



DMS 003/26

05 de janeiro de 2026

Aos(as) Cooperados(as) da Unimed Campinas

Prezados(as),

Ref.: Remuneração Variável DRG+Valor

A Diretoria Médico-Social (DMS) e a Gestão de Riscos em Saúde (GRS) da Unimed Campinas informam que, desde outubro de 2025, iniciaram o Projeto de Remuneração Variável DRG+Valor.

Conteúdo: O Projeto de Remuneração Variável da Unimed Campinas constitui uma iniciativa estratégica destinada a alinhar os modelos de remuneração dos médicos cooperados e dos hospitais da rede credenciada com codificação DRG (Diagnosis Related Groups). Este projeto tem como escopo principal reconhecer e incentivar a eficiência e a qualidade na gestão das internações hospitalares, promovendo um modelo de remuneração baseado em valor.

O regulamento do projeto pode ser acessado por meio do Canal do Cooperado da Unimed Campinas, na página da comunicação compartilhada, área destinada ao programa de remuneração variável.

Solicitamos que os prestadores leiam atentamente o documento e, em caso de dúvidas, entrem em contato com a Gestão de Riscos em Saúde pelo telefone: (19) 3735-7132 ou pelo e-mail: drgrmaisvalor@unimedcampinas.com.br

Atenciosamente,

Assinado por:

Antonio Claudio Guedes Chrispim

17B1964C3C514D2...

Dr. Antonio Claudio Guedes Chrispim
Diretor Médico-Social

DocuSigned by:

Flávio Leite Aranha Júnior

B29AF9F377034CD...

Dr. Flávio Leite Aranha Júnior
Diretor da Área Hospitalar e
Serviços Credenciados



ANEXO I

REGULAMENTO REMUNERAÇÃO VARIÁVEL – DRG (Diagnosis Related Groups)

1. DEFINIÇÕES E OBJETIVOS

O Projeto de Remuneração Variável da Unimed Campinas é um modelo de bonificação que utiliza a metodologia DRG (Diagnosis Related Groups) para classificar internações e mensurar o desempenho assistencial, com base em critérios objetivos como proporção de altas eficientes, segurança assistencial, reinternações e casos de longa permanência, vinculando os resultados ao médico responsável e ao prestador.

Tem como objetivo principal implantar um modelo de remuneração variável e alinhar os incentivos financeiros à entrega de valor em saúde, reconhecendo cooperados e hospitais que promovem melhores desfechos clínicos, maior eficiência assistencial e custo evitável de diárias excedentes. O modelo induz coordenação assistencial na rede e melhora a continuidade do cuidado, com impacto direto em eficiência e sustentabilidade.

2. CÁLCULO DA PROPORÇÃO DE INTERNAÇÕES EFICIENTES

A análise será baseada no resultado do trimestre anterior.

$$\text{Proporção de Internações Eficientes (\%)} = \frac{\text{Número de Altas Eficientes}}{\text{Total de Altas no Período}} \times 100$$

** Nesse cálculo não será utilizado o índice de eficiência da plataforma, mas a proporção entre casos eficientes e o total de internações de cada prestador.*

3. PÚBLICO ELEGÍVEL

Serão elegíveis para o projeto:

- Médicos cooperados da Unimed Campinas com internações realizadas em hospitais da rede credenciada com codificação DRG.
- Hospitais da rede credenciada onde há codificação DRG implementada.

DS
GELP



4. REGRAS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO – COOPERADOS

4.1. Regras de inclusão

- O cooperado será elegível desde que o prestador alcance a meta global de eficiência no trimestre e que o cooperado apresente taxa individual de eficiência igual ou superior à meta estabelecida para o período.
- A bonificação será com base no honorário médico executado (**SPM/ Guia de Execução/ DRG**).

4.1.1 Critério de definição do médico responsável (para bonificação do cooperado)

O **médico responsável** pela internação será definido conforme a hierarquia abaixo:

4.1.2 Cirurgião

- **Cirurgião principal:** responsável quando vinculado à guia executada.
- Será responsável **somente** quando houver **CIRURGIÃO com porte cirúrgico ≠ 0** vinculado à execução.

Se houver apenas cirurgião com **porte = 0**, **não define responsável como cirurgião** e segue para as regras abaixo.

4.1.3 Clínico

- Aplicado **somente se não houver cirurgião elegível** (porte ≠ 0).
- Se houver mais de um, considera-se o de maior número de visitas (**10102019**).
- Se houver **empate** entre clínicos nos números de execuções de visitas, será considerado elegível o médico com a última data de atendimento (definidor da alta hospitalar).

4.1.4 Intensivista

Se o **intensivista** tiver **quantidade executada maior ou igual** ao clínico, ele pode assumir a responsabilidade, na ordem:

- Serviço **10104011** atendimento do intensivista diarista.
- Serviço **10104020** atendimento médico do intensivista em uti geral.
- Demais serviços: Em casos de múltiplas especialidades, o comitê gestor do programa avaliará.
- **Clínico e intensivista:** Responsável será aquele com o maior número de execução de visitas.

DS
GELP



- **Quantidade igual entre clínico e intensivista:** Responsável será intensivista diarista. Quando não houver a execução do intensivista diarista o responsável será o intensivista plantonista (Critério: manejo da criticidade).
- **Quando dois diaristas com a mesma quantidade execuções:** responsável com atendimento com a última data de atendimento (definidor da alta da uti).

4.2 Regras de exclusão

- As execuções realizadas como interconsulta, cirurgião auxiliar e anestesistas.

5.0 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO DAS INTERNAÇÕES

Não serão elegíveis as internações que se enquadrarem nas situações abaixo:

- Internações com **óbito, transferências** ou **evasões/alta a pedido**.
- Permanência em **Hospital Dia** ou internações com previsibilidade estipulada pelo DRG menor que **2 dias**.
- **Readmissão por Recaída:** Ocorre reinternação em até 30 dias em hospital de origem ou outros prestadores em razão da mesma condição de saúde que motivou a internação anterior.
* Observação: internações de continuidade do tratamento ou cirurgias em dois tempos não serão consideradas como recaídas.
- **Readmissão por Complicação:** Acontece quando o paciente retorna devido a complicações ou efeitos adversos relacionados ao tratamento recebido durante a internação anterior.
- Pacientes provenientes de Unimed **intercâmbio**.
- **Cobranças indevidas**.

6. REGRAS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO – PRESTADORES

6.1. Critério de inclusão

Os prestadores serão elegíveis se cumprirem os seguintes critérios:

- Atingimento da **meta proposta de eficiência no trimestre**.
- Taxa de readmissão hospitalar (será **definida para cada prestador** com base na **série histórica**);
- **Taxa de internações de longa permanência** (> 30 dias), mantendo-as abaixo de 5% do total de internações.

DS
GELP



- **Núcleo de Segurança do Paciente** – Cumprimento da DAHSC nº 43 das metas relativas ao Núcleo de Segurança do Paciente. Análise 100% dos eventos graves (Sentinela), com plano de ação documentado conforme padrão CISP em até 30 dias.

Observação: O hospital terá até o dia 10 do mês subsequente à alta para encaminhar quaisquer questionamentos a respeito do processo vigente.

7. INDICADORES

Para garantir a assertividade, a sustentabilidade e o valor assistencial do projeto, os seguintes indicadores foram definidos:

- **Taxa de (In)eficiência Hospitalar**
(Diárias realizadas / Diárias previstas) *100
- **Taxa de Readmissões Não Planejadas** (recaídas)
(Total de altas que forem responsáveis por readmissões não planejadas / total de altas no período) *100
- **Taxa de Internações de Longa Permanência** (> 30 dias)
(nº de pacientes (> 30 dias) / média de paciente-dia no período) * 100
- **Taxa entre altas eficientes e total de altas no período**
(altas eficientes /total de altas no período) *100
- **Taxa de Condições Adquiridas Graves (CA)**
(número de pacientes com CA grave/número de altas codificadas) *100
Condição adquirida é circunstância que não estava presente na admissão e foi adquirido durante o período de internação.
Fonte DRG Brasil
- **Taxa de Condições Adquirida não graves**
(número de pacientes com CA não graves/número de altas codificadas) *100
- **Nº Total de Eventos Sentinela identificados**
Evento Sentinela: Número absoluto de ocorrência de Eventos Adversos Graves e inesperados que podem resultar em dano significativo ao paciente e que indicam falhas no processo de cuidado, ocorridos no Prestador, que exigem investigação imediata e implementação de ações corretivas.
- **Valor médio das diárias hospitalares ineficientes.**
(Custo total das internações ineficientes/Total de diárias realizadas nas contas ineficientes)
* As diárias realizadas não se referem a item de produção médica.

DS
GELP

8. METAS E PESOS

8.1. Metas

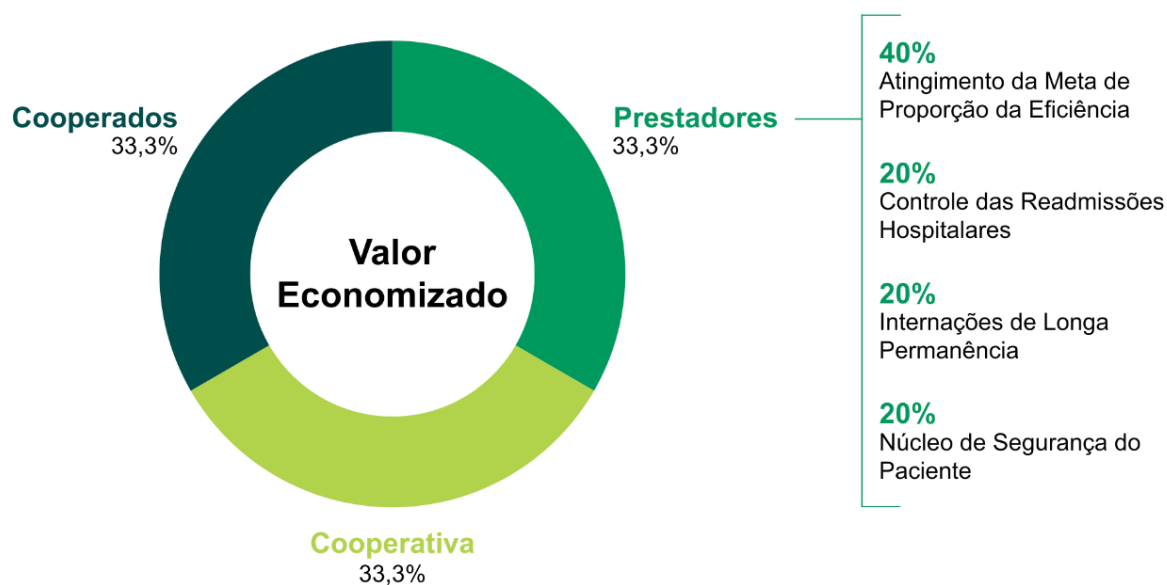
O projeto promove a transição para um modelo de remuneração baseado em valor, alinhado ao Planejamento Estratégico 2025 da Unimed Campinas, visando fortalecer a integração do cuidado e reduzir sua fragmentação.

As metas serão gradualmente ajustadas com base em **benchmarks nacionais** e na **análise dos dados históricos** das instituições elegíveis.

8.2. Pesos

Ao final de cada trimestre, a equipe da **Gestão de Riscos em Saúde (GRS)** consolidará e analisará os dados, definindo os prestadores e cooperados que atingiram as metas.

A divisão do montante gerado a partir da redução das diárias ineficientes seguirá a seguinte proporção:



* O DRG fornece a classificação de eficiência ou ineficiência dos casos. Para fins de bonificação, não será utilizado o índice de eficiência da plataforma em si, mas sim a proporção entre internações eficientes e o total de internações do médico que se enquadrem nos critérios estabelecidos.

Caso a meta definida para o Prestador seja de 70%, o Cooperado deverá atingir essa mesma proporção. Por exemplo: se o médico for elegível para 10 internações no trimestre, sendo 7 classificados pelo DRG como eficientes e 3 como ineficientes, o médico apresentará uma eficiência proporcional de 70% e, portanto, será elegível à bonificação

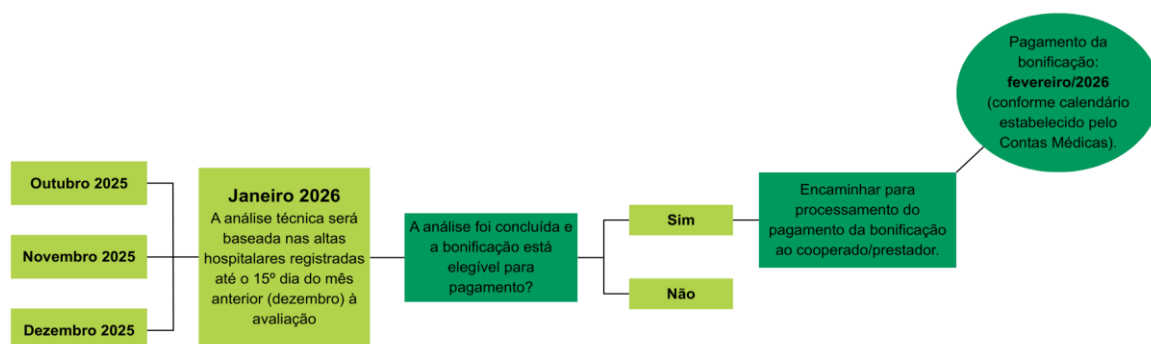
 DS




9. APURAÇÃO E PAGAMENTO

- O pagamento será realizado mediante análise trimestral. Serão consideradas as altas registradas até o dia 15 do último mês de cada trimestre.
- Para análise da bonificação as guias deverão ser executadas até o dia 15 do mês subsequente.
- A avaliação ocorrerá no quarto mês e o pagamento no quinto mês subsequente, conforme fluxo de pagamento (item 10).
- O valor será destinado ao **médico cooperado elegível** com base no **SPM/ Guia de Execução/ DRG**.

10. FLUXO DE PAGAMENTO



11. CÁLCULO DA BONIFICAÇÃO

O valor do bônus de cada médico será definido de forma proporcional à quantidade de altas elegíveis atribuídas ao cooperado no período, em relação ao total de altas elegíveis registradas pela instituição no mesmo intervalo.

Fórmula Cooperados:

$$\text{Valor da Bonificação: } \text{Valor da Economia} \times 0,33 = \left[\frac{\text{Total de altas do Cooperado}}{\text{Total de Altas Elegíveis}} \right]$$

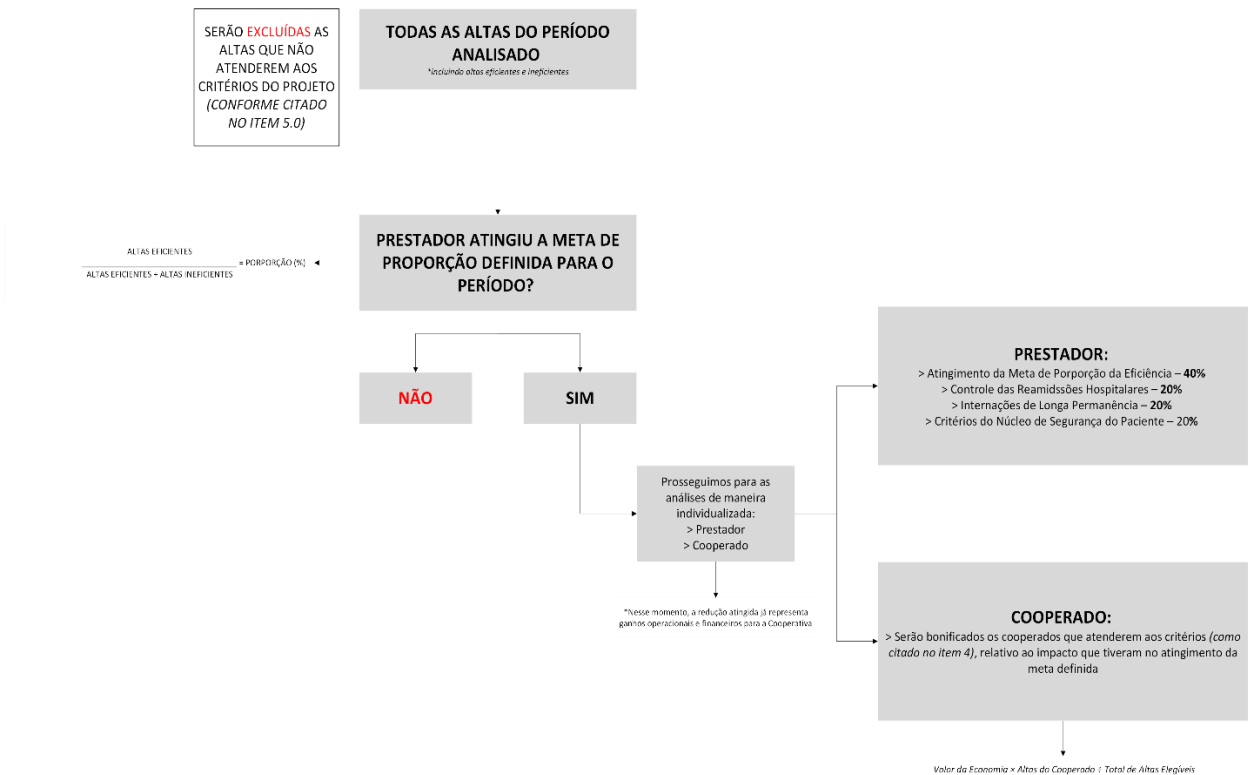
DS
GELP



Fórmula Prestadores:

Valor da Bonificação: *Valor da Economia* x 0,33 x 0,4 até 1,0 (a depender das metas do item 8.2)

12. FLUXO DO PROJETO



12. VIGÊNCIA

Este regulamento entrou em vigor em **1º de outubro de 2025**.

Publicação	Controle de Versões	Data da Publicação
00	Regulamento Remuneração Variável DRG	01/10/2025