.687	4.971	148.819	1.099.897	88 %	74.967	1.024.930	82 %	64.457	960.473	77 %	182 %
856 - INFECÇÃO PÓS-OPERATÓRIA E PÓS-TRAUMÁTICA COM	21	776.919	60.035	112.168	604.776	84 %	232.703	372.073	52 %	162.137	209.936	29 %	15 %
857 - INFECÇÃO PÓS-OPERATÓRIA E PÓS-TRAUMÁTICA COM	70	1.392.491	22.162	400.867	969.462	71 %	293.932	675.530	49 %	423.653	251.877	18 %	44 %
858 - INFECÇÃO PÓS-OPERATÓRIA E PÓS-TRAUMÁTICA COM	35	414.604	12.066	53.371	349.167	87 %	41.700	307.467	76 %	132.097	175.370	44 %	64 %
852 - INFECÇÃO PÓS-OPERATÓRIA E PÓS-TRAUMÁTICA COM MCC	8	351.086	38.867	9.536	302.683	87 %	5.967	296.716	85 %	30.088	266.628	85 %	69 %
863 - INFECÇÃO PÓS-OPERATÓRIA E PÓS-TRAUMÁTICA SEM	68	606.244	6.189	105.862	494.393	82 %	190.334	304.059	51 %	226.613	77.446	13 %	49 %
864 - FEBRE	93	398.760	24	61.536	337.200	85 %	91.243	245.957	62 %	283.142	-37.185	-9 %	44 %
865 - DOENÇA VIRAL COM MCC	9	81.528	0	13.832	67.696	83 %	45.781	21.915	27 %	25.959	-4.044	-5 %	56 %
866 - DOENÇA VIRAL SEM MCC	139	424.800	17.861	55.212	351.727	86 %	183.654	168.073	46 %	121.170	66.903	16 %	22 %
867 - OUTRAS DOENÇAS INFECCIOSAS E PARASITÁRIAS COM	10	318.772	1.536	25.858	291.378	92 %	21.237	270.141	85 %	63.678	266.463	65 %	-23 %
868 - OUTRAS DOENÇAS INFECCIOSAS E PARASITÁRIAS COM CC	36	595.076	11.789	85.515	497.772	83 %	127.278	280.494	57 %	184.740	175.754	36 %	38 %
869 - OUTRAS DOENÇAS INFECCIOSAS E PARASITÁRIAS SEM	29	211.757	4.783	35.235	181.739	88 %	188.480	-7.741	-4 %	48.465	-48.205	-23 %	79 %
870 - SEPSE OU CHOQUE SÉPTICO COM VENTILAÇÃO MECÂNICA	53	5.564.864	167.344	720.094	4.677.426	87 %	723.179	3.954.247	73 %	399.970	3.554.277	66 %	20 %
871 - SEPSE OU CHOQUE SÉPTICO SEM VENTILAÇÃO MECÂNICA	171	4.148.891	118.397	351.445	3.680.049	91 %	555.688	3.124.361	78 %	478.543	2.653.818	66 %	22 %
872 - SEPSE OU CHOQUE SÉPTICO SEM VENTILAÇÃO MECÂNICA	284	4.292.006	97.045	450.553	3.744.408	89 %	797.606	3.036.802	72 %	455.742	2.581.060	62 %	19 %
876 - CIRURGIA COM DIAGNÓSTICO PRINCIPAL DE DOENÇA	17	375.224	534	131.016	243.674	65 %	59.018	184.656	49 %	115.316	69.340	19 %	-30 %
880 - DISFUNÇÃO PSICOSSOCIAL AGUDA E REAÇÃO DE	52	144.988	78	54.215	90.695	63 %	144.119	-83.424	-37 %	44.967	-86.391	-68 %	91 %
881 - NEUROSES DEPRESSIVAS	4	594	0	8	586	99 %	430	156	26 %	0	156	26 %	-15 %
882 - NEUROSES EXCETO AS DEPRESSIVAS	3	1.118	0	15	1.103	99 %	678	425	38 %	0	425	38 %	48 %
883 - DISTÚRBIOS DE PERSONALIDADE E CONTROLE DE	8	39.780	0	3.575	36.205	91 %	5.661	30.544	77 %	8.395	22.149	56 %	61 %
884 - DISTÚRBIOS ORGÂNICOS E RETARDO MENTAL	24	97.887	1.892	53.651	42.544	44 %	138.250	-95.706	-99 %	13.481	-109.167	-113 %	150 %
885 - PSICOSES	162	277.430	14.268	11.518	251.648	96 %	21.951	229.696	87 %	16.467	213.228	81 %	-73 %
887 - OUTROS DIAGNÓSTICOS DE TRANSTORNOS MENTAIS	7	27.683	0	3.129	24.554	89 %	909	23.645	85 %	30.255	-6.600	-24 %	129 %
896 - ABUSO OU DEPENDÊNCIA DE ALCOOLDRUGAS, SEM	2	18.510	0	2.988	16.412	89 %	1.679	14.733	80 %	0	14.733	80 %	-2 %
897 - ABUSO OU DEPENDÊNCIA DE ALCOOLDRUGAS, SEM	14	29.271	0	2.133	18.138	89 %	2.790	15.348	76 %	3.723	11.625	57 %	-34 %

Desempenho Econômico por DRG													
Período da Alta: 01/04/2019 a 31/03/2020													
Descrição do DRG	Quantidade de Internações	Receita Bruta	Deduções da Receita	Custo Variável	Margem de Contribuição R\$	%	Custo Fixo Direto	Margem Direta R\$	%	Custo Rateio	Resultado Operacional R\$	%	Permanência Realiz./Previsão
901 - DESBRIDAMENTO DE FERIDAS POR LESÕES COM MCC	1	40.958	0	13.171	27.787	68 %	1.194	26.593	65 %	21.575	5.018	12 %	35 %
902 - DESBRIDAMENTO DE FERIDAS POR LESÕES COM CC	2	7.724	1.265	234	6.225	96 %	7.947	-1.722	-27 %	25.912	-28.634	-443 %	-42 %
903 - DESBRIDAMENTO DE FERIDAS POR LESÕES SEM COMCC	9	53.887	145	6.008	47.734	89 %	5.030	42.704	79 %	8.975	33.729	63 %	22 %
904 - ENERTO DE PELE POR LESÕES COM COMCC	4	35.292	0	13.038	22.244	63 %	10.655	11.589	33 %	14.801	-3.212	-9 %	-1 %
905 - ENERTO DE PELE POR LESÕES SEM COMCC	19	60.959	0	56.872	4.087	7 %	77.421	-73.334	-120 %	11.211	-84.545	-139 %	346 %
906 - CIRURGIAS DA MÃO POR LESÕES	25	95.966	1.364	37.586	57.016	60 %	41.834	15.182	16 %	16.951	-1.769	-2 %	65 %
907 - OUTRAS CIRURGIAS POR LESÕES COM MCC	15	954.611	53.751	118.198	782.662	87 %	88.401	684.261	76 %	97.395	586.866	65 %	109 %
908 - OUTRAS CIRURGIAS POR LESÕES COM CC	31	640.348	18.334	181.546	440.468	71 %	141.141	299.327	48 %	176.864	122.463	20 %	158 %
909 - OUTRAS CIRURGIAS POR LESÕES SEM COMCC	169	981.094	14.007	419.011	548.076	57 %	185.996	382.080	40 %	182.038	220.042	23 %	171 %
913 - LESÕES TRAUMÁTICAS COM MCC	3	222.146	30.067	3.539	188.440	98 %	662	187.778	98 %	8.801	178.977	93 %	248 %
914 - LESÕES TRAUMÁTICAS SEM MCC	45	205.977	3	21.434	179.540	89 %	43.945	135.595	67 %	67.895	67.700	34 %	97 %
916 - REAÇÕES ALÉRGICAS SEM MCC	14	46.911	290	7.289	39.332	84 %	1.774	37.558	81 %	178	37.380	80 %	19 %
917 - ENVENENAMENTO E EFEITOS TÓXICOS DE DROGAS COM	17	497.257	20.770	26.406	450.081	94 %	26.690	423.391	89 %	76.699	346.692	73 %	87 %
918 - ENVENENAMENTO E EFEITOS TÓXICOS DE DROGAS SEM	128	556.389	1.402	48.795	506.192	91 %	69.480	436.712	79 %	175.768	260.944	47 %	94 %
919 - COMPLICAÇÕES DE TRATAMENTOS COM MCC	1	-	0	0	0	0	3.077	-3.077	-100 %	0	-3.077	-100 %	-22 %
920 - COMPLICAÇÕES DE TRATAMENTOS COM CC	23	95.920	54	23.377	73.479	79 %	21.274	52.205	54 %	17.107	35.098	36 %	42 %
921 - COMPLICAÇÕES DE TRATAMENTOS SEM COMCC	54	195.677	1.029	44.165	150.483	77 %	42.056	108.427	56 %	85.239	43.188	22 %	47 %
922 - OUTRAS LESÕES, ENVENENAMENTOS E INTOXICAÇÃO COM	1	3.246	0	638	2.608	89 %	696	1.912	59 %	1.800	112	3 %	-40 %
923 - OUTRAS LESÕES, ENVENENAMENTOS E INTOXICAÇÃO SEM	7	43.376	581	5.376	37.419	87 %	5.361	32.058	75 %	15.214	16.844	39 %	46 %
929 - QUEIMADURA PROFUNDA COM ENERTO DE PELE OU	1	12.067	0	942	11.125	92 %	0	11.125	92 %	0	11.125	92 %	3.600 %
933 - QUEIMADURAS EXTENSAS OU QUEIMADURAS PROFUNDAS	2	260.838	0	62.256	198.582	76 %	39.584	158.998	61 %	87.367	71.631	27 %	29 %
934 - QUEIMADURA PROFUNDA SEM ENERTO DE PELE OU	7	83.302	1	22.606	60.695	73 %	15.847	44.848	54 %	28.241	16.607	20 %	203 %
935 - QUEIMADURAS NÃO EXTENSAS	20	126.088	0	81.991	44.097	35 %	96.840	-52.743	-42 %	86.167	-138.910	-110 %	56 %
936 - CIRURGIAS COM DIAGNÓSTICO DE OUTROS CONTATOS	15	187.775	2.847	66.819	118.118	64 %	61.466	56.652	31 %	83.721	-27.069	-15 %	180 %
940 - CIRURGIAS COM DIAGNÓSTICO DE OUTROS CONTATOS	57	1.056.125	19.283	368.255	668.587	64 %	84.400	584.187	56 %	276.925	307.262	30 %	276 %
941 - CIRURGIAS COM DIAGNÓSTICO DE OUTROS CONTATOS	503	3.260.567	40.293	1.105.100	2.025.174	63 %	555.097	1.470.077	46 %	483.328	986.749	31 %	112 %
947 - SINAIS E SINTOMAS COM MCC	8	114.350	0	6.981	107.369	94 %	9.480	97.889	86 %	55.126	42.763	37 %	84 %
948 - SINAIS E SINTOMAS SEM MCC	136	774.463	8.511	386.804	379.148	50 %	97.538	281.610	37 %	307.073	-25.463	-3 %	20 %
949 - PÓS-ATENDIMENTO COM COMCC	158	472.210	2.975	45.285	423.950	90 %	88.495	335.454	71 %	303.247	32.207	7 %	157 %
950 - PÓS-ATENDIMENTO SEM COMCC	116	215.110	5.846	22.911	186.353	89 %	89.798	96.555	46 %	166.557	-89.702	-33 %	20 %

Desempenho Econômico por DRG													
Período da Alta: 01/04/2019 a 31/03/2020													
Descrição do DRG	Quantidade de Internações	Receita Bruta	Deduções da Receita	Custo Variável	Margem de Contribuição R\$ %	Custo Fixo Direto	Margem Direta R\$ %	Custo Rateios	Resultado Operacional R\$ %	Permanência Realiz./Previsão			
951 - OUTROS FATORES QUE INFLUENCIAM O ESTADO DE	545	725.751	18.797	150.510	556.454 79 %	488.023	68.431 10 %	351.839	-283.408 -40 %	25 %			
956 - RELIÇÃO DE MEMBRO, CIRURGIA DO QUADRIL E	2	37.703	0	4.862	32.841 87 %	14.615	18.226 48 %	0	18.226 48 %	-43 %			
957 - OUTRAS CIRURGIAS PARA TRAUMA MÚLTIPLO	2	77.801	0	59.358	18.443 24 %	29.450	-11.007 -14 %	27.321	-38.328 -49 %	28 %			
958 - OUTRAS CIRURGIAS PARA TRAUMA MÚLTIPLO	2	-	0	54.327	-54.327	73.452	-127.779	0	-127.779	55 %			
964 - OUTROS TRAUMAS MÚLTIPLOS SIGNIFICATIVOS COM CC	3	5.940	0	22.381	-16.441 -277 %	24.170	-40.611 -684 %	0	-40.611 -684 %	13 %			
965 - OUTROS TRAUMAS MÚLTIPLOS SIGNIFICATIVOS SEM	2	732	0	71	661 90 %	11.372	-10.711 -1463 %	0	-10.711 -1463 %	132 %			
968 - HIV COM PROCEDIMENTO CIRÚRGICO EXTENSO COM	1	33.257	0	4.770	28.487 86 %	11.476	17.011 51 %	0	17.011 51 %	-42 %			
970 - HIV COM PROCEDIMENTO CIRÚRGICO EXTENSO SEM	2	3.262	478	0	2.784 86 %	974	1.810 65 %	0	1.810 65 %	-97 %			
974 - HIV COM CONDIÇÕES MAIORES RELACIONADAS COM	9	589.856	1	27.516	162.339 86 %	25.432	136.907 72 %	49.994	86.913 46 %	-14 %			
975 - HIV COM CONDIÇÕES MAIORES RELACIONADAS COM CC	12	708.072	79.577	37.114	591.381 84 %	16.059	575.322 92 %	24.024	551.298 88 %	61 %			
976 - HIV COM CONDIÇÕES MAIORES RELACIONADAS SEM	5	57.545	0	8.644	48.901 85 %	7.355	41.546 72 %	29.209	12.337 21 %	56 %			
977 - HIV COM OU SEM OUTRAS CONDIÇÕES RELACIONADAS	11	258.980	770	9.048	249.162 96 %	7.734	241.428 94 %	19.783	221.645 86 %	81 %			
981 - CIRURGIA EXTENSA NÃO RELACIONADA AO DIAGNÓSTICO	47	2.367.307	14.242	540.029	1.813.036 77 %	785.468	1.027.568 45 %	515.494	432.074 18 %	116 %			
982 - CIRURGIA EXTENSA NÃO RELACIONADA AO DIAGNÓSTICO	91	1.813.627	8.455	680.768	1.144.404 63 %	688.573	455.831 25 %	425.612	30.219 2 %	71 %			
983 - CIRURGIA EXTENSA NÃO RELACIONADA AO DIAGNÓSTICO	524	4.831.634	46.323	1.545.483	3.239.818 68 %	997.852	2.241.966 47 %	1.043.527	1.198.439 25 %	158 %			
987 - CIRURGIA NÃO-EXTENSA NÃO RELACIONADA AO	8	299.595	3.383	95.050	201.162 70 %	51.334	149.828 52 %	49.641	100.187 35 %	5 %			
988 - CIRURGIA NÃO-EXTENSA NÃO RELACIONADA AO	37	944.748	0	278.616	666.132 71 %	188.978	487.154 63 %	212.965	284.189 30 %	70 %			
989 - CIRURGIA NÃO-EXTENSA NÃO RELACIONADA AO	149	631.327	6.039	159.497	465.791 74 %	237.824	227.967 36 %	225.085	2.882 0 %	69 %			
	62.684	583.054.101	10.864.144	192.866.194	379.323.763 66,3%	120.125.755	259.198.008 45,3%	109.367.014	149.830.994 26,2%				

Sumarização													
Tipo de DRG	Quantidade de Internações	Receita Bruta	Deduções da Receita	Custo Variável	Margem de Contribuição R\$ %	Custo Fixo Direto	Margem Direta R\$ %	Custo Rateios	Resultado Operacional R\$ %	Permanência Realiz./Previsão			
Total de DRGs Cirúrgicos	43.833	408.627.315	8.216.084	156.538.825	243.872.406 60,9 %	85.083.411	158.788.995 39,7 %	69.371.080	89.417.915 22,3 %	46 %			
Total de DRGs Clínicos	18.851	174.426.786	2.648.060	36.327.369	135.451.357 78,9 %	35.042.344	100.409.013 58,5 %	38.995.934	60.413.079 35,2 %	35 %			
Total	62.684	583.054.101	10.864.144	192.866.194	379.323.763 66,3 %	120.125.755	259.198.008 45,3 %	109.367.014	149.830.994 26,2 %	41 %			

APÊNDICE I – Desempenho Econômico Por Especialidade Médica

Desempenho Econômico por Especialidade													
Período da Alta: 01/04/2019 - 31/03/2020													
Descrição da Especialidade	Nº Interações	Receita Bruta	Deduções da Receita	Custo Variável	Margem de Contribuição		Custo Fixo Direto	Margem Direta		Custo Rateios	Resultado Operacional		Permanência Realiz. Previsto
					R\$	%		R\$	R\$ %		R\$	%	
Acupuntura	15	66.061	-	33.071	33.010	50,0%	130	32.880	49,8%	14.261	18.619	28,2%	-65%
Alergia e Imunologia	4	30.384	-	5.615	24.769	81,5%	2.636	22.133	72,8%	20.552	1.581	5,2%	56%
Anestesiologia	110	1.253.000	18.530	598.874	635.596	51,5%	115.837	519.759	42,1%	140.883	378.876	30,7%	-1%
Angiologia	181	2.350.268	13.274	1.097.578	1.239.416	53,0%	714.756	524.660	22,5%	354.879	169.781	7,3%	65%
Angiorradiologia e Cirurgia Endovascular	1	2.111	309	-	1.802	100,0%	-	1.802	100,0%	-	1.802	100,0%	0%
Assistência Prestada por Profissional não Médico - Odontólogo	204	3.660.244	18	1.943.953	1.716.273	46,9%	31.219	1.685.054	46,0%	550.834	1.134.220	31,0%	66%
Cardiologia	2.968	53.690.912	1.263.489	13.048.424	39.378.999	75,1%	6.267.588	33.111.411	63,2%	5.231.095	27.880.316	53,2%	42%
Cardiologia Pediátrica	1	2.748	-	312	2.436	88,6%	254	2.182	79,4%	1.677	505	18,4%	-5%
Cirurgia Cardiovascular	569	9.522.359	435.658	3.229.521	5.857.180	64,5%	4.030.458	1.826.722	20,1%	789.256	1.037.466	11,4%	20%
Cirurgia Crânio-Maxilo-Facial	126	327.915	31.067	856.976	560.128	-188,7%	623.557	1.183.685	-398,8%	-	1.183.685	-398,8%	65%
Cirurgia da Mão	120	422.974	-	206.772	216.202	51,1%	121.043	95.159	22,5%	114.186	19.027	-4,5%	-14%
Cirurgia de Cabeça e Pescoço	852	6.305.156	87.552	1.762.333	4.455.271	71,7%	727.329	3.727.942	60,0%	1.642.561	2.085.381	33,5%	3%
Cirurgia do Aparelho Digestivo	1.172	5.623.409	2.314	3.286.125	2.334.970	41,5%	2.771.195	436.225	-7,8%	365.037	801.262	-14,3%	44%
Cirurgia Geral	8.189	64.008.396	1.353.077	23.414.823	39.240.496	62,0%	11.729.796	27.510.700	43,9%	9.857.425	17.653.275	28,2%	27%
Cirurgia Oncológica	389	3.093.282	3.409	407.201	2.682.672	86,8%	535.536	2.147.136	69,5%	175.747	1.971.389	63,8%	99%
Cirurgia Pediátrica	504	1.561.686	6.911	304.764	1.250.011	80,4%	374.165	875.846	56,3%	750.906	124.940	8,0%	62%
Cirurgia Plástica	1.747	4.626.516	234.848	805.092	3.586.576	81,7%	844.999	2.741.577	62,4%	1.574.452	1.167.125	26,6%	39%
Cirurgia Torácica	808	11.070.098	115.706	4.999.013	5.955.379	54,4%	3.837.614	2.117.765	19,3%	1.948.960	168.805	1,5%	27%
Cirurgia Vasculár	1.352	16.256.590	163.417	6.298.848	9.794.325	60,9%	1.703.123	8.091.202	50,3%	2.245.116	5.846.086	36,3%	34%
Clínica Médica	3.754	66.623.625	1.096.154	13.402.103	52.125.368	79,5%	17.192.389	34.932.979	53,3%	9.352.960	25.580.019	39,9%	62%
Coloproctologia	480	3.182.337	1.372	1.962.594	1.218.371	38,3%	1.729.176	510.895	-16,1%	1.192.455	1.703.260	-53,5%	61%
Dermatologia	622	1.131.004	9.000	43.537	1.078.467	96,1%	134.065	944.402	84,2%	1.129.749	185.347	-16,5%	-30%

Desempenho Econômico por Especialidade

Período da Alta: 01/04/2019 - 31/03/2020

Descrição da Especialidade	Nº Internações	Receita Bruta	Deduções da Receita	Custo Variável	Margem de Contribuição		Custo Fixo Direto	Margem Direta		Custo Rápidos	Resultado Operacional		Permanência Realiz./Previsão
					R\$	%		R\$	R\$ %		R\$	%	
Dor	2	154.398	0	28.310	125.088	81,7%	19.726	105.362	68,9%	42.538	83.824	41,3%	103%
Eletrofisiologia Clínica Invasiva	58	281.198	41.195	0	240.003	100,0%	0	240.003	100,0%	0	240.003	100,0%	19%
Endocrinologia e Metabolologia	45	547.381	2.487	54.220	490.664	90,0%	42.757	447.907	82,2%	70.489	377.418	69,3%	38%
Endocrinologia Pediátrica	5	38.297	0	5.148	33.151	86,6%	8.835	24.216	63,2%	34.721	10.505	-27,4%	-19%
Endoscopia	24	82.327	0	4.826	77.401	94,0%	30.432	46.969	57,1%	15.994	30.975	37,6%	-58%
Endoscopia Digestiva	232	2.057.630	17.395	456.329	1.583.906	77,6%	165.985	1.417.921	69,5%	656.649	761.272	37,3%	9%
Gastroenterologia	1.161	5.764.528	45.554	1.846.738	3.772.236	66,0%	1.322.211	2.450.025	42,8%	4.043.270	1.593.245	-27,9%	6%
Gastroenterologia Pediátrica	18	156.661	0	30.041	126.620	80,8%	31.653	94.967	60,6%	132.931	37.964	-24,2%	-9%
Geriatria	289	5.666.197	2.191	1.281.764	4.382.332	77,4%	1.090.744	3.291.588	58,1%	484.908	2.806.680	49,6%	80%
Ginecologia e Obstetrícia	6.667	33.048.298	269.834	9.126.751	23.660.713	72,2%	5.801.916	17.858.797	54,5%	10.149.240	7.709.557	23,5%	32%
Hematologia e Hemoterapia	559	19.191.563	241	5.005.822	14.185.500	73,9%	1.849.123	12.336.377	64,3%	1.870.381	10.465.996	54,5%	89%
Hematologia e Hemoterapia Pediátrica	1	26.511	0	0	26.511	100,0%	0	26.511	100,0%	512	25.999	98,1%	42%
Hemodinâmica e Cardiologia Intervencionista	130	910.352	133.365	0	776.987	100,0%	0	776.987	100,0%	0	776.987	100,0%	-4%
Hepatologia	6	201.978	0	105.922	156.056	59,6%	29.479	126.577	48,3%	98.184	28.393	10,6%	-28%
Infectologia	142	3.038.336	1.848	393.356	2.643.132	87,0%	148.723	2.494.409	82,1%	443.723	2.050.686	67,5%	84%
Mastologia	763	2.264.746	25.237	1.194.270	1.045.239	46,7%	854.307	190.932	8,5%	560.767	369.835	-16,5%	71%
Medicina Intensiva	1.322	13.010.522	962.613	3.459.476	8.588.433	71,3%	8.098.924	489.509	4,1%	907.244	417.735	-3,5%	65%
Medicina Intensiva Pediátrica	8	184.066	0	14.183	169.883	92,3%	32.779	137.104	74,5%	90.226	46.878	25,5%	-32%
Medicina Palliativa	206	490.102	38	12.721	477.343	97,4%	145.724	331.619	67,7%	936.001	604.382	-123,3%	19%
Nefrologia	632	8.335.208	13.828	1.972.967	6.348.393	76,3%	2.019.829	4.328.564	52,0%	2.059.380	2.289.184	27,3%	55%
Nefrologia Pediátrica	3	139.275	0	40.383	98.892	69,0%	23.286	66.606	51,1%	81.093	14.487	-11,1%	42%
Neonatologia	19	554.188	0	79.398	474.770	85,7%	48.476	426.294	76,7%	457.737	32.443	-5,9%	76%
Neurocirurgia	1.402	26.459.221	261.531	10.019.821	16.177.869	61,8%	5.705.675	10.472.194	40,0%	3.724.862	6.747.332	25,8%	51%
Neurofisiologia Clínica	1	395	58	0	337	100,0%	0	337	100,0%	0	337	100,0%	-98%
Neurologia	1.546	22.483.920	6.911	11.127.025	11.349.984	50,5%	5.649.888	5.700.096	25,4%	3.759.040	1.941.056	8,6%	47%
Neurologia Pediátrica	9	97.974	0	33.616	64.358	65,7%	28.215	36.143	36,9%	37.490	1.257	-1,3%	32%

Desempenho Econômico por Especialidade

Período da Alta: 01/04/2019 - 31/03/2020

Descrição da Especialidade	Nº Internações	Receita Bruta	Deduções da Receita	Custo Variável	Margem de Contribuição		Custo Fixo Direto	Margem Direta		Custo Rateios	Resultado Operacional		Permanência Realiz./Previsto
					R\$	%		R\$	R\$ %		R\$	%	
Neuroradiologia	3	127.107	0	92.839	34.268	27,0%	8.933	25.335	19,9%	20.524	4.811	3,8%	-18%
Oftalmologia	105	107.231	2.754	28.366	76.111	72,8%	63.799	12.312	11,8%	8.091	4.251	4,1%	50%
Oncologia Clínica	2.175	22.659.359	133.376	5.220.096	17.305.887	76,8%	3.910.376	13.395.511	59,5%	7.024.299	5.471.212	24,3%	37%
Oncologia Pediátrica	429	3.175.782	137	415.623	2.760.022	86,9%	243.743	2.516.279	79,2%	2.451.898	64.381	2,0%	21%
Ortopedia e Traumatologia	10.437	86.504.042	2.076.241	48.169.560	36.258.241	42,9%	16.997.555	19.269.686	22,8%	12.836.606	6.424.080	7,6%	39%
Otorrinolaringologia	2.574	8.579.112	659.970	1.419.215	6.499.927	82,1%	1.026.834	5.473.093	69,1%	791.409	4.681.684	59,1%	4%
Patologia	181	62.256	641	8.637	52.978	86,0%	72.371	19.393	-31,5%	351.870	371.263	-602,6%	-73%
Pediatria	1.169	18.780.655	4.570	2.141.714	16.634.371	88,6%	1.709.994	14.924.377	79,5%	8.384.915	6.539.462	34,8%	83%
Pneumologia	720	6.546.804	457.722	1.516.963	4.570.119	75,1%	2.304.837	2.265.282	37,2%	990.839	1.274.443	20,9%	16%
Pneumologia Pediátrica	8	94.114	0	13.657	80.457	85,5%	1.708	78.749	83,7%	34.294	44.455	47,2%	70%
Psiquiatria	108	128.691	1.328	9.258	118.105	92,7%	26.613	91.492	71,8%	0	91.492	71,8%	-1%
Radiologia e Diagnóstico por Imagem	60	1.153.128	0	326.777	826.351	71,7%	65.148	761.203	66,0%	194.027	567.176	49,2%	-18%
Radiologia Intervencionista e Angioradiologia	10	623.130	0	253.837	369.293	59,3%	15.535	353.758	56,8%	57.901	295.857	47,5%	-6%
Radioterapia	38	14.770	33	1.949	12.788	86,8%	43.998	31.210	-211,8%	230.311	261.521	-1774,6%	25%
Reumatologia	170	2.410.394	0	562.057	1.848.337	76,7%	224.341	1.623.996	67,4%	1.131.119	492.877	20,4%	10%
Transplante de Medula Óssea	132	4.514.981	918	91.301	4.422.762	98,0%	36.201	4.386.561	97,2%	1.954.913	2.431.648	53,9%	-12%
Urologia	4.927	27.525.198	915.103	8.491.611	18.118.484	68,1%	6.737.117	11.381.367	42,8%	3.693.747	7.487.620	28,1%	24%
Total:	62.684	583.054.101	10.864.144	192.866.154	379.323.763	66,3%	120.125.755	259.198.008	45,3%	109.367.014	149.830.994	26,2%	41%

APÊNDICE J – Permanência Prevista Por Especialidade Médica

Permanência prevista por especialidade		
Especialidade	Altas	Permanência Média Prevista
Acupuntura	15	1,5
Alergia e Imunologia	4	4,6
Anestesiologia	110	2,0
Angiologia	181	4,1
Angiorradiologia e Cirurgia Endovascular	1	2,2
Assistência Prestada por Profissional não Médico - Odontólogo	204	1,1
Cardiologia	2.988	4,1
Cardiologia Pediátrica	1	4,0
Cirurgia Cardiovascular	569	5,2
Cirurgia Crânio-Maxilo-Facial	126	1,4
Cirurgia da Mão	120	0,9
Cirurgia de Cabeça e Pescoço	852	1,7
Cirurgia do Aparelho Digestivo	1.172	1,9
Cirurgia Geral	8.189	1,8
Cirurgia Oncológica	389	1,8
Cirurgia Pediátrica	504	1,2
Cirurgia Plástica	1.747	1,5
Cirurgia Torácica	808	4,9
Cirurgia Vascular	1.352	2,5
Clínica Médica	3.754	5,7
Coloproctologia	480	2,5
Dermatologia	622	1,0
Dor	2	4,0
Eletrofisiologia Clínica Invasiva	58	1,9
Endocrinologia e Metabologia	45	3,7
Endocrinologia Pediátrica	5	3,6
Endoscopia	24	2,0
Endoscopia Digestiva	232	2,0
Gastroenterologia	1.161	3,2
Gastroenterologia Pediátrica	18	2,8
		187

Geriatria	289	4,5
Ginecologia e Obstetrícia	6.667	1,8
Hematologia e Hemoterapia	559	6,2
Hematologia e Hemoterapia Pediátrica	1	9,1
Hemodinâmica e Cardiologia Intervencionista	130	2,6
Hepatologia	6	13,9
Infectologia	142	5,4
Mastologia	763	1,0
Medicina Intensiva	1.322	5,7
Medicina Intensiva Pediátrica	8	7,0
Medicina Paliativa	206	4,1
Nefrologia	632	5,2
Nefrologia Pediátrica	3	5,7
Neonatologia	19	8,8
Neurocirurgia	1.402	4,1
Neurofisiologia Clínica	1	0,9
Neurologia	1.546	4,5
Neurologia Pediátrica	9	2,3
Neurorradiologia	3	2,5
Oftalmologia	105	0,3
Oncologia Clínica	2.175	4,4
Oncologia Pediátrica	429	3,9
Ortopedia e Traumatologia	10.437	1,9
Otorrinolaringologia	2.574	0,7
Patologia	181	0,5
Pediatria	1.169	6,7
Pneumologia	720	6,3
Pneumologia Pediátrica	8	7,8
Psiquiatria	108	3,9
Radiologia e Diagnóstico por Imagem	60	2,7
Radiologia Intervencionista e Angiorradiologia	10	2,8
Radioterapia	38	4,1
Reumatologia	170	5,0
Transplante de Medula Óssea	132	13,3
Urologia	4.927	1,4
Total	62.684	2,7

APÊNDICE K – Cases com o uso da Metodologia DRG

Remuneração médica baseada em valor - PUBLICADO						
Case	Palestrante	Video	Apresentação	Podcast(se houver)	Sumário Executivo(se houver)	Mini-resumo ou LP
Uso da ferramenta DRG para aumento da remuneração dos cooperados	Cláudio Azevedo - Vice-Presidente da Unimed Santa Maria	https://vimeo.com/842182423	https://bit.ly/2w8E9D0	https://open.spotify.com/episode/1muy6tmyv3a0v2P9hvt3w87662r7b64644b7	https://www.valorsaudebrasil.com.br/wp-content/uploads/2021/11/Sumario-Executivo-Remuneracao-Medica-Baseada-em-Valor.pdf	A Unimed Santa Maria (RS) relata como a mudança do modelo remuneratório médico, baseado em valor e controlado pela plataforma DRG Brasil, propiciou um modelo de soma positiva que todos os envolvidos saem ganhando, em pouco tempo.
Regulação baseada em Valor						
Case	Palestrante	Video	Apresentação	Podcast(se houver)	Sumário Executivo(se houver)	Mini-resumo ou LP
DRG Brasil como alavanca para regulação	Fatima Pinho - Sócia da Deloitte Brasil	https://vimeo.com/843744863	https://vtt.ly/0Y2k7w	https://open.spotify.com/episode/2iic9t4r164fu8U4K286mV33iuvv1a2e80C5a884eP1N04e	https://www.valorsaudebrasil.com.br/wp-content/uploads/2021/11/Sumario-Executivo-Nucleo-de-Inteligencia.pdf	A empresa global de consultoria Deloitte fala sobre as práticas da regulação assistencial, que compreende os processos de regulamentação, controle, auditoria e avaliação. Fatima Pinho explica como utilizar a plataforma Valor Saúde by DRG Brasil como alavanca para a regulação no sistema de saúde brasileiro.
Auditoria e regulação de rede baseada em valor: a ruptura de um paradigma	Tania Grillo - Presidente do Grupo IAG Saúde e Cofundadora da plataforma Valor Saúde Brasil	https://vimeo.com/844068035	https://vtt.ly/0Y2k7w	https://open.spotify.com/episode/2iic9t4r164fu8U4K286mV33iuvv1a2e80C5a884eP1N04e	https://www.valorsaudebrasil.com.br/wp-content/uploads/2021/11/Sumario-Executivo-Curso-DRG-Brasil-Auditoria.pdf	Veja como a evolução dos modelos de auditoria em saúde e regulação de rede, incorporando os princípios de governança clínica, têm contribuído de forma extraordinária para a entrega de valor em saúde: redução de desperdícios com aumento da qualidade assistencial.
Gestão assistencial para entrega de valor						
Case	Palestrante	Video	Apresentação	Podcast(se houver)	Sumário Executivo(se houver)	Mini-resumo ou LP
Entrega de Valor em Saúde com engajamento à beira leito	Fernando Barreto - Diretor Médico do Hospital e Maternidade São Cristóvão Ingrid Francesco - Gerente da Deloitte Brasil	https://vimeo.com/846160023	https://vtt.ly/0Y2k7w	https://open.spotify.com/episode/2iic9t4r164fu8U4K286mV33iuvv1a2e80C5a884eP1N04e	https://www.valorsaudebrasil.com.br/wp-content/uploads/2021/11/Sumario-Executivo-da-Solucao-Aplicacao-Beira-Leito-1.pdf	Fernando Barreto relata os resultados da entrega de valor, aumento de giro de leito e desfechos assistenciais da Medicina 4P no Hospital e Maternidade São Cristóvão usando o aplicativo Valor Saúde Beira Leito da plataforma Valor Saúde Brasil by DRG Brasil.

Utilizado na
Entrega de Valor
na Beira do Leito

Ambulatorização cirúrgica e Aumento de eficiência pelo uso do protocolo ERAS						
Case	Palestrante	Vídeo	Apresentação	Podcast(se houver)	Sumário Executivo(se houver)	Mini-resumo ou LP
Resultados de Protocolos de Desospitalização Rápida Aliada ao Uso do DRG Brasil	Victor Edmond Seid - Membro do ERAS Society e Coordenador do HRSUC	https://www.youtube.com/watch?v=8B168	https://agisaude.cma439.co.m/v/4-c0jyky-e00h4j-m/			
Case de sucesso na implantação do protocolo de otimização perioperatória (ERAS) na rede de Hospitais São Camilo de SP	Lutz Fernando Falção - Gestor de Anestesiologia do Hospital São Camilo SP	https://www.youtube.com/watch?v=177101	https://www.youtube.com/watch?v=177101	https://www.youtube.com/watch?v=80106770u2a51	https://www.youtube.com/watch?v=80106770u2a51	A rede hospitalar São Camilo de São Paulo falará sobre a contribuição da aplicação do protocolo ERAS (Recuperação Otimizada do Pós-operatório) para a entrega de valor. O Dr. Falção, coordenador da certificação ERAS da instituição, analisará a melhoria alcançada para a eficiência hospitalar e os resultados assistenciais.
Redução de Internações por Condições Sensíveis Atenção Primária pelo serviço de emergência pela entrega de valor						
Case	Palestrante	Vídeo	Apresentação	Podcast(se houver)	Sumário Executivo(se houver)	Mini-resumo ou LP
Redução de ICSAP pelo serviço de emergência	Roberto Moreira - Diretor Superintendente da Unimed Blumenau	https://www.youtube.com/watch?v=828881	https://grupogiaguia.com.br/wp-content/uploads/2020/12/MP-RS121.pdf			Iremos enxergar na prática a alta segura da emergência através de uma jornada do paciente integrada ao sistema de saúde neste case da Unimed Blumenau. Mais segurança para o paciente, menos desperdício evitando internações por meio de um sistema de saúde integrado e alinhado à entrega de valor.
Remuneração médica baseada em valor - PUBLICADO						
Case	Palestrante	Vídeo	Apresentação	Podcast(se houver)	Sumário Executivo(se houver)	Mini-resumo ou LP
Contribuições da plataforma DRG Brasil na Governança Clínica	Rita de Cássia Meneses - Coordenadora Geral Médica de Maternidade Unimed-BH	https://www.youtube.com/watch?v=304930	https://www.youtube.com/watch?v=304930	https://www.youtube.com/watch?v=80106770u2a51	https://www.youtube.com/watch?v=80106770u2a51	
Governança Clínica no Hospital Mãe de Deus	Helen Valentim - Médica de Qualidade do Hospital Mãe de Deus	https://www.youtube.com/watch?v=012127	https://www.youtube.com/watch?v=012127	https://www.youtube.com/watch?v=80106770u2a51	https://www.youtube.com/watch?v=80106770u2a51	
Aumento da Eficiência do uso do Leito Hospitalar - PUBLICADO						
Case	Palestrante	Vídeo	Apresentação	Podcast(se houver)	Sumário Executivo(se houver)	Mini-resumo ou LP
DRG Brasil - Alta Segura A visão do hospital - Caso Hospital Márcio Cunha: Os benefícios do uso do DRG Admissional	Mauro Oscar Lima - Superintendente do Hospital Márcio Cunha - FSFX	https://www.youtube.com/watch?v=818290	https://agisaude.cma439.co.m/v/4-c0jyky-e00h4j-m/			Conheça as boas práticas com o uso do DRG Admissional, associado ao gerenciamento de leitos e alta segura, no Hospital Márcio Cunha e confira como a ferramenta possibilitou a atuação da equipe multi (médicos, diretores, codificadores, enfermeiros, administradores) para melhores resultados assistenciais.
Gestão eficiente do uso do leito hospitalar na saúde suplementar	Áurea Nunes - Coordenadora de Gestão de Leitos da Unimed Belém	https://www.youtube.com/watch?v=817741	https://grupogiaguia.com.br/wp-content/uploads/2020/12/leitos.pdf			Saiba como a gestão estruturada da permanência hospitalar utilizando a solução Alta Segura da plataforma Valor Saúde Brasil tem repercutido positivamente na desospitalização segura dos pacientes da Unimed Belém, permitindo o uso eficiente do leito e a redução de readmissões não planejadas.
Aumento da Eficiência do Uso do Leito do SUS	Lorena Furbino - Coordenadora do Projeto DRG 100% SUS da Prefeitura de Belo Horizonte	https://www.youtube.com/watch?v=828554	https://agisaude.cma439.co.m/v/4-c0jyky-e00h4j-m/			O projeto DRG Brasil no SUS focou nos 4 eixos assistenciais. São eles: diminuir internações potencialmente evitáveis, reduzir readmissões em 30 dias potencialmente evitáveis, aumentar a segurança assistencial hospitalar e diminuir a permanência hospitalar além daquela necessária ao tratamento.

Engajamento do paciente para entrega de valor						
Case	Palestrante	Video	Apresentação	Podcast(se houver)	Sumário Executivo(se houver)	Mini-resumo ou IP
Fala da Comunidade de Clientes O engajamento do paciente na construção de uma assistência segura	Isis Lassarote - Gerente Médica do Hospital Unimed Volta Redonda Priscila Carvalho - Gerente Assistencial do Hospital Unimed Volta Redonda	https://vimeo.com/672417288	https://grupoiagaude.com.br/wp-content/uploads/2020/11/Priscila-e-Isis-apresentacao.pdf			A Unimed Volta Redonda demonstrará como envolver o paciente na implementação de medidas preventivas a serem aplicadas ao seu cuidado, bem como conscientizar o paciente do seu tratamento e, ainda, avaliar a sua experiência. Veja, em primeira mão, a experiência pioneira nesta jornada de engajamento.
SUS: Aumento do acesso pelo controle do desperdício						
Case	Palestrante	Video	Apresentação	Podcast(se houver)	Sumário Executivo(se houver)	Mini-resumo ou IP
Fala do Ecossistema Um direito de todos: como o SUS de BH está aumentando o acesso da população aos serviços de saúde	Jomara Alves - Presidente do Grupo de Inovação em Saúde da SMS/PBH	https://vimeo.com/672418434	https://grupoiagaude.com.br/wp-content/uploads/2020/11/03.MARA1.pdf			
Remuneração médica baseada em valor - PUBLICADO						
Case	Palestrante	Video	Apresentação	Podcast(se houver)	Sumário Executivo(se houver)	Mini-resumo ou IP
SUS - Modelo Remuneratório Hospitalar Baseado em Valor: Aplicando bonificação	Marcelo Campos - Assessor da Diretoria de Regulação de Média e Alta Complexidade da Prefeitura de Belo Horizonte/SUS	https://vimeo.com/672418564	https://iagsaude.cmail19.com/t/4-i0lyky-e00hy4-jd/			O novo contrato SUS-BH e hospitais e os Incentivos Fixos Federais aos hospitais estão atrelados a uma matriz de indicadores/compromissos que totalizam 100 pontos que serão distribuídos a partir do aumento de eficiência mensurados pelo DRG Brasil.
Saúde suplementar - Aplicando Bundle DRG Brasil	Maria Conceição Queiroz - Coordenadora Médica do DRG Brasil da Unimed Goiânia	https://vimeo.com/672418867	https://iagsaude.cmail19.com/t/4-i0lyky-e00hy4-jd/			No IV Encontro Nacional DRG Brasil, a coordenadora médica do DRG Brasil da Unimed Goiânia, Dra. Maria Conceição Queiroz, detalha a metodologia de precificação e negociação com a rede prestadora para implantação de modelo remuneratório por Bundle DRG Brasil.
Saúde suplementar - Aplicando Bundle DRG Brasil	Salvador Gullio Neto - Diretor de Provimento da Unimed Porto Alegre	https://vimeo.com/672417485	https://iagsaude.cmail20.com/t/4-ghukit-e00hy4-jd/			Durante o III Encontro Nacional DRG Brasil, o diretor de provimento da Unimed Porto Alegre, Dr. Salvador Gullio, ressaltou valores como relacionamento transparente com a rede prestadora.
Saúde suplementar - Pagamento por Valor Assistencial	José Augusto Ferreira - Diretor de Provimento da Unimed BH	https://vimeo.com/672417767	https://iagsaude.cmail20.com/t/4-ghukit-e00hy4-jd/			O diretor de provimento da Unimed-BH, José Augusto Ferreira, explica como a operadora utiliza o DRG Brasil para remuneração dos seus prestadores para compartilhamento dos ganhos com o foco no controle da sinistralidade e na redução do desperdício.