



INSTITUTO DE ESTUDOS
DE SAÚDE SUPLEMENTAR

Textos para Discussão nº 54-2015

Diagnosis Related Groups (DRG's) e seus efeitos sobre os custos e a qualidade dos serviços hospitalares.

Autora: Natalia Lara

Superintendente Executivo: Luiz Augusto Carneiro

Diagnosis Related Groups (DRG's) e seus efeitos sobre os custos e a qualidade dos serviços hospitalares.

SUMÁRIO EXECUTIVO

- O objetivo desse trabalho é apresentar as principais características da remuneração hospitalar baseada em Diagnosis Related Groups (DRG's) e seus efeitos sobre os custos e a qualidade dos serviços hospitalares a partir da experiência de outros países.
- O modelo baseado em DRG's prevê a remuneração dos hospitais por episódio de tratamento, com valores pré-estabelecidos, de acordo com a classificação do paciente em grupos de diagnóstico.
- Há experiências internacionais que mostram o efeito do DRG na redução da inflação médica. Por exemplo: Alemanha, África do Sul e Estados Unidos.
 - Alemanha apresentou uma redução de 25% do orçamento hospitalar entre o período de 2005 a 2009;
 - África do Sul apresentou uma desaceleração do ritmo de crescimento dos prêmios das operadoras. Em 2000 era de 10,5% passando para 8,9% em 2013;
 - Pesquisadores norte-americanos verificaram que, em um período de 3 anos, a remuneração baseada em DRG pode reduzir custo médio das internações em até 50%, assim como, pode reduzir o custo médio de internações agudas de longa duração em 24%. Outro estudo constatou que o DRG gerou uma economia de US\$ 8,5 bilhões e US\$9,1 bilhões em 2007 para os grupos de diagnósticos de Severity of Illness e All Patient Severity (APS).
 - Desde a década de 1980 tanto os Estados Unidos quanto a Europa vêm adotando modelos de pagamentos que incorporam o DRG.
- No Brasil, o pagamento por valor pré-estabelecido baseado em DRG's ainda não é utilizado e sua adoção é tema de intensa discussão entre gestores e formuladores de políticas públicas.
- Na saúde suplementar, esse método de pagamento não é o principal, ainda que já seja utilizado por alguns hospitais.

1. INTRODUÇÃO

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 Pagamento¹. 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.

Nos Estados Unidos o modelo prospectivo baseado em DRG constitui a principal forma de remuneração de internações hospitalares agudas² 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'Reilly, 2012). Desde da década de 1980 tanto os Estados Unidos quanto a Europa vêm adotando modelos de pagamentos que incorporam o DRG e outros³ com o objetivo de reduzir os custos de maneira eficiente.

O DRG é utilizado em mais de vinte países abrangendo os continentes da América do Norte e Sul, da Europa, da África, da Ásia e da Oceania. O Brasil, ainda estuda a inserção do DRG nos hospitais públicos e privados, mas atualmente o principal modelo de pagamento é o fee-for-service.

A adequação do modelo de pagamento

¹ Sistema de Pagamento Prospectivo (PPS) refere-se ao método de pagamento 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 (NORANHA et al, 1991).

² Hospitalizações relacionadas a condições agudas são definidas como aquelas em que a média de permanência do paciente não ultrapassa 30 dias (NORANHA et al, 1991).

³ Modelos de pagamentos mistos são modelos que agregam mais de uma forma de pagamento. Os principais modelos de remuneração são: fee-for-service, DRG, orçamento global, e capitação (O'Reilly, 2012).

a hospitais é importante, pois a variação de custos médico hospitalares das operadoras de saúde está crescendo (de 8,1% em para 18,2% em 2014) e um dos principais responsáveis são as internações que, em 2012, corresponderam a 49,5%⁴ dos gastos hospitalares, sendo que metade desses gastos são referentes as despesas com materiais e medicamentos. De 2008 a 2013 o gasto médio por internação aumentou 95,8%, enquanto que, a taxa de internação permaneceu em 13%. Ou seja, o aumento dos custos estão diretamente relacionados à mão de obra, matérias e medicamentos (CARNEIRO, 2014). O DRG pode ajudar a conter a inflação médica da internação devido a sua metodologia. Para reduzir a inflação médica é necessário que a reforma não se localize apenas na reformulação do modelo de pagamento, mas que também abranja áreas da Avaliação de Tecnologia em Saúde (ATS) e de gerenciamento de desperdícios hospitalar.

Dada a relevância do tema da remuneração hospitalar no cenário de crescimento dos gastos com saúde no Brasil, este trabalho tem por objetivo apresentar as principais características do pagamento prospectivo baseado em DRG's, destacando suas vantagens e limitações, dado que esse modelo já é aplicado internacionalmente há mais de 30 anos, com impactos relevantes sobre o crescimento dos gastos. Para tanto, será analisada a experiência de outros países na utilização de DRG's e os impactos sobre os custos e a qualidade dos serviços hospitalares. Assim, espera-se que esse trabalho possa contribuir para a discussão da sustentabilidade do sistema de saúde brasileiro no que se diz respeito ao modelo de remuneração de prestadores de serviços de saúde.

O estudo está dividido em três partes: o conceito de DRG; a utilização do DRG no Brasil e no mundo; e, por fim, o impacto econômico e assistencial da inserção do modelo de DRG em alguns países.

⁴ Mapa Assistencial ANS 2013

2. O QUE É DIAGNOSIS RELATED GROUP (DRG)?

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).

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).

Os modelos de pagamento pré-estabelecido baseados em DRG's associam os tipos de pacientes atendidos pelo hospital com os recursos consumidos durante o período de internação, criando grupos de pacientes relativamente homogêneos do ponto de vista clínico, e similares quanto ao consumo dos recursos hospitalares (Preston, 1997). Esse método parte do pressuposto de que esses diagnósticos requerem protocolos de tratamento similares e, por isso, quantidades similares de recursos.

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 porte⁵ 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).

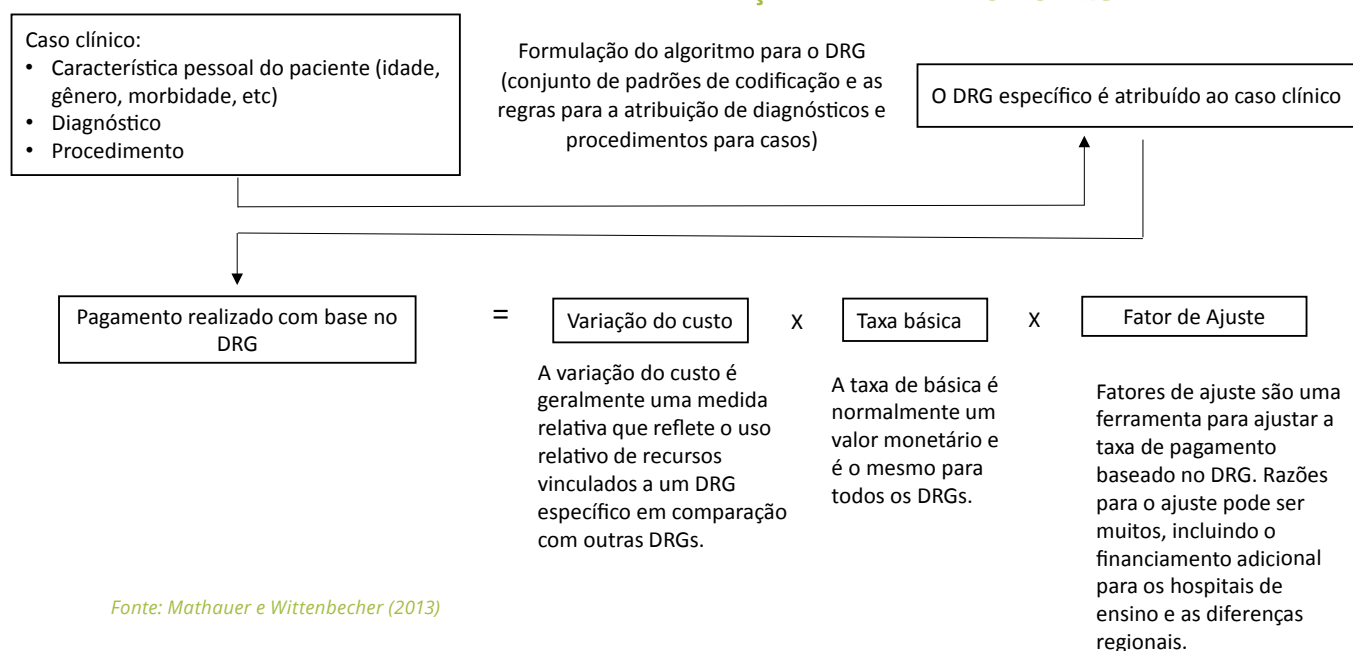
Um algoritmo combina os códigos e determina o DRG. O algoritmo agrupa os dados, no primeiro momento, em 24 Diagnósticos de Maior Prevalência⁶ (MDCs). Cada MDC contém diversos Grupos de Diagnóstico Relacionado. (PWC, 2014).

O processo da construção do DRG é após a fase de coleta das informações do paciente (ver Figura 1). Com a formulação do algoritmo para o DRG é possível atribuir o DRG específico para cada tipo de diagnóstico. A terceira fase é aplicação do DRG para o pagamento dos serviços

⁵ O porte da cirurgia pode ser determinado de acordo com diversas variáveis: risco cardiológico, tempo de duração, tipo de anestesia (local/geral), etc (Santos e Kemp, 2011).

⁶ Pré MDC (Diagnóstico inicial); Sistema Nervoso; Olhos; Ouvido, nariz, e garganta; Sistema respiratório; Sistema Circulatório; Sistema Digestivo; Sistema Hepatobiliar; Sistema musculo-esquelético; Pele, tecidos, mamas; Endócrino, nutricional e metabólico; Rim e Sistema urinário; Sistema reprodutor masculino; Sistema reprodutor feminino; Gravidez, parto e puerpério; Recém nascidos e outros neonatos; Sangue e Órgãos hematopoiético; Doenças neoplásicas; Doenças infecciosas e parasíticas; Distúrbios Mentais; Uso de Drogas/Álcool; Lesões, intoxicações e efeitos tóxicos; Queimaduras; e Fatores que influenciam a condição de saúde.

FIGURA 1: FLUXOGRAMA DE CONSTRUÇÃO DO PROCESSO DO DRG



Fonte: Mathauer e Wittenbecher (2013)

hospitalares.

Como é apresentado na Figura 1 o pagamento é realizado com base no DRG, o qual é composto pela variação do custo, taxa básica e fator de ajuste.

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.

2.1 Benefícios do DRG

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

- Contenção dos custos médicos e melhora na eficiência dos serviços hospitalares;

- 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;

- Não possui mudanças significativas nos resultados para a saúde do paciente;

- Aumento da transparência dos gastos hospitalares;

- Aumento da produtividade;

- Diminuição tratamentos excessivos;

- 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 fun-

QUADRO 1: PAÍSES COM O MODELO DE PAGAMENTO DE 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 & 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)

cionamento do modelo de pagamento, é necessária para:

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

3. A UTILIZAÇÃO DO PAGAMENTO BASEADO EM DRG'S NO BRASIL E NO MUNDO

A remuneração prospectiva de serviços hospitalares baseada nos DRG's tem sido amplamente utilizada nos países desenvolvidos desde a década de 1980 (OMS, 2012). Os países desenvolvidos foram os primeiros a inserir o DRG.

Nos Estados Unidos, esse modelo é utilizado tanto pelos programas públicos (Medicare e Medicaid) quanto pelos planos privados de saúde. No Medicare, por exemplo, o modelo prospectivo baseado no DRG constitui a

principal forma de remuneração de internações hospitalares agudas desde 1983 (PRESTON, 1997)⁷.

Também nos países desenvolvidos da Europa o pagamento por DRG's, implementado primeiramente em Portugal em 1984, tem gradativamente substituído os modelos retrospectivos. No Reino Unido e França, os DRG's foram adotados posteriormente, em meados dos anos 1992, mas já são utilizados em escala nacional (PWC, 2014). No Quadro 1 é possível verificar quando cada país inseriu o DRG nos hospitais e o principal objetivo. O DRG pode ser utilizado tanto para pagamentos de serviço como para o planejamento hospitalar.

Evidências sobre o impacto dos diferentes sistemas de pagamento baseados em DRG em países de alta renda da Europa sugerem que a implementação dos DRGs geralmente aumenta a atividade hospitalar por meio do aumento da eficiência do hospital, medida pelo tempo de permanência (Mathauer & Wittenbecher, 2012). O impacto do DRG nesses países foi estudado pelos pesquisadores Geissler, Quentin, Scheller-Kreinsen, e Busse, em 2011. A PWC expôs um compilado do estudo que apresenta os benefícios e as estratégias utilizadas pelos hospitais para aumentar a eficiência do sistema

⁷ A experiência norte-americana será detalhada no próximo item.

QUADRO 2: 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 no 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)

de saúde (Quadro 2). De acordo com o quadro verifica-se quatro benefícios da implantação do DRG que são: a) a redução do custo por paciente; b) o aumento da receita por paciente; 3) o aumento do número por paciente e; 4) a transparência das informações (melhoria de informação).

Nas próximas seções serão brevemente descritas as experiências com a aplicação de DRG em países da Europa e alguns países em desenvolvimento, dentre eles o Brasil.

3.1 Europa

Na União Europeia, não há um consenso sobre as variáveis que devem ser utilizados para a criação de um único tipo de classificação de DRG para os 12 países que incorporam esse modelo de pagamento. Isso ocorre devido às diferenças entre os serviços de saúde oferecidos nos países e nos casos diagnosticados (BUSSE et al, 2011). Devido à falta de consenso sobre as variáveis, foi criado um sistema de classificação para diagnósticos chamado Patient Classification Systems (PCS). Esse sistema, originado nos Estados Unidos, foi criado para auxiliar na escolha das variáveis para a construção da classificação do DRG. As variáveis utilizadas pelo sistema PCS nos hospitais europeus são: dados referentes à alta do paciente para traçar um perfil do tratamento da doença; classificação de grupos de diagnósticos em co-

mun na maioria dos países; e classificação de grupos economicamente homogêneos (BUSSE et al, 2011).

Atualmente, oito países utilizam o PCS na Europa: Estônia, Finlândia, França, Alemanha, Irlanda, Portugal, Espanha e Suécia. Apenas Áustria, Inglaterra, os Países Baixos e a Polônia que não utilizam o PCS original (BUSSE et al, 2011).

- Alemanha

Nesse item a implantação do DRG na Alemanha é detalhado separadamente devido o país possuir mais detalhes sobre o orçamento hospitalar e a geração de economia que trouxe com a mudança do modelo de pagamento.

A Alemanha dividiu em quatro fases a implantação do DRG, como é verificado no Quadro 3. A primeira fase, chamada de preparação (2000-2002), foi dividida em dois momentos: a) customização dos códigos Australianos (CID-9) e da OMS (CID-10) para os padrões nacionais com o objetivo de serem utilizados para a classificação dos grupos no sistema de saúde Alemão. b) criação de um sistema de contabilidade para calcular as taxas de DRG para cada classificação.

A segunda fase (2003 – 2004) foi a implantação do DRG nos hospitais. Nessa fase os hospitais recebiam o orçamento para negociações

QUADRO 3: AS FASES QUE ENVOLVEM A IMPLANTAÇÃO DO DRG

| 2000-2002 | 2003-2004 | 2005-2009 | 2010 em diante |
|-----------------------|--|---|--|
| | 2. Fase orçamento | 3. Fase de convergência de taxa por DRG | 4. Discussão sobre a política |
| 1. Fase de preparação | <p>Histórico orçamentário (2003)</p> <p>↓</p> <p>Transformação</p> <p>↓</p> <p>Orçamento de DRG (2004)</p> | <p>Hospital - Taxa específica básica</p> <p>Hospital - Taxa específica básica</p> | <ol style="list-style-type: none"> 1. Preços fixos ou máximos 2. negociações seletivas ou uniformes 3. garantia de qualidade (ajuste) 4. orçamento (quantidade de serviços) 5. duplo financiamento ou único |

Fonte: Elaboração própria segundo BUSSE et al, 2011

prévias. Os hospitais tiveram o período de 1 ano para transformar os orçamentos históricos para orçamentos de DRG. Hospitais com atendimentos psiquiátricos e hospitais com escola de enfermagem receberam um orçamento adicional, por se tratarem de categorias que não possuem procedimentos padronizados.

A terceira fase (2005-2009) foi a de conversão de taxas individuais de DRG por hospital para a padronizada em todos os estados alemães. Nessa fase foi realizada uma nova negociação entre os hospitais para entrarem em um acordo de qual seria a taxa básica. Como é possível verificar no Quadro 3, desde o início do processo a taxa básica teve um decréscimo de 25%, do orçamento histórico para o orçamento para o DRG. Ao mesmo tempo que houve uma elevação da taxa do orçamento inicial do DRG para 25%.

A quarta e última fase refere-se à constante atualização do DRG, que engloba cinco temas: 1) determinar preços fixos e máximos; 2) negociações seletivas ou uniformes do orçamento; 3) constante avaliação da qualidade; 4) determinar a quantidade de serviços ofertados; e 5) verificar a necessidade de financiamento ser duplo (misto) ou único, como ocorre no caso de atendimentos psiquiátricos.

O processo de implantação do DRG teve duração de nove anos e foi possível perceber a partir do quadro 3 que houve diminuição de 25% do orçamento hospitalar.

3.2 Países em desenvolvimento

Nos países em desenvolvimento, no entanto, a remuneração prospectiva baseada em grupos de DRG ainda é incipiente e existem poucos relatos na literatura de sua aplicação. Uma pesquisa da OMS (2012) apresentou que, na América Latina, o México é o único país onde se aplica esse modelo de pagamento de forma mais abrangente.

Países como Chile, Colômbia, Costa Rica, Uruguai, e Argentina possuem o sistema de pagamento DRG, porém de uma forma limitada, apenas para pagamentos referentes a

prestações de serviços hospitalares⁸.

No Chile, a implantação do modelo de DRG em 2012 ocorreu em aproximadamente 40 hospitais, que cobrem cerca de 60% das internações (OMS, 2012). No entanto, parece que este sistema não é, ainda, usado como um sistema amplo de pagamento. A sua função principal está ligada à elaboração de relatórios e na melhoria da eficiência clínica em um número limitado de hospitais.

A inserção do modelo do DRG, na Colômbia, teve início após uma pesquisa realizada no Hospital Universitário de Medellín, entre 2003 e 2007 (OMS, 2012). A pesquisa apresentou que 50% das internações poderiam ser abrangidas por 49 grupos de DRG. Os planos de saúde privados podem utilizar o DRG como forma de remuneração para os serviços de saúde, porém, o modelo de pagamento DRG não foi adotado nacionalmente.

A Costa Rica, o Uruguai, e a Argentina possuem processo de inserção do modelo DRG muito insipiente. A diferença entre eles é que o Uruguai, entre o período 2010 e 2011, desenvolveu seu próprio sistema de classificação do DRG. Durante este processo, uma série de oficinas foram realizadas nos hospitais para desenvolver o sistema e treinar o pessoal envolvido na sua aplicação (OMS, 2012).

A África do Sul iniciou a implantação do DRG em 2000. A primeira fase da implantação, em 2003, constituiu na inserção do modelo em instituições privadas com os objetivos de analisar informações hospitalares (taxa de admissão e custo por admissão) e identificar a eficiência de custos no relacionamento entre hospitais. A partir de 2005 o DRG sofreu atualizações e foi inserido em diversos grupos hospitalares privados. O desenvolvimento do modelo em hospitais públicos teve início em 2009, mas ainda está em processo de formulação (PWC⁹).

A África do Sul já apresenta ganhos econômicos com o DRG. De 2000 a 2013 apresentou uma desaceleração do ritmo de crescimento dos prêmios das operadoras. Em 2000 era de

⁸ Sem utilizar as funções de planejamento, gerenciamento e benchmarking que foram apresentadas no Quadro 1.

⁹ <http://www.pwc.com/>

10,54% passando para 8,9% em 2013 (PWC, 2014).

3.3 Brasil

No Brasil, o modelo de remuneração hospitalar é realizado por cada procedimento. O preço por cada tipo de procedimento pode ser determinado em tabelas pré-estabelecidas. Tanto no sistema público como no privado, utiliza-se esse modelo de pagamento de conta aberta. O SUS utiliza uma tabela pré-estabelecida de procedimentos e um formulário de Autorização de Alta Hospitalar (AIH) e o pagamento é realizado por reembolso de acordo com o procedimento. Alguns profissionais da saúde estudaram a possibilidade da AIH para utilizar como metodologia para a classificação em DRG's, pois o formulário contém informação de diagnóstico do paciente. (SERUFO, 2014).

No setor de saúde suplementar a negociação da tabela de procedimento é realizada individualmente entre operadora e hospital. A substituição do modelo de pagamento conta aberta pelo pagamento prospectivo por procedimentos gerenciados¹⁰ estava sendo testado em 17 hospitais privados conveniados e em 9 operadoras de planos de saúde¹¹. O projeto piloto, coordenado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) teve início em maio de 2013 com previsão de término em meados 2014, quando o impacto da predefinição dos preços de procedimentos de saúde sobre os custos dos hospitais e das operadoras e a qualidade dos serviços hospitalares poderá, enfim, ser avaliado no país. O pagamento por procedimento gerenciados, no entanto, não está baseado em DRG's.

Serufo (2014), analisou o impacto econômico na saúde suplementar do Brasil caso o modelo de pagamento fosse o DRG. O autor constatou que haveria uma economia de 9,1 bilhões de reais. Esse recurso poderia ser redistribuído para todo o sistema de saúde suplemen-

¹⁰ O pagamento por procedimentos gerenciados prevê a predefinição do valor de reembolso de procedimentos de saúde de alta frequência e baixa variabilidade a partir de diretrizes clínicas e no consenso de especialistas (ANS, 2013).

¹¹ A lista completa de hospitais e operadoras de planos de saúde que participaram do projeto piloto está disponível em: <http://www.ans.gov.br/ans/sala-de-noticias-ans/operadoras-e-servicos-de-saude/2061-ans-lanca-projeto-piloto-sobre-remuneracao-hospitalar>

tar (equipe médica, operadoras e hospitais). Em 2012, o gasto médio por internação foi de R\$6.815,27. Os custos com os hospitais, no mesmo período, foram de 32 bilhões, o que poderia gerar uma economia de aproximadamente 28,4% no setor.

4. IMPACTO DA REMUNERAÇÃO BASEADA EM DRG'S SOBRE OS CUSTOS ASSISTENCIAIS E NA QUALIDADE DOS SERVIÇOS HOSPITALARES – EXPERIÊNCIA AMERICANA

Esta sessão é pautada na experiência dos Estados Unidos, porque a classificação de DRG vem sendo implantada e atualizada desde da década de 1980 nesse país. Portanto, as pesquisas e resultados sobre o impacto na remuneração em relação à classificação já estão mais consolidados.

A remuneração baseada em DRG's tende a tornar as instituições hospitalares mais produtivas e eficientes (Schneider, 2007; Langenrunner 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, Cash 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 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)¹² e All Patient Severity (APS)¹³. 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. 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.

Além disso, um relatório da OMS (2007) apresentou que o modelo tem sido muito criticado por estimular a alta hospitalar precoce. Nos Estados Unidos, em uma pesquisa da RAND Corporation de 2006 foi verificado que a implementação do modelo prospectivo baseado em DRG no Medicare contribuiu para que a alta hospitalar de pacientes instáveis aumentasse 22% entre 1981 e 1986. Além disso, alguns trabalhos verificaram o aumento do número de reinternações no Medicare após a adoção do modelo (Menke, 1998). O estudo (2006) sugere que para eliminar possíveis problemas com pacientes que receberam alta em condição instável realizar uma avaliação mais sistemática dos pacientes antes de deixarem o hospital, ou, receber cuidados em outro ambiente.

Ainda, Levaggi e et (2009) afirmam que o

12 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).

13 O APS possui características parecidas ao SOI (WYNN e SCOTT, 2007).

modelo de pagamento prospectivo desestimula os hospitais a investir em novas tecnologias, o que também pode ter impacto expressivo sobre os desfechos de saúde. Husser (2009) resalta, no entanto, que ainda não foi comprovada empiricamente o impacto negativo do modelo de pagamento prospectivo sobre a qualidade dos serviços. Nos Estados Unidos, um estudo da Rand Corporation (2006) mostrou que não houve aumento da taxa de mortalidade hospitalar após a adoção dos DRG's no Medicare.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O financiamento de serviços hospitalares baseado em DRG's é amplamente utilizado nos países desenvolvidos, com efeitos positivos sobre a eficiência dos serviços hospitalares e a contenção dos custos das internações. No entanto, o pagamento prospectivo baseado em DRG pode trazer incentivos perversos para os prestadores e estimular condutas indesejadas (como altas hospitalares precoces, subutilização de recursos e seleção adversa de pacientes), que tendem a comprometer a qualidade e a efetividades dos serviços de saúde.

Apesar da implementação desse modelo no Brasil ainda ser tema de intensa discussão e de haver propostas para seu aperfeiçoamento por meio da apropriação de características de outros sistemas de remuneração. Vislumbra-se a necessidade da conjunção de diferentes formas de pagamento, para que o modelo de remuneração se adapte às expectativas e às necessidades tanto de financiadores quanto de prestadores de serviços. Para que assegure o acesso da população ao sistema de saúde e a qualidade dos serviços assistenciais.

REFERÊNCIAS

ANDREAZZI, M. F. S. Formas de remuneração de serviços de saúde. IPEA – Texto para discussão, n. 1006, 2003.

BAILIT, M. e HUGHES, C. H. Key Design Elements of SharedSavings Payment Arrangements. The Commonwealth Fund. Pub 1539, Vol. 20. August 2011. Disponível em: <http://www.commonwealthfund.org/~media/Files/Publications/>

- Issue%20Brief/2011/Aug/1539_Bailit_key_design_elements_sharesavings_ib_v2.pdf
- 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.
- BUSSE, R. et al. *Diagnosis-Related Groups in Europe: Moving towards transparency, efficiency and quality in hospitals*. Open University Press, 2011.
- CARNEIRO, L. A. Um debate sobre os temas mais importantes para o equilíbrio do setor. Apresentação no Seminário Internacional "A Sustentabilidade de Saúde Suplementar", Rio de Janeiro, novembro de 2014. Disponível em: www.ies.org.br
- CASHIN, C. et al. Case-based hospital payment systems: a step-by-step guide for design and implementation in low and middle-income countries. USAID Zdrav Reform Project, 2005.
- 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, M. L. Formas de pagamento e práticas médicas: teoria e evidências empíricas. Associação Brasileira de Medicina de Família e Comunidade. Disponível em: <[http://abrmfc.com.br/admin/uploads/Formas%20de%20pagamento%20e%20pr_tica%20m_dica%20\(2\).pdf](http://abrmfc.com.br/admin/uploads/Formas%20de%20pagamento%20e%20pr_tica%20m_dica%20(2).pdf)>. Acesso em 26 set.2013.
- 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>.
- DALMATI, C. F. et al. Aplicação do método de DRGs para classificação das internações hospitalares da região de Ribeirão Preto. In: *Congresso Brasileiro em Informática em Saúde*, XIII, 2012.
- ESCRIVÃO JÚNIOR, A. & KOYAMA, M. F. O relacionamento entre hospitais e operadoras de planos de saúde no âmbito do Programa de Qualificação da Saúde Suplementar da ANS. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 12, n. 4, p. 903-914, 2007.
- GAPENSKI, L. C. & PINK, G. H. *Understanding Healthcare Financial Management*. Sexta Edição, 2010.
- 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.
- LA FORGIA, G. M. & COUTTOLENC, B. F. *Desempenho hospitalar brasileiro: em busca da excelência*. São Paulo: Singular, 2009.
- LAESSER, U et al. The effect of diagnosis-related groups in hospital care. *Pflege*, v. 13, n. 1, 2000.
- LANGENBRUNNER, J. C.; CASHIN, C.; O'DOUGHERTY, S. *Designing and implementing provider payment systems: how to manuals*. Washington: The World Bank; 2009.
- LEISTER, J. E. Comparison of cost accounting methods from different DRG systems and their effect on health care quality. *Health Policy*, v. 74, n. 1, 2005.
- LEVAGGI, R.; MORETTO, M.; REBBA, V. Investment decisions in hospital technology care when physicians are devoted workers. *Economics of Innovation and New Technology*, v. 18, n. 5, 2009.
- 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.
- 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.
- NORONHA, M. F. et al. Potenciais usos dos AP-DRG para discriminar o perfil da assistência de unidades hospitalares. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 20, n. 2, p. S242-S255, 2004.
- NORONHA, Marina F. et al. O desenvolvimento dos "Diagnosis Related Groups"- DRGs. Metodologia de classificação de pacientes hospitalares. *Rev. Saúde Pública*, São Paulo, v. 25, n. 3, Julho 1991. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89101991000300007&lng=en&nrm=iso>.
- 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.
- OMS. Organização Mundial da Saúde. DRG-based payment systems in low and middle-income countries: implementation experiences and challenges. Geneva: WHO, 2012.
- OMS. Organização Mundial da Saúde. Provider Payments and cost-containment: lessons from OCDE countries. Geneva: WHO, 2007.
- 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
- RAND CORPORATION. Prospective payment system on the quality of hospital care. Santa Monica, California: RAND, 2006
- RODRIGUES FILHO, J. Método de pagamento hospitalar no Brasil. In: XIII Reunião Anual da Associação Nacional de Programas de Pós-Graduação em Administração (Anpad), Águas de São Pedro, São Paulo, 1989.
- SANTANA, R. O financiamento hospitalar e a definição de preços. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, v. 5, 2005.
- SANTOS, J. S. & KEMP, R. Fundamentos básicos para a cirurgia e cuidados perioperatórios. *Medicina (Ribeirão Preto)*, v. 44, n. 1, p. 2-17, 2011.
- 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.
- STEGMULLER, Klaus. O agir econômico como motor da política de saúde na Alemanha: consequências para a prevenção e promoção da saúde. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, Junho 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232009000300024&lng=en&nrm=iso>.
- STREET, A. D. et al. DRG-based hospital payment and efficiency: theory, evidence, and challenges. In: *Diagnosis Related Groups in Europe: moving towards transparency, efficiency and quality in hospitals* (European Observatory on Health Systems and Policies). Open University Press, p. 93-114, 2011.
- UnitedHealth Center for Health Reform & Modernization. Farewell to fee-for-service? A "Real World" Strategy for Health Care Payment Re-

form. Working Paper 8, December 2012. Disponível em: <http://www.unitedhealthgroup.com/~media/UHG/PDF/2012/UNH-Working-Paper-8.ashx>

UGÁ, M. A. D. Sistemas de alocação de recursos a prestadores de serviços de saúde – a experiência internacional. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 17, n. 12, p. 3437-3445, 2012.

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.

VERAS, C. M. T.; MARTINS, M. S. A confiabilidade dos dados nos formulários de autorização de internação hospitalar (AIH). *Cadernos de Saúde Pública*, v. 10, 1994.

WHO. Provider Payments and Cost-Containment Lessons From OECD Countries. Department of Health Systems Financing. Technical Briefs for Policy-Makers. Number 2, 2007. Disponível em: http://www.who.int/health_financing/documents/pb_e_07_2-provider_payments.pdf

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

IESS

**INSTITUTO DE ESTUDOS
DE SAÚDE SUPLEMENTAR**

IESS
Rua Joaquim Floriano 1052, conj. 42
CEP 04534 004, Itaim, São Paulo, SP
Tel (11) 3706.9747
contato@iess.org.br