

Introdução ao DRG

Instituto de Estudos de Saúde Suplementar

27 de Novembro
2014



“O sistema DRG é o sistema de classificação mais importante utilizado internacionalmente.” – Observatório Europeu de Sistemas de Saúde e Política - 2011



Agenda

- O que é o DRG e qual seu objetivo?
- Como o DRG é desenvolvido?
- Por que usar DRG
- A experiência da África do Sul
- Desafios ao implementar DRG
- Roadmap

1. O que é o DRG? Qual o seu objetivo?



O que é o DRG?



O Grupo de Diagnósticos Relacionados (DRG) é um sistema de classificação de pacientes. A classificação é feita de acordo com o diagnóstico, agrupada de maneira específica.

Combina os tipos de pacientes que um hospital trata, relacionando os respectivos custos com o tratamento.

Os valores de DRG são determinados de acordo com características demográficas e clínicas do paciente.

Um sistema de classificação de pacientes que combina uma grande variedade de codificações e práticas clínicas, oferecendo bases precisas para a remuneração dos cuidados de saúde. Cada DRG possui um valor.

Exemplo de DRG

Sub MDC	Taxa base do Hospital	X	Peso do DRG	=	Valor total pago pelo hospital
DRG 195 pneumonia sem cc ¹	\$5,584	X	0.7096	=	\$3,963

A história dos DRGs

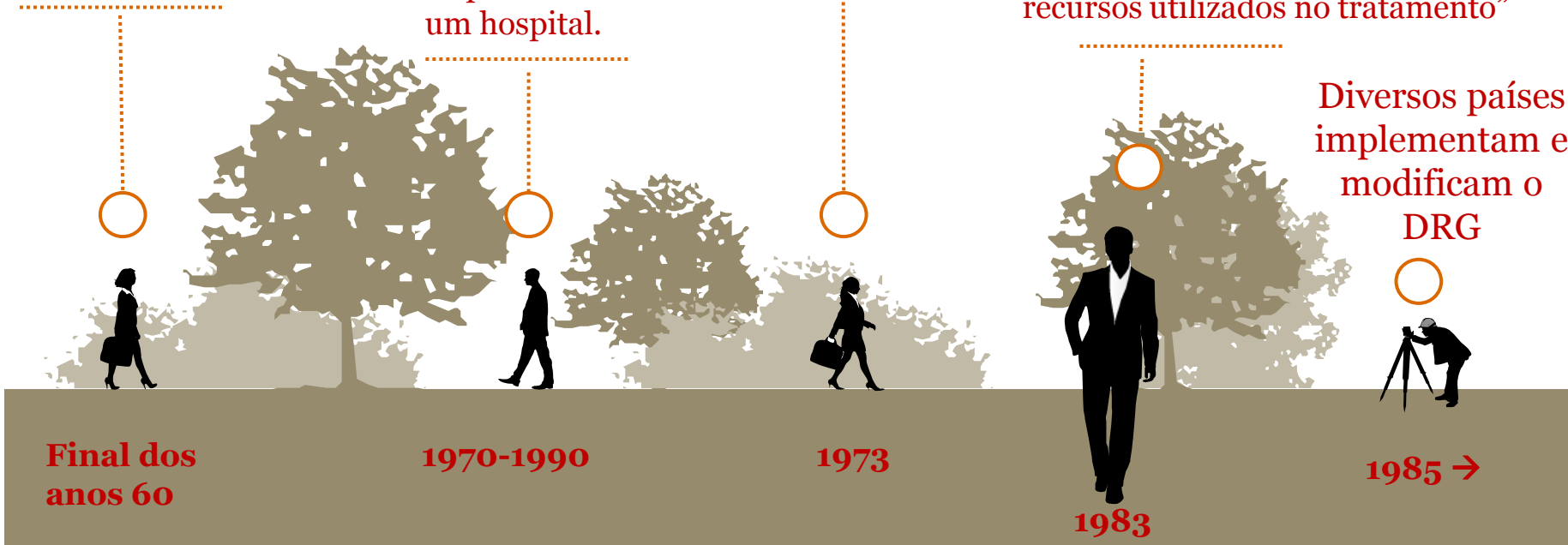
O Prof. Robert Fetter da Universidade de Yale desenvolveu o DRG como um programa para revisar a utilização de recursos e analisar a qualidade dos serviços

Ao longo de um período de 20 anos o DRG evoluiu para um método de avaliação da produção hospitalar. Ou seja, medir os custos e quantificar as altas, como uma maneira de avaliar a performance de um hospital.

A primeira versão do DRG é lançada

A versão final foi desenvolvida pelo Grupo de Gerenciamento de Sistemas de Saúde na Universidade de Yale, com o propósito de criar um “sistema de classificação de pacientes internados que evidencia os recursos hospitalares necessários para prestar cuidados assistenciais. A classificação deve ser coerente clinicamente para que os grupos de pacientes demandem um mesmo conjunto de ações que resultem em um padrão de recursos utilizados no tratamento”

Diversos países implementam e modificam o DRG



Por que os DRGs foram desenvolvidos?

01

Para controlar o aumento dos custos nas internações hospitalares

02

Para auxiliar a gestão hospitalar com dados de um mix de cases

03

Para melhorar a eficiência hospitalar e reduzir permanências desnecessárias

04

Para promover a eficiência no uso de recursos médicos (mão de obra e equipamentos) a custos adequados.

05

Epidemiologia do Hospital, considerando as doenças e o perfil dos pacientes.

2. Como os DRGs são desenvolvidos?



Informações necessárias para um DRG (faturas)

Doenças

- Diagnóstico primário, secundário e código do procedimento.
- Informações de comorbidade e complicações.

Demografia

- Idade
- Sexo
- Peso ao nascer (para neonatos)

Acomodações

- Tipo de acomodação (enfermaria, UTI, UTI neonatal, pediátrica, obstétrica, etc.)
- Tempo de Permanência
- Tempo cirúrgico e tempo na sala de recuperação

Terapia e diagnósticos

- Materiais e Medicamentos
- Exames de Imagens
- Exames laboratoriais

Mix de cases e informações financeiras

- Gravidade da doença e risco de mortalidade
- Taxa de readmissão
- Faturamento da conta hospitalar e informações financeiras

Fatores que influenciam no peso

Como um programa de DRG funciona?

1. Todas as admissões hospitalares devem ser classificadas.
 - Isso significa alocar um ou mais dos 39.462 códigos CID e um ou mais dos códigos dos 9.226 CPTs de uma admissão.
 - Isso origina centenas de milhares de combinações.
 - Um algoritmo combina as informações e determina o DRG.
2. Os dados são informações coletadas rotineiramente.
 - Códigos CID
 - Códigos de procedimento terapêuticos - CTP
 - Idade e sexo
3. O programa DRG agrupa os dados, inicialmente, em **24 Diagnósticos de Maior Prevalência** (MDCs).

Cada MDC contem diversos Grupos de Diagnósticos Relacionados (DRGs)



Exemplos da África do Sul de pagamentos (Sem honorários médicos, exames laboratoriais e radiologia)

DRG	% de admissões	Custo por admissão
Cesárea sem cc	5,30%	\$2.066
Outras doenças afetas ao puerpério sem cc	2,80%	\$1.157
Parto normal sem cc	2,60%	\$1.188
Circuncisão sem cc	2,40%	\$539
Extrações dentais e restaurações sem cc	2,30%	\$675
Admissões pré-natais e obstétricas sem cc	1,90%	\$560
Infecções Respiratórias/Inflamações (idade: 25-70) sem cc	1,80%	\$1.408
Infecções Respiratórias/Inflamações (idade: 0-2) sem cc	1,70%	\$1.048
Procedimentos complexos de catarata sem cc	1,60%	\$954
Amigdalectomia e/ou Adenoidectomia (idade: 0-10) sem cc	1,30%	\$582
Infecções Respiratórias/Inflamações (idade: 2-25) cc	1,30%	\$2.576
Esofagites e Gastroenterite (idade: 2+) sem cc	1,30%	\$722
Tratamento clínico da coluna vertebral sem cc	1,20%	\$1.701
Doenças do sistema reprodutor feminino sem cc	1,20%	\$11.389
Aborto (W or Procedure) sem cc	1,20%	\$550
Outros diagnósticos do sistema digestivo sem cc	1,10%	\$884
Infecções Respiratórias/Inflamações (idade: 0-25) sem cc	1,10%	\$1.087
Bronquite e Asma (idade: 2-35) sem cc	1,00%	\$862
Esofagites e Gastroenterite (idade: 2+) cc	0,90%	\$1.198
Procedimentos de artroplastia do joelho sem cc	0,90%	\$1.522

O que é o peso de um DRG?

- Cada código de DRG é associado a um peso, que representa a média de recursos que um hospital utiliza para tratar pacientes naquela categoria de DRG.
- Um DRG com peso 2, indica que a admissão de pacientes desse DRG custa o dobro da média do custo de admissões dos pacientes de um determinado hospital.
- Um DRG com peso 0,5 indica que os pacientes dessa categoria consomem metade dos recursos, se comparados ao custo médio das admissões de um hospital.
- Os peso do DRG considera complicações e comorbidades (CC).

Cálculo do peso do DRG

Sub MDC	Taxa base do Hospital	X	Peso do DRG	=	Valor total pago pelo hospital
DRG 195 pneumonia sem cc ¹	\$5.584	X	0,7096	=	\$3.963
DRG 195 pneumonia com cc ¹	\$5.584	X	1,0152	=	\$5.669
DRG 195 pneumonia com cc ¹ severa	\$5.584	X	1,4796	=	\$8.262

Impactos na qualidade

- Não houve queda na qualidade na África do Sul
- A qualidade deve ser monitorada e pro-ativamente gerenciada continuamente.
- Comparações de re-admissões e benchmarking e risco hospitalar de re-admissões de pacientes em menos de 30 dias.
- Auditoria clínicas e de tempo de permanência são usadas como ferramentas pelos pagadores para monitorar qualidade.

DRG no mundo

Introduction to DRGs in Europe: Common objectives across different hospital systems Alexander Geissler, Wilm Quentin, David Scheller-Kreinsen and Reinhard Busse

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

***Nomes de DRGs
Sem DRG no nome indica
que foi feito um DRG
específico***

País	Versão do DRG
Austrália	AR-DRG
Áustria	Leistungsbezogene Diagnosis-Fallgruppen (LDF)
Bélgica	APR-DRG
Bulgária	AP-DRG
Canadá	CMG
República Tcheca	IR-DRG
Dinamarca	DRG & DAGs
Finlândia	Nord-DRG
França	DHM, EfP
Alemanha	G-DRG (AR-DRG)
Reino Unido	HRG
Grécia	HCFA-DRG
Hungria	HDG
Islândia	O & Nord-DRG
Irlanda	AR-DRG
Itália	APR-DRG
Japão	DPC
Holanda	DBC
Noruega	Nord-DRG
Polônia	Catálogo de produtos de Healthcare
Portugal	HCFA-DRG
Romênia	HCFA-DRG, IR-DRG
Espanha	HCFA-DRG
Suécia	Nord-DRG
EUA	MS DRG

3. Por que usar DRGs?



Por que o DRG é uma opção melhor para remuneração?

- Contém os custos médicos e melhora a eficiência;
- Altera o comportamento médico;
- Aumenta a eficiência médica, com redução no números de prescrições de medicamentos, exames diagnósticos e tratamentos durante a hospitalização;
- Sem mudanças significativas nos resultados para a saúde do paciente;
- Aumento na transparência;
- Aumento na produtividade;
- Diminuição de tratamentos excessivos;
- Fácil customização às características de cada país.

*Casos em que o DRG **NÃO** é uma melhor opção*

- Pagamentos para grupos específicos, por exemplo: recém-nascidos, pacientes dependentes químicos, poli traumatismos, pacientes com AIDS;
- Se a apuração do custo não for correta, estimula o ‘sub’ ou ‘super’ faturamento;
- Os DRGs não controlam a utilização;
- Nos modelos de capitação para atendimento ambulatorial.

4. Experiência da África do Sul



História do DRG na África do Sul – Setores público e privados

1

Uma empresa de software desenvolveu e distribuiu o sistema IR DRG em 2000

2

A empresa manteve o sistema até sair do país em 2003

3

O maior plano privado manteve o sistema desde então para analisar informações hospitalares (taxa de admissão, custo por admissão e *mix de cases*), e identificar a eficiência de custos no seu *network* de hospitais

4

Em 2012, a empresa CareGauge criou o sistema CareGauge V1.0, utilizando como base o DRG australiano (o mais utilizado e adaptado do mundo) como benchmark. - 2012

5

Grupos de hospitais privados e diversos pagadores desenvolveram suas próprias versões de DRGs – 2005 ->

6

O departamento nacional de saúde (NdoH) inicia um projeto de cobertura de saúde universal (NDH) - 2009

7

Investigação do zero de DRGs em 10 instalações centrais (hospitais universitários) - 2013

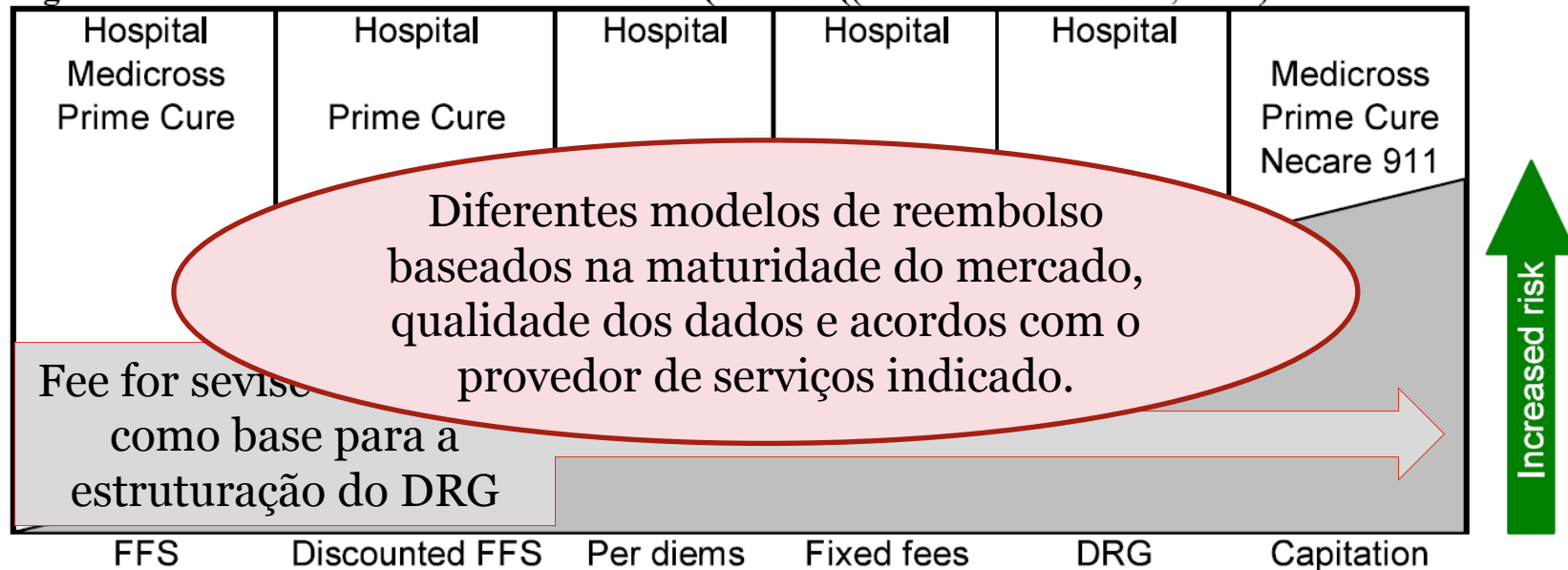
8

Avaliação dos dados e relação deles com os MDCs (24 Diagnósticos de Maior Prevalência) para desenvolver um algoritmo base. – em andamento

A evolução do reembolso hospitalar na África do Sul – estruturando um modelo alternativo de reembolso



Figure 1: Alternative Reimbursement Models (Source: ((Friedland & Da Costa, 2009)

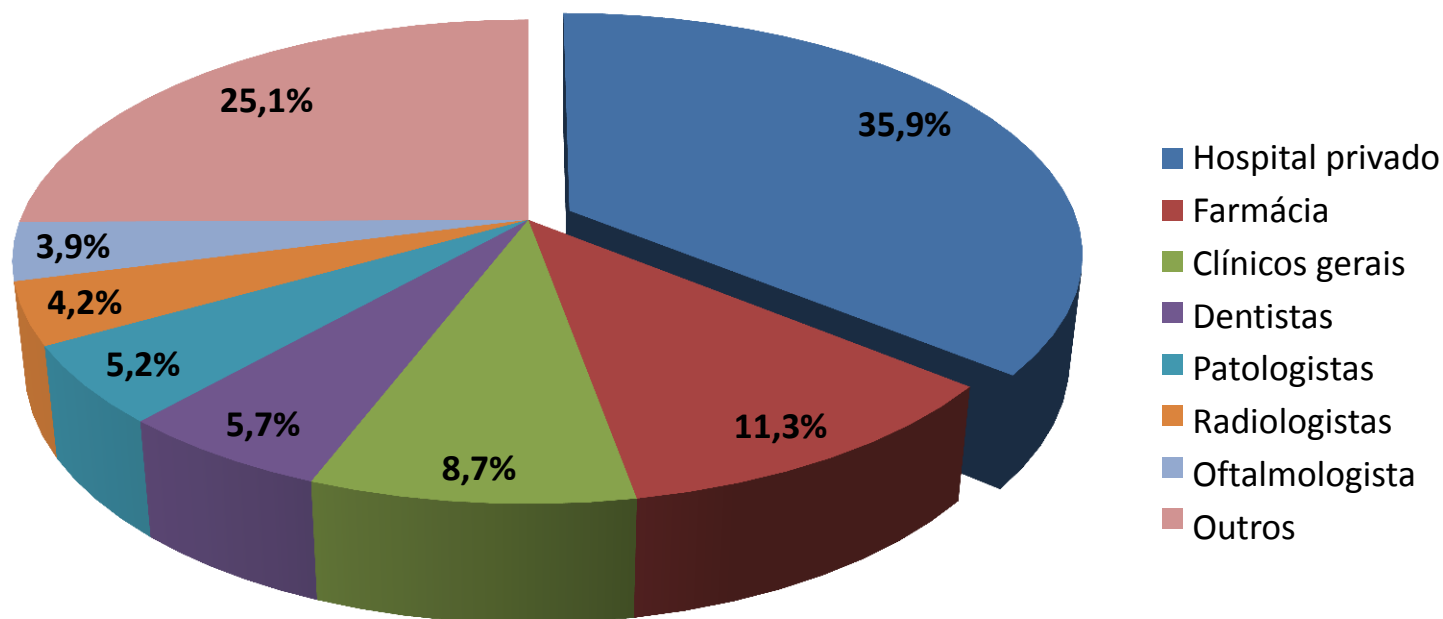


Impacto de modelos de reembolso alternativos na África do Sul

- Não inclui honorários médicos, exames laboratoriais, radiologia;
- Os hospitais começaram a gerenciar a utilização de insumos em todos eventos do paciente;
- Os hospitais começaram a gerenciar os custos por evento do paciente;
- Muitos hospitais aumentaram suas margens ao diminuir custos que não eram produtivos;
- Médicos, laboratórios e radiologia continuaram no método de pagamento *fee for service*;
- Os hospitais são seletivos, selecionando médicos que possuem melhor eficiência, melhores práticas, etc;
- Estimula os hospitais e médicos a utilizarem intervenções baseadas em evidências;
- Os hospitais influenciam o comportamento clínico dos médicos por meio de Educação Médica Continuada.
- Redução na inflação médica em um período de 5 anos.

Impacto de modelos de reembolso alternativos na África do Sul

- Os hospitais são diretamente responsáveis por mais de 35% dos gastos e as operadoras gerenciam rigorosamente os custos.
- O DRG é utilizado como uma ferramenta para medir e gerenciar os custos (de utilização e custo por admissão)



Benefícios de modelos de reembolso alternativos na África do Sul (pacientes)

- Os hospitais começam a gerenciar os custos, beneficiando o paciente
- Simples de entender.
- Mais fácil de entender o cálculo da conta.
- O DRG não inclui honorários médicos, diagnósticos e serviços de apoio ao tratamento.

Benefícios de modelos de reembolso alternativos na África do Sul (operadoras)

Identificar ineficiência de custos dos hospitais (encoraja mudança de comportamento)

Identificar hospitais eficientes do ponto de vista de custos (direcionar volume e beneficiar de descontos)

Identificar drivers de custos e elaborar estratégias para conter esses gastos.

Reembolso alternativo

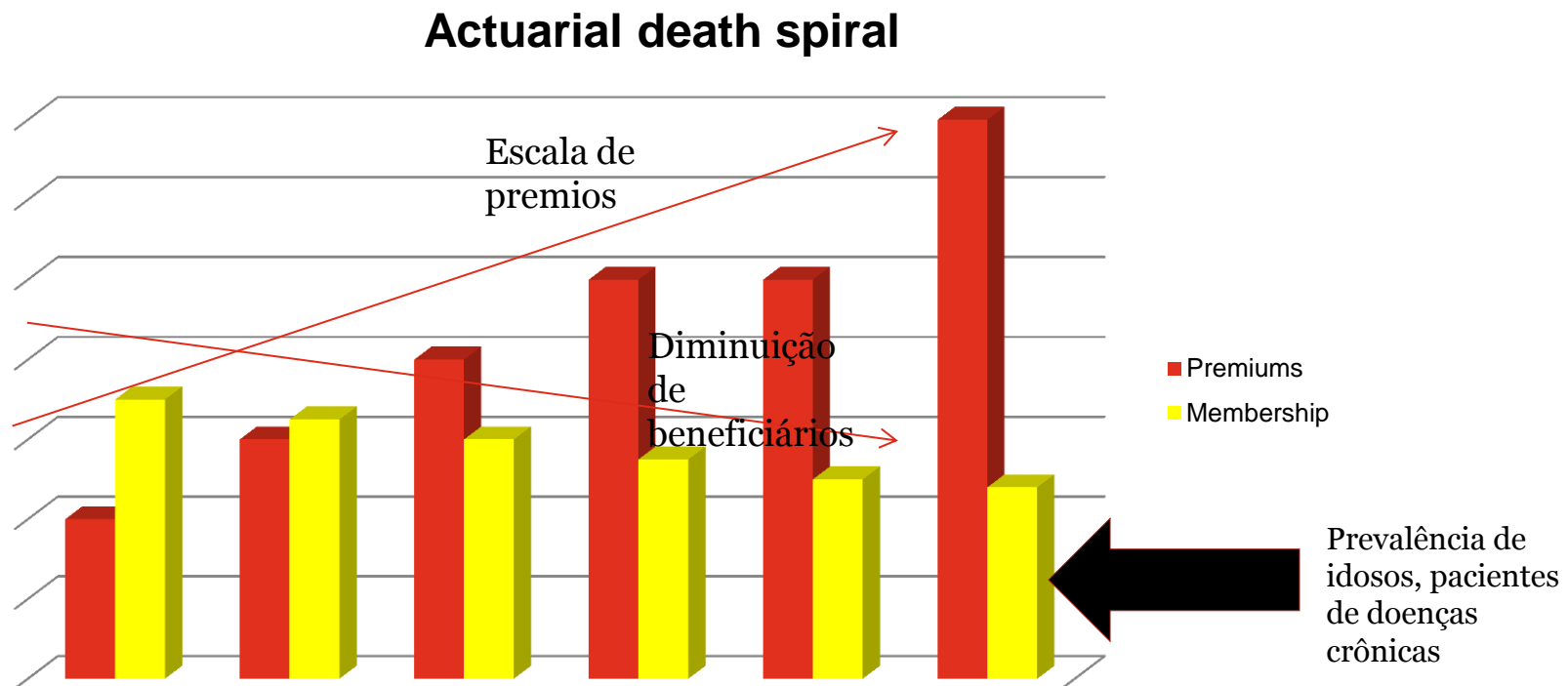
Identificar reivindicações fraudulentas e incorretas

Benefícios de modelos de reembolso alternativos na África do Sul (hospitais)

- É mais sustentável, já que leva à eficiência;
- O DRG permite que a severidade das condições sejam capturadas e pagamentos maiores sejam feitos de acordo com a severidade;
- É uma ferramenta de gerenciamento para calcular custo, alocação de recursos, volume de pacientes, qualidade, resultados clínicos.

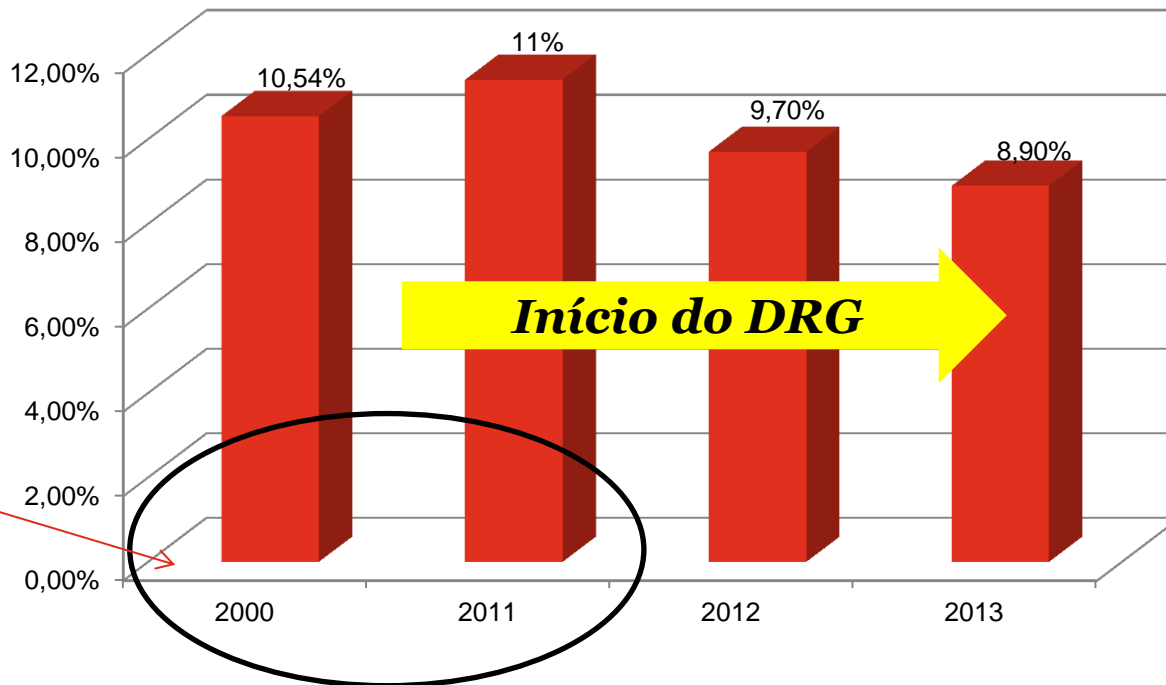
Benefícios de modelos de reembolso alternativos na África do Sul

- **Fee for service** aumenta os custos sem preocupação com desperdício e ineficiência



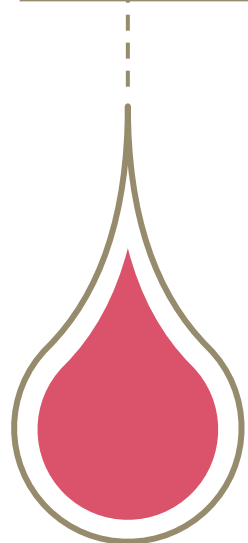
Aumento dos prêmios desde 2000

Aumento nos prêmios das operadoras desde 2000

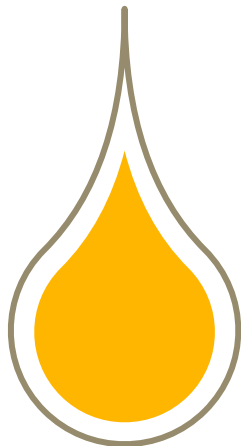


Aumento de
48% em 11
anos

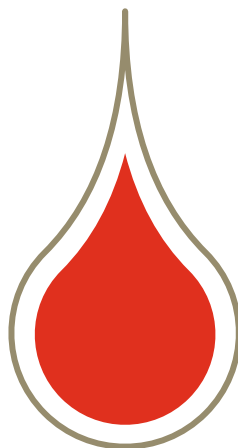
Elementos essenciais para implementar o DRG



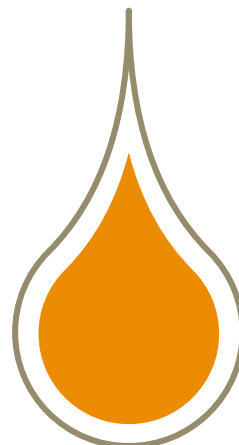
Padronizar procedimentos e insumos-materiais e medicamentos



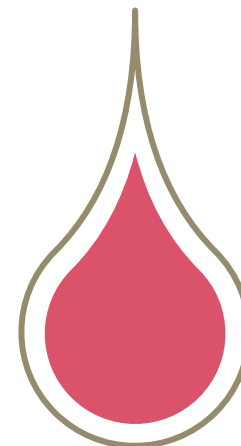
Pacote básico de atendimento com requisitos de cobertura obrigatória. Riscos gerenciados.



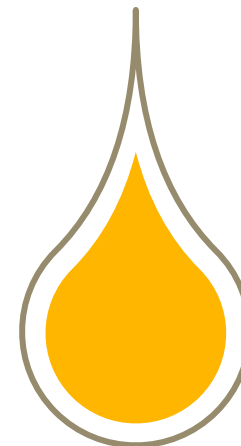
Avaliação clínica reforçada e critérios de verificação padronizados



Definições de papéis e re-organização de funções e escopo de serviços



Quadro regulamentar e transparência na negociação de preços



Sistemas de informação e estruturas que permitam personalizações e refinamentos

Lições aprendidas na África do Sul

1 Comum acordo e entendimento entre hospitais e operadoras/Departamento Nacional de Saúde controla custos para garantir acessibilidade

2 É esperada uma desconfiança nos primeiros anos, portanto o risco deve ser compartilhado até que os hospitais se sintam confortáveis para assumir o risco total

3 Aumentos baseados na inflação não coincidem com o aumento de custos. O DRG nunca deve ser o único método de reembolso em um sistema de saúde.

4 Os médicos não têm permissão de entrar em contratos de risco/recompensa com hospitais dada a difícil definição de responsabilidade

5 Um treinamento é necessário para aprender a utilizar o software e atribuir os papéis de cada um. É necessário um alto nível de codificação clínica.

6 Métodos diferentes podem ser utilizados para analisar a qualidade, que é um componente essencial.

7 As operadoras nomeiam Prestadores de Serviço Designados, aumentando a competição entre os hospitais. Houve diminuição no tempo de permanência.

8 É necessária a colaboração de toda indústria, transparência e comprometimento para realizar um tratamento custo-efetivo, porém esse resultado não é atingido da noite para o dia.

O impacto do DRG internacionalmente

Impacto do DRG	Estratégias de Hospitais
Reduzir o custo por paciente	<ul style="list-style-type: none">• Redução do tempo de permanência• Redução dos serviços utilizados• Pacientes selecionados• Mais anestesia local
Aumento da receita por paciente	<ul style="list-style-type: none">• Mudança na prática de codificação• Mudança nos padrões de atendimento
Aumento no número de pacientes	<ul style="list-style-type: none">• Mudança nas regras de admissão• Aumentar a reputação do hospital
Melhoria nas informações	<ul style="list-style-type: none">• A qualidade dos dados permite criar perfis de doenças• Melhoria na medição de KPIs e resultados

5. Desafios implementando o DRG



Desafios ao implementar DRG

1

Relação de desconfiança entre os prestadores de serviços e os pagadores

3

Padronização e garantia da qualidade da codificação clínica

5

Acordo nos pesos e nos descontos

7

Implementação de centros de custos padronizados e unidades de negócios funcionais nos hospitais.

8

Altos custos nos hospitais de alta complexidade e especializados

4

Manter os preços do DRG “próximos” com fee for service

2

Custos hospitalares.

- **Impostos**
- **Projeção de capital**
- **Regulação**
- **SLA's**
- **Gerenciamento de performance/ resultados**
- **Custo da mão de obra**

6

Consequência não intencional: Upcoding and cream skimming

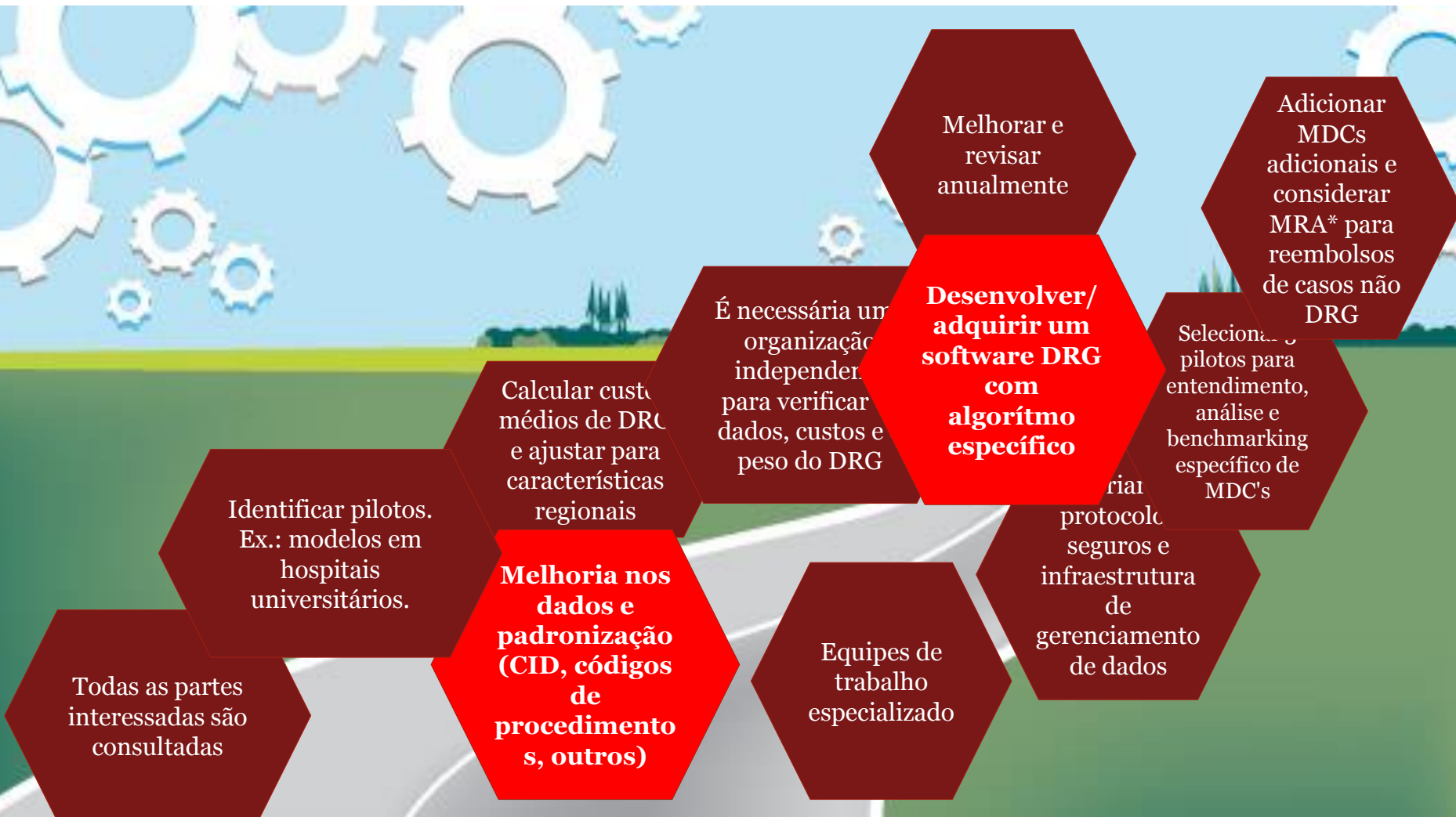
9

Refinamento contínuo, gerenciamento e customização para especificidades regionais

6. Roadmap



Roadmap de implementação



Contatos



Eliane Kihara

eliane.kihara@br.pwc.com

Bruno Maciel

bruno.maciел@br.pwc.com

“The information contained in this publication by PwC is provided for discussion purposes only and is intended to provide the reader or his/her entity with general information of interest. The information is supplied on an “as is” basis and has not been compiled to meet the reader’s or his/her entity’s individual requirements. It is the reader’s responsibility to satisfy him or her that the content meets the individual or his/ her entity’s requirements. The information should not be regarded as professional or legal advice or the official opinion of PwC. No action should be taken on the strength of the information without obtaining professional advice. Although PwC take all reasonable steps to ensure the quality and accuracy of the information, accuracy is not guaranteed. PwC, shall not be liable for any damage, loss or liability of any nature incurred directly or indirectly by whomever and resulting from any cause in connection with the information contained herein.”

© PwC Inc. [Registration number 1998/012055/21](“PwC”). All rights reserved. PwC refers to the South African member firm, and may sometimes refer to the PwC network. Each member firm is a separate legal entity. Please see www.pwc.co.za for further details.