



**METODOLOGIA *DIAGNOSIS RELATED GROUPS* (DRG BRASIL) PARA ANÁLISE
DA EFETIVIDADE DAS INTERNAÇÕES HOSPITALARES NA SAÚDE
SUPLEMENTAR NA CIDADE DE BELÉM-PARÁ:
Proposta de um modelo remuneratório.**

ALDÉIA BASTOS MARQUES DA SILVA

Belém-PA
2019

ALDÉIA BASTOS MARQUES DA SILVA

**METODOLOGIA *DIAGNOSIS RELATED GROUPS* (DRG BRASIL) PARA ANÁLISE
DA EFETIVIDADE DAS INTERNAÇÕES HOSPITALARES NA SAÚDE
SUPLEMENTAR NA CIDADE DE BELÉM-PARÁ:**

Proposta de um modelo remuneratório.

Produto apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Saúde e Gestão na Amazônia, Mestrado Profissional em Gestão e Serviços em Saúde da Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará, como requisito para a obtenção do título de Mestre em Gestão e Saúde.

Orientador: Oswaldo Gomes de Souza Júnior

Belém-PA
2019

Informações:

FUNDAÇÃO SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DO PARÁ

Diretoria de Ensino e Pesquisa

Programa de Pós-Graduação Gestão e Saúde na Amazônia

Mestrado Profissional em Gestão e Serviços em Saúde

Rua Oliveira Belo, 395 – Umarizal

66050-380 Belém – Pará

Tel.: (91) 4009-0325 (91)992 87 77 88

e-mail: mestradosantacasa2012@gmail.com

Home Page: www.mestradosantacasapara.com.br

Material disponível em: <http://educapes.capes.gov.br>

Elaboração

Aldéia Bastos Marques da Silva

Oswaldo Gomes de Souza Júnior



O trabalho Metodologia *Diagnosis Related Groups* (DRG Brasil) para análise da efetividade das internações hospitalares na Saúde Suplementar na cidade de Belém-Pará: Proposta de um modelo remuneratório de Aldéia Bastos Marques da Silva está licenciado com uma Licença [Creative Commons - Atribuição-NãoComercial-CompartilhaIgual 4.0 Internacional](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/).

APRESENTAÇÃO

Este modelo remuneratório baseado em metodologia *Diagnosis Related Groups* (DRG) é resultado de uma pesquisa realizada em uma Cooperativa de Saúde Suplementar em Belém do Pará, referentes aos custos do procedimento gerenciado do DRG 343 – apendicectomia sem diagnóstico principal complexo sem CC/MCC. A metodologia DRG tem sido utilizada por diversos países como o principal meio de pagamento prospectivo aos hospitais.

O objetivo principal deste estudo foi avaliar o uso da ferramenta DRG BRASIL nas métricas de resultados assistenciais e econômicos para os pacientes codificados no DRG 343, fundamentando a proposição de um modelo remuneratório baseado no DRG.

A pesquisa foi desenvolvida em 3 hospitais de médio porte, privados, com atendimentos clínicos, cirúrgicos, cuidados intensivos e pronto atendimento – sendo 1 hospital pediátrico, sem serviços de terapia neonatal – que não realizam cirurgias cardíacas transplantes de órgãos e nem partos. O estudo avaliou as métricas de resultados dos 313 pacientes classificados no DRG 343, como tempo de permanência, custo médio total e custo médio do procedimento e taxa de readmissões, do total de 6.146 prontuários de pacientes que receberam alta no período de janeiro/2017 a dezembro/2017, nos 3 hospitais de estudos.

Os dados foram baseados em método de pesquisa estatística descritiva e análise interpretativa dos resultados do custo do procedimento gerenciado e o uso de recursos desnecessários à assistência dos pacientes.

Os resultados econômicos da série histórica, demonstram as internações no DRG 343 com dados de custo no sistema do DRG BRASIL[®] no período de 01/01/17 a 31/12/17 para 315 internações por apendicectomia sem diagnóstico principal complexo sem CC/MCC, nos 3 hospitais. Valor do Bundle proposto para o DRG 343: R\$ 2.455,43. Valor médio pago pela Unimed Belém no período para as 288 das 315 internações: R\$ 2.594,67. Total gasto pela Unimed Belém com o DRG 343 no período (exceto honorários): R\$ 747.264,35. Economia se o Bundle Payment estivesse sendo adotado nos moldes propostos no período: $288 \times 139,24 = \text{R}\$40.101,12$ (5,37% do total).

Porém, considerando a variável indireta de custos, a produtividade do leito, demonstrou que o tempo de permanência das internações ultrapassou o tempo previsto, tendo a média de permanência de 2,2 dias, e considerando o custo fixo como responsável pela maior parte do desembolso (cerca de 70%) impactando no custo total do DRG 343, corroborando com o

desperdício.

Entretanto, com adaptações do DRG e sua aplicação nos demais hospitais da operadora de saúde, será possível ter maior controle sobre os custos, e realizar um modelo de pagamento por grupos DRG (custo por procedimento). Por conseguinte, os resultados deste estudo apontam que o DRG BRASIL[®] produziu um efeito profícuo para explicar a produtividade do leito operacional e as variações nos custos. E, com foco no paciente, diminuir o desperdício, permitindo a sustentabilidade do sistema de saúde.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	7
2. DEFINIÇÕES	9
2.1. EFETIVIDADE	9
2.2. PRODUTIVIDADE	9
2.3. MARGEM DE CONTRIBUIÇÃO	9
2.4. CUSTO E DESPESA	9
2.5. CUSTO DIRETO E CUSTO INDIRETO	10
2.6. CUSTO FIXO E CUSTO VARIÁVEL	10
2.7. CUSTEIO DOS GRUPOS DE DRG	11
2.8. O CUSTO FINAL DOS SERVIÇOS HOSPITALARES	11
2.9. RECEITA E RECEBIMENTO	11
2.10. CONTABILIDADE DE CUSTOS	11
2.11. RATEIO	12
2.12. ÍNDICE DE CASE MIX (ICM) E PESO RELATIVO (PR)	12
2.13. PERCENTIS E QUARTIS	13
2.14. MODELOS REMUNERATÓRIOS	13
3. FORMAÇÃO DE BUNDLE PARA DEFINIÇÃO DE PREÇO PADRONIZADO PARA O DRG 343: APENDICECTOMIA SEM DIAGNÓSTICO PRINCIPAL COMPLEXO SEM CC/MCC.	15
3.1. JUSTIFICATIVA	15
3.2. OBJETIVO	16
3.3. COLETA DE DADOS	16
3.3.1. Codificação de dados	16
3.3.2. Itens que são compreendidos pelos procedimentos gerenciados	17
3.3.3. Itens que não são compreendidos pelos procedimentos gerenciados	18
3.3.4. Case mix e peso relativo (PR)	18
3.4. FINALIDADE DO MODELO REMUNERATÓRIO BASEADO NO DRG 343.	18
3.5. MODELO REMUNERATÓRIO FEE FOR SERVICE X BUNDLE PAYMENT	19
3.6. CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO	19
3.7. ETAPAS	20
4. ELABORAÇÃO DO BUNDLE PAYMENT 343	21
4.1. TAMANHO DA AMOSTRA POR GRUPO DE CONSUMO:	21
4.2. GRUPOS DE CONSUMO	22

4.3. CONSOLIDAR CUSTO DE CADA GRUPO DE CONSUMO.....	23
4.4 AVALIAR A VARIABILIDADE DE CADA GRUPO	23
4.5 ESTIMAR VALOR DO CUSTO ASSISTENCIAL TENDO COMO BASE AS SÉRIES HISTÓRICAS DA INSTITUIÇÃO	24
5. BUNDLE PAYMENT DRG 343 – APENDICECTOMIA SEM DIAGNÓSTICO	
PRINCIPAL COMPLEXO SEM CC/MCC	26
5.1.DRG 343 – REDE PRESTADORA (DETALHAMENTO)	26
5.2 RESULTADOS ECONÔMICOS (OPERADORA).....	27
5.3 REDUÇÕES DOS CUSTOS TRANSACIONAIS:	28
5.4 REGRAS DE SAÍDA DO PROCEDIMENTO GERENCIADO – DRG 343	28
5.5. VALIDAÇÃO DO MÉTODO	29
5.6. REAJUSTE NO VALOR BUNDLE.....	29
5.7. AVALIAÇÃO DOS RESULTADOS – RECOMENDAÇÕES.....	30
5.8. CONSIDERAÇÕES FINAIS	30
REFERÊNCIAS	32

1. INTRODUÇÃO

O sucesso da melhoria da qualidade assistencial e sustentabilidade de uma instituição hospitalar, frente ao atual ambiente competitivo acirrado, exigirá perseguição ao menor custo, sem afetar a funcionalidade e a qualidade dos produtos/serviços. Se por um lado, as organizações necessitam de cortes ou racionalização de custos para oferecer preços mais acessíveis do que a concorrência, priorizando a qualidade dos serviços ou produtos; por outro, a Contabilidade de Custos pode prestar grande auxílio a estas organizações, pois deixa de atender apenas às exigências contábil-fiscais, e passa ser explorada como ferramenta gerencial.

A causa de custos hospitalares é devido ao volume de procedimentos médicos produzidos, sendo assim, os custos diretos e indiretos, são diretamente relacionados aos procedimentos médicos prestados e aos rateados conforme determinadas bases, respectivamente (CHING, 2010; FARIA e RIBEIRO, 2017; BIOPOULOU *et al.*, 2017).

Contudo, no Brasil, grande parte dos gestores possui baixo conhecimento sobre os conceitos de custos hospitalares e a informação de custos disponibilizada não oferece parâmetros para suas decisões administrativas, controle de atividades e investimentos (Oliveira *et al.*, 2015). Segundo La Forgia e Couttolenc (2009), a ausência de informações confiáveis é um dos problemas das organizações de saúde e dificulta os esforços para melhorar a qualidade e a eficiência da prestação de serviços.

A grande heterogeneidade das informações entre prestadores e consumidores, e particularmente entre gestores, é uma característica dos serviços de saúde (SERUFO, 2014). O *Diagnosis Related Groups* (DRG) é um sistema de classificação de pacientes internados em hospitais desenvolvido na década de 60 por Fetter e uma equipe de pesquisadores da Universidade de Yale nos Estados Unidos, que reflete a média da relação do tipo de paciente tratado no hospital e o custo deste hospital. Desta forma, a construção de grupos formados por pacientes semelhantes, em princípio, possibilitaria a caracterização dos diferentes produtos hospitalares. Este produto hospitalar pode ser entendido como o conjunto específico de serviços oferecidos para cada paciente (VERAS *et al.*, 1990).

A partir da década de 80 vários países desenvolvidos passaram a utilizar o DRG em modo experimental e em meados da década de 90, muitos destes países incorporaram o DRG como principal meio de informação para o reembolso de hospitais e até hoje ainda mantêm esse sistema. São os motivos mais frequentes para a introdução de pagamentos baseados em DRG o

aumento da eficiência e controle dos custos (NORONHA,1991; NORONHA *et al.*, 2004; MATHAUER e WITENBECHER, 2013; BIOPOULOU *et al.*, 2017).

Os benefícios do DRG foram evidenciados em diversas pesquisas e constatou-se que sua utilização gerou maior eficiência nos gastos, diminuição do tempo de internações e melhor controle de gestão (GAO, 2013; MIHAJLOVIC, KOCIC, JAKOVLJEVIC, 2016).

Acentua-se que, apesar do DRG ser uma metodologia voltada para o controle de custos, seus benefícios vão além dos aspectos financeiros como por exemplo a melhoria na qualidade assistencial, por diminuir a ocorrência de condições adquiridas, dentre elas, as infecções hospitalares devido à redução da duração da permanência hospitalar dos pacientes (HUSSER, GUERIN, BRETONES, 2012).

A efetividade mensurada pelo DRG em uma organização poderá ser comparada com outras organizações hospitalares, criando oportunidades de melhoria de desempenho (SERUFO, 2014).

Além disso, mais importante do que referência externa é de suma importância que a Unimed Belém, conhecendo o seu cenário interno, consiga estabelecer metas de redução paulatina dos seus desperdícios e melhoria da qualidade assistencial.

O objetivo deste estudo é a proposição de um novo modelo remuneratório baseado na metodologia DRG BRASIL[®], para pagamento de serviços hospitalares com os custos projetados pelo método de pagamento DRG em apendicectomia sem diagnóstico principal sem C/C E SEM MCC (DRG 343), destinado à rede hospitalar do plano de saúde e demonstrar sua efetividade, provando que o sistema de pagamento é projetado para estimular ganhos de eficiência e evitar desperdícios.

2. DEFINIÇÕES

2.1. EFETIVIDADE

É a capacidade de um sistema produtivo entregar serviços/produtos com eficácia (“fazer o certo”) e eficiência (“fazer mais com menos”). Na definição da ONA, é a relação entre o benefício real oferecido pela assistência à saúde e o resultado potencial, representado esquematicamente por uma fração em que os estudos epidemiológicos e clínicos oferecem as informações e resultados para obter a resultante desta relação (ANS, 2017).

2.2 PRODUTIVIDADE

É a medida que relaciona número de produtos/serviços entregues com o recurso consumido. Um sistema será tanto mais produtivo quanto maior o número de produtos/serviços entregues aos pacientes em função da aceleração do processo, redução da probabilidade de eventos adversos e a diminuição do uso de recursos desnecessários (SERUFO,2014; ANS, 2017).

2.3. MARGEM DE CONTRIBUIÇÃO

Também conhecida como “ganho bruto”, é um dos indicadores econômico-financeiros mais importantes para qualquer empresa, pois permite compreender quanto à empresa ainda tem para arcar com seus custos e despesas fixos, ou seja, o restante dos gastos que ela possui em sua estrutura. Uma das formas de utilizar esta medida é no cálculo por produto, por exemplo, a demonstração de quanto cada produto assistencial (cirurgia, atendimento clínico, exame complementar, ou até mesmo produto DRG) contribui para o pagamento dos custos e despesas fixos (ANS, 2017).

2.4. CUSTO E DESPESA

- ✓ Custo: Gastos utilizados no processo de produção dos serviços.
Exemplos: pessoal da assistência, diárias, medicamentos, materiais, exames.
- ✓ Despesa: Gastos que não têm participação na produção dos serviços.

- ✓ Exemplos: assessoria jurídica, assessoria contábil.

2.5. CUSTO DIRETO E CUSTO INDIRETO

- ✓ **Custo Direto:** Corresponde aos custos em que haja possibilidade de identificação de sua origem com o produto ou departamento/setor. Exemplo: todos os materiais e medicamentos utilizados na cirurgia de colecistectomia e o tempo de ocupação do bloco cirúrgico para a realização do procedimento, são custos diretos da colecistectomia (ANS, 2017).
- ✓ **Custo Indireto:** Consiste dos itens de custos em que não há referência com o produto ou departamento/setor e a apropriação se faz utilizando-se de fórmulas de rateio. Exemplo: será incorporado ao custo do procedimento da colecistectomia, um percentual dos custos com consumo de energia elétrica, água, gás, telefone, aluguel do imóvel, alimentação, lavanderia, higienização, manutenção, administração, segurança e outros. Estes são processos e insumos importantes para o funcionamento do hospital e que não podemos dizer que foram diretamente gerados pela cirurgia de colecistectomia (ANS, 2017).

2.6. CUSTO FIXO E CUSTO VARIÁVEL

- ✓ **Custo Fixo:** Do ponto de vista dos prestadores de serviço, corresponde aos custos vinculados à infraestrutura instalada e que não se alteram, mesmo havendo modificações no volume de atendimento, dentro de uma determinada capacidade. O DRG não mede o custo fixo da operadora de saúde. Exemplo: mão de obra fixa, área física, aluguel.
- ✓ **Custo Variável:** Do ponto de vista dos prestadores de serviço, são os custos inerentes à produção dos serviços e variam à mesma proporção do volume de atendimento. Ou seja, quanto maior o número de unidades produzidas (vamos dizer, cirurgias), maior serão os itens que são consumidos na produção destas unidades. Do ponto de vista da OPS, todos os valores pagos aos prestadores pelos serviços prestados, clínicos ou cirúrgicos, são classificados como assistenciais e são variáveis do ponto de vista da contabilidade. Exemplo: insumos diversos como materiais, medicamentos; exames complementares.

Ressalta-se que, dentro dos custos direto e indireto, teremos componentes fixos e variáveis. (ANS, 2017).

2.7. CUSTEIO DOS GRUPOS DE DRG

Determinação do custo de cada DRG clínico e cirúrgico classificado no hospital prestador com o objetivo de avaliação dos resultados operacionais específicos e geração de um importante instrumento de verificação da eficácia dos recursos utilizados na consecução dos tratamentos (ANS, 2017).

2.8. O CUSTO FINAL DOS SERVIÇOS HOSPITALARES

Expressos sob a forma de uma conta hospitalar - compreende uma combinação do custo de produção dos serviços e a correspondente quantidade utilizada na consecução dos tratamentos. Todos os pacientes utilizam-se de um fluxo de produção ao longo das atividades operacionais (unidade de internação, centro cirúrgico, terapia intensiva, serviços diagnósticos, dentre outros), incorrendo em custos em cada um destes serviços (ANS, 2017).

2.9. RECEITA E RECEBIMENTO

- ✓ Receita: Valor referente à efetiva prestação de serviços ocorrida durante um determinado período - valores recebidos através de conta aberta, ou pacotes, ou transferência orçamentária.
- ✓ Recebimento: Entrada de recursos monetários na empresa provenientes da prestação de serviços, ocorrida durante o período ou em períodos anteriores. Os recebimentos podem ser provenientes de outras operações não relacionadas à prestação de serviços.

2.10. CONTABILIDADE DE CUSTOS

Contabilidade de Custos: Consiste especificamente à contabilização do custo de produção. Em uma instituição de saúde corresponde à expressão “custo dos serviços prestados” constante da Demonstração de Resultados (ANS, 2017).

2.11. RATEIO

Rateio, em contabilidade, é a divisão proporcional de custos entre os diversos setores de uma empresa. Mas o rateio somente é aplicável aos custos que não podem ser atribuídos a um só setor, como demonstrado no Quadro 1.

Quadro 1 – Exemplo de critérios de rateio

ITEM DE CUSTOS	FÓRMULA DE RATEIO PARA CADA SETOR
Aluguel	Área ocupada (m2)
Manutenção e conservação	Área ocupada (m2), horas de manutenção.
Depreciação do imóvel	Área ocupada (m2)
Seguros do imóvel	Área ocupada (m2)
Energia Elétrica	(%) de funcionários, ou de equipamentos ou unidades produzidas, etc.
Água	(%) de funcionários, ou de equipamentos ou unidades produzidas, etc.
Telefone	Número de ramais
IPTU	Área ocupada (m2)
Outros custos e despesas	Número de funcionários

Fonte: Adaptado de Matos e Carnielo - IAG SAÚDE 2017.

2.12. ÍNDICE DE CASE MIX (ICM) E PESO RELATIVO (PR)

✓ ÍNDICE DE CASE MIX

O termo complexidade pelo case mix é utilizado para referenciar um conjunto de atributos dos pacientes que são inter-relacionados, porém distintos, incluindo a gravidade da doença, o prognóstico, a dificuldade do tratamento, a necessidade de intervenções, e a intensidade de consumo de recursos. O índice de case mix é o resultado da soma dos pesos relativos dos DRGs dividido pelo número de pacientes. Portanto, o ICM é um sinalizador que sintetiza as características de uma população de pacientes sendo um preditor da gravidade da doença e do reembolso esperado (IAG, 2017, Filho e Couto, 2016)

✓ PESO RELATIVO

O peso relativo de um DRG é determinado pela média de recursos consumidos no tratamento de cada paciente atribuído a este DRG. O consumo de recursos, normalmente, estará diretamente associado à gravidade do paciente.

A cada DRG é atribuído um peso relativo que expressa a quantidade média de recursos necessários para tratar um paciente nesse DRG. (ANS, 2017).

O consumo médio de recursos para todos os pacientes, em todos os DRGs, representa o peso relativo da linha de base e seu valor é 1. Qualquer DRG com valor menor que 1 usa recursos menores que a média; qualquer valor acima de 1 usa recursos maiores que a média. O PR é um número absoluto e é apresentado com 4 casas decimais após a vírgula de forma a garantir maior precisão (ANS, 2017).

2.13. PERCENTIS E QUARTIS

É o método alternativo para obter valores de referências de dados agrupados ou não. O percentil de ordem $100p$ de um conjunto de valores disposto em ordem crescente, é um valor tal que, ao menos $(100p)\%$ das observações estão nele ou abaixo dele, e ao menos $100(1 - p)\%$ estão nele ou acima dele. Os percentis de ordem 25, 50, 75 são chamados quartis, sendo representados por Q1, Q2, Q3, respectivamente. Sabendo que, $P50 = Q2 =$ Mediana de um conjunto qualquer de valores de uma amostra.

Os percentis são utilizados como referenciais para permanência na Metodologia DRG:

- P10 = significa que 10% da amostra da população apresenta valor igual ou menor do que o do P10;
- P25 (ou Q1) = significa que 25% da amostra da população apresenta valor igual ou menor do que o do P25;
- P50 (ou Q2, ou mediana) = significa que 50% da amostra da população apresenta valor igual ou menor do que o do P50;
- P75 (ou Q3) = significa que 75% da amostra da população apresenta valor igual ou menor do que o do P75;
- P90 = significa que 90% da amostra da população apresenta valor igual ou menor do que o do P90;

2.14. MODELOS REMUNERATÓRIOS

- ✓ Modalidade unidade de serviço prestado (fee-for-service), onde o prestador é remunerado por procedimento:

- Conta aberta: todos os itens pagos ao prestador, constantes da fatura cobrada pelo hospital (a mais comum na saúde suplementar).
 - Conta fechada (paciente-dia; pacotes): todos os procedimentos realizados no formato de preço fixo, mais comum na saúde pública. Na saúde suplementar, nem todos os eventos são fixos; casos com complicações (sejam inevitáveis ou não) passam a ser remunerados pela modalidade conta aberta. “O ‘pacote’ não necessariamente aplica-se apenas na totalidade do procedimento hospitalar. Em alguns casos, é recomendada a adoção de uma referência de preços sob a unidade de ‘paciente-dia’. Esta metodologia adapta-se aos casos de terapia intensiva, pacientes clínicos com dificuldade de fixação da permanência, entre outros” (Matos, apud ANS, 2010, pág. 15).
- ✓ Modalidade orçamentação: o valor do orçamento contratualizado.
- ✓ Modalidade capitation - que tem como fundamento a fixação de um valor per capita como parâmetro para o financiamento ao provedor dos serviços - embora citada pela ANS (2010), não é comum no modelo remuneratório hospitalar no Brasil (tema a ser abordado na disciplina 7).

3. FORMAÇÃO DE BUNDLE PARA DEFINIÇÃO DE PREÇO PADRONIZADO PARA O DRG 343: APENDICECTOMIA SEM DIAGNÓSTICO PRINCIPAL COMPLEXO SEM CC/MCC.

3.1. JUSTIFICATIVA

A Cooperativa de Trabalho Médico de Belém do Pará teve um gasto no ano de 2016 no valor em torno de R\$ 250.000.000,00(duzentos e cinquenta milhões) com custo assistencial hospitalar. O modelo de compra de serviços utilizado pela por esta cooperativa e por grande parte das operadoras de saúde suplementar se dá por item consumido (Fee for Service), onde as partes estabelecem previamente uma tabela de preços por procedimento, material ou o conjunto deles. A produtividade do leito (giro de leito), não é monitorada. Cerca de 73% dos custos hospitalares no Brasil são determinados pela permanência hospitalar (ANAHP, 2014) sendo esta medida uma forma indireta de avaliar impactos econômicos nos hospitais. Remuneração não prioriza a qualidade, pois as reinternações decorrentes de evoluções clínicas ou erros médicos são novamente remunerados. O pagamento dos hospitais prestadores depende do uso dos diversos itens vendidos durante o tratamento, o que criam estímulo econômico ao hiperconsumo (SERUFO, 2014; NAPIERALA, 2017).

Provavelmente, esse desperdício corresponda com a falta de um produto hospitalar que proporcione a mensuração dos serviços e desempenho assistencial; possibilitando se conhecer como este prestador opera, o que gasta, como trata seus pacientes, quem atende, como, e o que produz.

Atualmente, pode-se afirmar que o hospital produz tantos produtos quantos pacientes atende, ou seja, a produção de multiprodutos. Isto dificulta a mensuração do produto hospitalar.

Reduzir o desperdício da assistência hospitalar é um desafio. A cooperativa de médicos de Belém, busca um produto hospitalar que melhore a assistência e subsidie a gestão hospitalar e reduza o desperdício.

Na busca por esse instrumento, que permita que a operadora gerir um investimento de maneira satisfatória para ambas as partes (operadora x prestador), com melhorias e mensuração da gestão de qualidade da atenção hospitalar, em maio de 2017, iniciou em 3 hospitais da rede prestadora, a metodologia DRG (*Diagnosis Related Groups*), que é um sistema de gerenciamento de custos e da qualidade assistencial-hospitalar, que permite a definição em categorias os tratamentos hospitalares (produtos – clínicos e cirúrgicos).

3.2. OBJETIVO

✓ OBJETIVO GERAL

- Formação de Bundle para definição de preço padronizado para o DRG 343 – APENDICECTOMIA SEM DIAGNÓSTICO PRINCIPAL COMPLEXO SEM CC/MCC.

✓ OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Determinar os custos do procedimento gerenciado – DRG 343, nos hospitais do estudo, para avaliar os resultados operacionais específicos e gerar um importante instrumento de verificação da eficácia dos recursos utilizados na consecução dos tratamentos e evitar desperdícios.
- Fornecer subsídios para a tomada de decisão, através das informações das séries históricas de custos, organizadas pelo sistema DRG BRASIL[®] de forma relevante para tomada de decisões e planejamento das atividades operacionais.

3.3. COLETA DE DADOS

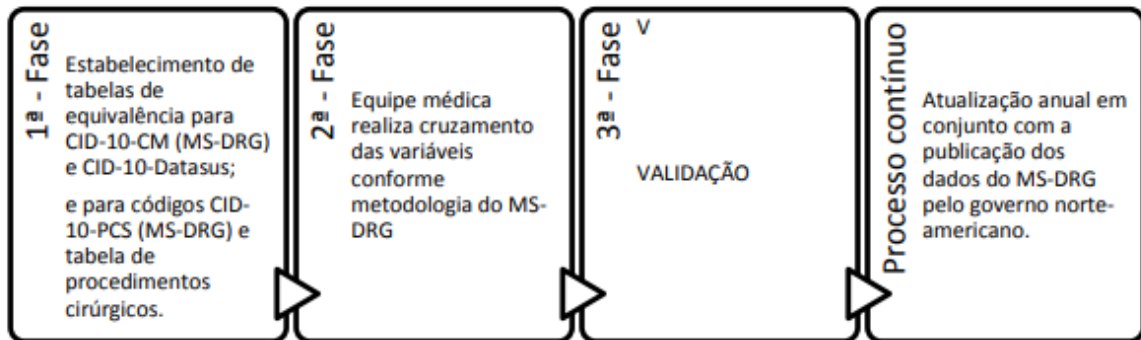
Trata-se de um estudo epidemiológico descritivo, quantitativo, baseado em registros administrativos de todos os casos de DRG 343 de 3 hospitais privados prestadores da operadora de saúde de Belém em 2017.

3.3.1. Codificação de dados

Foi utilizada a categorização DRG do governo norte-americano em sua versão 31.0 (MS-DRG), cuja base CID-10-CM e CID-10-PCS. Para compatibilizar o sistema de codificação Brasileiro de procedimentos TUSS (Terminologia Unificada da Saúde Suplementar) e SUS (Sistema Único de Saúde) foi utilizado o software DRG Brasil[®] que correlaciona o sistema de códigos estadunidense com os códigos brasileiros. A validação das correspondências realizadas pelo software ocorreu produto a produto. Foi utilizada a categorização DRG do governo norte-americano em sua versão 31.0 (MS-DRG), cuja base CID-10-CM e CID-10-PCS. Para compatibilizar o sistema de codificação Brasileiro de procedimentos TUSS (Terminologia Unificada da Saúde Suplementar) e SUS (Sistema Único de Saúde) foi utilizado o software

DRG Brasil. A FIGURA 1 explica o fluxo de desenvolvimento e processo de criação e do software DRG-Brasil.

Figura 1 – Fluxo do processo de ajuste do DRG BRASIL



Fonte: DRG BRASIL - IAG SAÚDE, 2016.

3.3.1.1. Origem dos procedimentos gerenciados

- Os serviços de Apendicectomia Convencional e Apendicectomia Vídeo laparoscópica serão pagos conforme categorização do DRG Brasil produto DRG 343 - APENDICECTOMIA SEM DIAGNÓSTICO PRINCIPAL COMPLEXO SEM CC/MCC*.
- Após a codificação pelo DRG BRASIL, o paciente cuja internação é devido apendicite, será categorizado de acordo com sua
- (motivo da internação / idade / comorbidades / procedimentos cirúrgicos): DRG 343 - Apendicectomia sem diagnóstico principal complexo sem CC/MCC*.

*CC/MCC – Complicações e comorbidades / Maiores complicações e comorbidades.

3.3.2. Itens que são compreendidos pelos procedimentos gerenciados

- Período de internação (1 dia);
- Tipo de acomodação no período (enf., apto);
- Sala cirúrgica/tempo cirúrgico médio (1:00 H);
- Instrumentais permanentes;
- Equipamentos cirúrgicos, de monitorização e de anestesia;
- Materiais de consumo de rotina, utilizados na sala cirúrgica e nas unidades de internação (inerentes ao processo);

- Medicamentos utilizados na sala cirúrgica e nas unidades de internação (inerentes ao processo);
- Serviços de enfermagem na sala cirúrgica e nas unidades de internação;
- Gases medicinais;
- OPME (Trocatel de 12mm e clips).

3.3.3. Itens que não são compreendidos pelos procedimentos gerenciados

- Recursos utilizados nos procedimentos pré-operatórios (diárias, insumos, SADT);
- Re-operação;
- Sangue e hemoderivados;
- Incorporação tecnológica não prevista no protocolo/gabarito técnico, cuja utilização tenha sido justificada pela equipe médica.

3.3.4. Case mix e peso relativo (PR)

- O peso relativo do DRG 343 :PR = 0,9810.

Logo, o PR do DRG 343 <1. A interpretação desse número é que no DRG 343 se consome menos recursos institucionais para o tratamento dos pacientes quando comparado com a média global. Ou seja, os pacientes que são atribuídos a este DRG têm menor complexidade assistencial que a média.

3.4. FINALIDADE DO MODELO REMUNERATÓRIO BASEADO NO DRG 343.

- ✓ Maior previsibilidade dos custos por parte da fonte financiadora;
- ✓ Maior controle assistencial por parte do hospital;
- ✓ Eliminação de burocracia: autorização do procedimento;
- ✓ Agilidade no processamento de contas;
- ✓ Diminuição custos transicionais;
- ✓ Pagamento das contas sem glosas;
- ✓ Aumento da eficiência e qualidade assistencial.

3.5. MODELO REMUNERATÓRIO FEE FOR SERVICE X BUNDLE PAYMENT

Seja na modalidade fee-for-service ou orçamento, as partes estabelecem previamente uma tabela de preços por procedimento ou conjunto deles. A figura 2 mostra a diferença entre pagamento *Fee for Service* e *Bundle Payment* (REIS, 2017; FARIA, RIBEIRO, 2017)

Figura 2 - Comparação dos modelos remuneratório Fee For Service e Bundle payment



Fonte: Dados da pesquisa. DRG Brasil®, versão 10.0.

3.6. CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Aplicação dos critérios prévios de exclusão:

- ✓ Pacientes com condição adquirida;
- ✓ Pacientes que tiveram alta administrativa;
- ✓ Pacientes que vieram a óbito;
- ✓ Pacientes que se transferiram para outro Hospital/Instituição;
- ✓ Pacientes que evadiram/Alta a pedido;
- ✓ Pacientes com passagem pela UTI (nos casos onde a passagem pela UTI não seja programada para o DRG em questão).

Por se tratar de internações que não seguiram o “padrão” para o DRG 343, nos casos onde houve a ocorrência de algum destes critérios, os registros de paciente correspondentes foram excluídos e os dados desconsiderados do estudo.

3.7. ETAPAS

Figura 3: Fluxograma da elaboração do Bundle Payment



Fonte: Dados da pesquisa. DRG Brasil®, versão 10.0.

4. ELABORAÇÃO DO BUNDLE PAYMENT 343

4.1. TAMANHO DA AMOSTRA POR GRUPO DE CONSUMO:

Os Grupos de consumo sem a presença em pelo menos 20% do total das internações, tiveram as internações excluídas do estudo. Para quantificar a presença dos grupos em cada registro de paciente categorizamos em 1 para ocorrência do grupo e 0 para não ocorrência do grupo para cada registro de paciente. Segue tabela do resultado obtido:

Tabela 1 – Tamanho do Grupo de Consumo do DRG 343

Registros	Honorários	Materiais	Medicamentos	Taxas	Diárias	OPME	Gases	SADT
50204109	1	1	1	1	1	0	1	0
49928224	1	1	1	1	1	0	1	0
53003041	1	1	1	1	1	1	1	0
50019667	1	1	1	1	1	1	1	0
52033308	1	1	1	1	1	1	1	1
48196532	1	1	1	1	1	0	1	1
48602408	1	1	1	1	1	0	1	1
53000784	1	1	1	1	1	0	1	0
49415197	1	1	1	1	1	1	1	0
49698353	1	1	1	1	1	1	1	0
48271099	1	1	1	1	1	1	1	0
43608465	1	1	1	1	1	1	1	0
54281637	1	1	1	1	1	1	1	0
49337849	1	1	1	1	1	1	1	0
51641539	1	1	1	1	1	1	1	0
51852546	1	1	1	1	1	1	1	0
53460613	1	1	1	1	1	1	1	0
51290122	1	1	1	1	1	1	1	0
52197380	1	1	1	1	1	1	1	0
54280915	1	1	1	1	1	1	1	0
Total	297	289	291	209	288	195	279	32

Fonte: Dados da pesquisa. DRG Brasil®, versão 10.0.

Na última linha temos o total geral de ocorrência do grupo, os valores em destaque foram considerados representativos ao DRG e, portanto, os grupos serão considerados no estudo, com exceção do grupo 998(honorário médico) que por se tratar de um valor negociado e pago diretamente ao médico não fará parte do Bundle.

4.2. GRUPOS DE CONSUMO

Tabela 2 - Descrição dos grupos de consumo 343

CÓDIGO DO GRUPO DE CONSUMO	DESCRIÇÃO DO GRUPO DE CONSUMO
1	ANATOMIA PATOLOGICA E OTOPATOLOGIA
2	ANESTESIAS
3	DIAGNOSTICO POR IMAGEM –OUTROS
4	DIAGNOSTICO POR IMAGEM RX
5	ENDOSCOPIA DIAGNOSTICA
6	ENDOSCOPIA INTERVENCIONISTA
7	EXAMES RADIOLOGICOS EM ODONTOLOGIA
8	GENETICA
9	MEDICINA LABORATORIAL
10	MEDICINA NUCLEAR
11	MEDICINA TRANSFUCIONAL
12	METODOS INTERVENCIONISTAS TERAPEUTICOS POR IMAGEM
13	OUTROS EXAMES E PROCEDIMENTOS
14	PROCEDIMENTOS DE ASSISTENCIA SOCIAL
15	PROCEDIMENTOS DE ENFERMAGEM
16	PROCEDIMENTOS DE FONOAUDIOLOGIA
17	PROCEDIMENTOS DE NUTRIÇÃO
18	PROCEDIMENTOS EM FISOTERAPIA
19	PROCEDIMENTOS EM PSICOTERAPIA
20	PROCEDIMENTO EM TERAPIA OCUPACIONAL
21	RADIOTERAPIA MEGAVOLTAGEM
22	RADIOTERAPIA OUTRAS TECNICAS
23	RESSONANCIA MAGNÉTICA DIAGNOSTICA
24	RESSONANCIA MAGNÉTICA INTERVENCIONISTA
25	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DIAGNOSTICA
26	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA INTERVENCIONISTA
27	ULTRA SONOGRAFIA DIAGNOSTICA
28	ULTRA SONOGRAFIA INTERVENCIONISTA
29	MATERIAIS E OPME
291	MATERIAIS
292	OPME
50	MEDICAMENTOS
31	DIARIAS, TAXAS E GASES MEDICINAIS
311	DIARIAS
312	TAXAS
313	GASES MEDICINAIS

Fonte: Dados da pesquisa. DRG Brasil®, versão 10.0.

4.3. CONSOLIDAR CUSTO DE CADA GRUPO DE CONSUMO

Para cada registro de paciente foi consolidado o custo total em cada grupo de consumo, conforme exemplos contidos na Tabela 3.

Tabela 3: Custo dos grupos de consumo do DRG 343

Registros	Materiais	Medicamentos	Taxas	Diárias	OPME	Gases
53003041	R\$ 1.422,64	R\$ 530,60	R\$ 392,50	R\$ 1.053,00	R\$ 155,56	R\$ 32,45
53019657	R\$ 1.519,29	R\$ 459,47	R\$ 385,00	R\$ 263,25	R\$ 49,98	R\$ 38,00
52683308	R\$ 890,66	R\$ 837,50	R\$ 675,00	R\$ 140,00	R\$ 77,78	R\$ 16,90
48196532	R\$ 235,40	R\$ 286,18	R\$ 315,00	R\$ 2.477,75	-	R\$ 513,00
48602408	R\$ 795,95	R\$ 859,01	R\$ 750,00	R\$ 1.540,00	-	R\$ 0,04
53065764	R\$ 780,56	R\$ 986,04	R\$ 390,00	R\$ 420,00	-	R\$ 10,80
49415197	R\$ 224,71	R\$ 1.555,68	R\$ 340,50	R\$ 263,25	R\$ 77,70	R\$ 9,97
49698353	R\$ 350,58	R\$ 441,33	R\$ 355,55	R\$ 648,16	R\$ 55,12	R\$ 46,65
48271099	R\$ 480,02	R\$ 276,33	R\$ 340,50	R\$ 140,00	R\$ 155,56	R\$ 0,85
48608465	R\$ 592,69	R\$ 855,12	R\$ 341,50	R\$ 700,00	R\$ 77,78	R\$ 1,52
54281637	R\$ 1.558,05	R\$ 723,87	R\$ 682,50	R\$ 140,00	R\$ 49,98	R\$ 32,20
49337849	R\$ 343,17	R\$ 808,81	R\$ 341,00	R\$ 280,00	R\$ 77,76	R\$ 42,10
51643539	R\$ 388,59	R\$ 1.097,46	R\$ 396,25	R\$ 140,00	R\$ 49,98	R\$ 39,65
51852546	R\$ 1.681,60	R\$ 1.844,55	R\$ 415,00	R\$ 280,00	R\$ 49,98	R\$ 55,90
53460613	R\$ 1.360,64	R\$ 377,66	R\$ 385,00	R\$ 263,25	R\$ 49,98	R\$ 32,20
51290122	R\$ 389,63	R\$ 816,67	R\$ 363,65	R\$ 200,00	R\$ 82,68	R\$ 29,70
52297380	R\$ 458,53	R\$ 1.057,20	R\$ 63,75	R\$ 140,00	R\$ 49,98	R\$ 47,40
54280915	R\$ 1.070,83	R\$ 1.712,33	R\$ 776,25	R\$ 140,00	R\$ 49,98	R\$ 44,30

Fonte: Fonte: Dados da pesquisa.DRG Brasil®, versão 10.0.

4.4 AVALIAR A VARIABILIDADE DE CADA GRUPO

Para avaliar a variabilidade dentro dos grupos de consumo calculamos: Média, Desvio Padrão, Coeficiente de Variação (CV), P5, P50 e P95 – Tabela 4.

Tabela 4: Variabilidade dos grupos do DRG 343

Estatísticas	Materiais	Medicamentos	Taxas	Diárias	OPME	Gases
Média	931,49	692,07	459,13	397,12	87,47	32,53
Mediana	868,48	571,13	400,00	280,00	77,78	29,85
Desvio Padrão	599,31	733,70	149,89	309,42	68,42	35,56
CV	0,64	1,06	0,33	0,78	0,78	1,09
P	236,45	162,22	340,56	140,00	49,98	5,40
P	1641,11	1502,92	711,00	1053,00	155,56	61,76
N	289	291	289	288	195	279

Fonte: Dados da pesquisa. DRG Brasil®, versão 10.0.

Nos grupos onde o coeficiente de correlação (CV) foi superior a 0,3 foram retirados os valores extremos (Outliers) para reduzir a variabilidade dentro do grupo. Os outlier serão retirados do grupo de maior CV para o de menor CV e a cada retirada os valores deverão ser recalculados.

Para não prejudicar o tamanho da amostra, o máximo de retiradas em cada grupo será 2 vezes.

O procedimento foi feito para todos os grupos de consumo que serão considerados e para todas as internações presentes no banco de dados.

4.5 ESTIMAR VALOR DO CUSTO ASSISTENCIAL TENDO COMO BASE AS SÉRIES HISTÓRICAS DA INSTITUIÇÃO

Inicialmente tínhamos 299 altas para o DRG 343 na nossa base de dados do período, após a retirada de internações onde o custo sem honorário era irrisório ficamos 288 e aplicando os critérios prévios de exclusão e retirando os outliers restaram 142 internações e com base nestas vamos estimar o custo assistencial. Para cada registro de paciente foi encontrado o valor do custo HOSPITAL (valor gasto com todos os grupos de consumo considerados, menos honorário médico). Demonstrado parte do custo hospitalar na Tabela 5.

Tabela 5: Custo Hospitalar do DRG 343

Acomodação	Registros	Materiais	Medicamentos	Taxas	Diárias	OPME	Gases	HOSPITAL
Apartamento	53003041	R\$ 1.461,04	R\$ 772,60	R\$ 738,75	R\$ 263,25	R\$ 77,78	R\$ 33,50	R\$ 3.347,02
Enfermaria	50909517	R\$ 456,83	R\$ 461,49	R\$ 420,00	R\$ 420,00	R\$ 50,00	R\$ 510,00	R\$ 1.769,12
Enfermaria	48558106	R\$ 427,85	R\$ 338,45	R\$ 645,44	R\$ 280,00	R\$ 50,00	R\$ 8,20	R\$ 1.699,58
Apartamento	53817250	R\$ 670,75	R\$ 496,49	R\$ 345,00	R\$ 526,50	R\$ 50,00	R\$ 510,00	R\$ 2.051,54
Enfermaria	53618306	R\$ 1.489,73	R\$ 956,56	R\$ 690,00	R\$ 140,00	R\$ 49,98	R\$ 24,85	R\$ 3.351,12
Apartamento	51613351	R\$ 1.299,24	R\$ 661,38	R\$ 385,00	R\$ 263,25	R\$ 49,96	R\$ 37,10	R\$ 2.695,95
Apartamento	53821251	R\$ 1.282,77	R\$ 347,83	R\$ 671,25	R\$ 263,25	R\$ 49,98	R\$ 21,25	R\$ 2.636,33
Apartamento	53849957	R\$ 403,77	R\$ 974,32	R\$ 671,25	R\$ 263,25	R\$ 50,00	R\$ 58,20	R\$ 2.028,19
Enfermaria	53821576	R\$ 1.293,80	R\$ 295,63	R\$ 708,75	R\$ 140,00	R\$ 49,98	R\$ 30,40	R\$ 2.518,56
Enfermaria	52980632	R\$ 1.310,86	R\$ 367,83	R\$ 415,00	R\$ 140,00	R\$ 77,78	R\$ 32,06	R\$ 2.343,52
Apartamento	52799344	R\$ 1.159,58	R\$ 740,03	R\$ 411,25	R\$ 526,50	R\$ 49,98	R\$ 46,75	R\$ 2.934,09
Apartamento	51131062	R\$ 752,54	R\$ 285,12	R\$ 373,75	R\$ 263,25	R\$ 49,98	R\$ 25,50	R\$ 1.750,14
Apartamento	49730386	R\$ 1.541,03	R\$ 789,00	R\$ 366,25	R\$ 526,50	R\$ 50,00	R\$ 19,70	R\$ 3.242,48
Enfermaria	53607272	R\$ 350,18	R\$ 538,71	R\$ 690,00	R\$ 263,25	R\$ 50,00	R\$ 32,20	R\$ 1.874,34
Enfermaria	54263092	R\$ 1.077,77	R\$ 981,73	R\$ 412,50	R\$ 420,00	R\$ 50,00	R\$ 9,00	R\$ 2.901,00
Enfermaria	52560927	R\$ 1.280,82	R\$ 637,78	R\$ 392,50	R\$ 280,00	R\$ 155,56	R\$ 43,80	R\$ 2.790,48
Enfermaria	51458521	R\$ 1.483,06	R\$ 958,01	R\$ 362,50	R\$ 140,00	R\$ 49,98	R\$ 28,20	R\$ 3.021,75
Apartamento	52691543	R\$ 1.397,27	R\$ 457,39	R\$ 742,50	R\$ 263,25	R\$ 77,78	R\$ 34,50	R\$ 2.972,69
Apartamento	53039486	R\$ 907,80	R\$ 940,26	R\$ 405,00	R\$ 789,75	R\$ 50,00	R\$ 10,80	R\$ 3.053,61
Apartamento	52773072	R\$ 587,61	R\$ 398,88	R\$ 345,00	R\$ 526,50	R\$ 50,00	R\$ 13,50	R\$ 1.871,49

Fonte: Dados da pesquisa. DRG Brasil®, versão 10.0.

5. BUNDLE PAYMENT DRG 343 – APENDICECTOMIA SEM DIAGNÓSTICO PRINCIPAL COMPLEXO SEM CC/MCC

5.1.DRG 343 – REDE PRESTADORA (DETALHAMENTO)

Na Tabela 6 temos as 288 internações do DRG 343 no período avaliado detalhadas pelos 3 hospitais:

- Bundle payment geral
- Bundle payment enfermaria
- Bundle payment apartamento

Tabela 6 – Cálculo do Bundle Payment –DRG 343 por acomodação

BUNDLE PAYMENT GERAL								
BUNDLE	MEDIANA	R\$ 2.455,43	P ₅ 0	1994,0	P ₂ 8	2843,1	MÉDI P ₇₅ A	R\$ 2.415,77
CUSTO REAL TOTAL		MEDIANA		R\$ 2.489,79		MÉDIA		R\$ 2.594,67
BUNDLE	MEDIANA	R\$ 2.525,68	P ₅ 0	2044,1	P ₂ 9	2854,77	MÉDI P ₇₅ A	R\$ 2.471,62
CUSTO REAL APARTAMENTO		MEDIANA		R\$ 2.578,16		MÉDIA		R\$ 2.593,71
BUNDLE	MEDIANA	R\$ 2.401,80	P ₅ 0	1899,5	P ₂ 7	2797,02	MÉDI P ₇₅ A	R\$ 2.377,21
CUSTO REAL ENFERMARIA		MEDIANA		R\$ 2.467,14		MÉDIA		R\$ 2.595,28

Fonte: Dados da pesquisa. DRG Brasil®, versão 10.0.

Em cada tabela o valor do Bundle é a mediana do custo para as 142 internações remanescentes.

O valor do custo real total médio foi calculado considerando todas as internações do período exceto as que o valor sem honorário eram irrisórios, ou seja, um total de 288 internações.

Em todas as planilhas não levamos em conta o valor gasto com honorário médico. Nos resultados dos Bundles estão considerados os critérios de exclusão

Na coluna “CUSTO MÉDIO” podemos notar que o custo médio em todos os hospitais para o período avaliado ficou entre o P25 e o P75.

Tabela 7: Custo Médio hospitalar do DRG 343.

HOSPITAL	INTERNAÇÕES	CUSTO MÉDIO	BUNDLE	
HOSPITAL GERAL 1	189	R\$ 2.651,76	P ₂₅	R\$ 1.994,08
HOSPITAL PEDIÁTRICO	76	R\$ 2.626,13		
HOSPITAL GERAL 2	23	R\$ 2.021,56	P ₅₀	R\$ 2.455,43
Total Geral	288	R\$ 2.594,67	P ₇₅	R\$ 2.843,10

Fonte: Dados da pesquisa. DRG Brasil®, versão 10.0.

5.2 RESULTADOS ECONÔMICOS (OPERADORA)

Dados levantados:

- Quantidade de internações no DRG 343 com dados de custo no sistema do DRG Brasil no período avaliado(01/01/17 a 31/12/17): 288 internações por apendicectomia sem CC/MCC.
- Valor do Bundle proposto para o DRG 343: R\$ 2.455,43
- Valor médio pago pela Unimed Belém no período para as 288 internações: R\$ 2.594,67
- Diferença entre valor pago em média e o valor proposto: R\$ 139,24
- Total gasto pela Unimed Belém com o DRG 343 no período (Apenas valor pago à rede, sem honorários):R\$ 747.264,35
- Economia se o Bundle Payment estivesse sendo adotado nos moldes propostos no período:
- $288 \times 139,24 = \text{R\$ } 40.101,12$ (5,37% do total).

Tabela 8 - Pacote DRG 343. Apendicectomia sem diagnóstico principal complexo sem CC/MCC

Código Procedimento Gerenciado	Código de Procedimento - TUSS	Descrição
8860343-1	31003583 - Apendicectomia por vídeo laparoscopia	Inclui: Materiais de consumo medicamentos, taxas, OPME, diária (1 dia de APTO ou ENF), gasoterapia
	31003079 - Apendicectomia convencional	Exclui: Honorário médico, anestesia, banco de sangue.

Fonte: Dados da pesquisa. DRG Brasil®, versão 10.0.

5.3 REDUÇÕES DOS CUSTOS TRANSACIONAIS:

- Redução drástica no processo de autorizações pelas operadoras de plano de saúde;
- Redução dos custos administrativos para prestadores e operadoras de planos de saúde, no processo de produção do Procedimento Gerenciado – DRG 343;
- Redução drástica no processo de auditorias. A auditoria deve ser focada na elegibilidade para o Procedimento Gerenciado, não cabendo análise individualizada dos itens que o compõem.

5.4 REGRAS DE SAÍDA DO PROCEDIMENTO GERENCIADO – DRG 343

Pelo fato dos Procedimentos Gerenciados (pacotes) se aplicarem a eventos médico-cirúrgicos com possibilidade de razoável conhecimento prévio de seu curso/evolução pelo DRG BRASIL, e, conseqüentemente, de seus recursos utilizados, a saída do Procedimento Gerenciado deverá ser baseada na identificação de intercorrências clínicas ou cirúrgicas que impliquem, notadamente, em significativa alteração do curso usual daquele procedimento, ou na justificativa de necessidade de utilização de recursos não comuns para um determinado tipo procedimento médico. Sendo assim, as regras de exceção para o Bundle serão utilizadas em situações atípicas, onde a assistência sai do padrão, e, portanto, deve ser tratada de forma diferenciada.

Isso pode acontecer de duas formas:

- Quando a internação necessita de cuidados e/ou recursos em uma quantidade maior que o esperado e;
- Quando a internação necessita de cuidados e/ou recursos em uma quantidade menor que o esperado.

Estas intercorrências, ou saída do Procedimento Gerenciado (pacote DRG 343), deverão ter uma expectativa de frequência estabelecida previamente, motivando o acompanhamento do processo de melhoria no desempenho.

As regras abaixo deverão ser consideradas como regras gerais:

- ✓ Abertura do bundle para pagamento a maior:
 - Paciente com algum problema social que impossibilita à alta;
 - Paciente com algum problema jurídico que impossibilita à alta;

- Complicações de qualquer natureza que levem o paciente a uma acomodação não prevista no Procedimento Gerenciado;
 - Ocorrência de evento adverso prolongando a internação e o consumo de recursos (o prestador deverá apresentar para operadora a causa raiz do problema e ações para evitar a recorrência).
- ✓ Abertura do Bundle para pagamento a menor:
- Pacientes que vieram a óbito;
 - Pacientes que se transferiram para outro Hospital/Instituição;
 - Pacientes que evadiram/Alta a pedido.

5.5. VALIDAÇÃO DO MÉTODO

Após a definição do Bundle é necessária uma validação por parte da operadora, esta validação se dará em duas etapas:

- Validar os métodos e cálculos utilizados na construção do modelo (Equipe responsável pelas análises de dados da operadora);
- Validar coerência do resultado encontrado (Equipe médica).

5.6. REAJUSTE NO VALOR BUNDLE

Deverá ser criado junto à rede prestadora uma política de reajustes do valor do Bundle.

O valor do reajuste pode ser fixo (valor ou percentual combinado previamente junto à rede) ou variável (utilização de alguma referência. ex: IPCA, IGP-M).

A periodicidade do reajuste deverá ser definida entre a operadora e a rede prestadora de maneira prévia para evitar transtornos futuros.

Além dos casos mencionados acima a operadora pode vincular o valor pago pelo Bundle ao desempenho do prestador como forma de bonificar os resultados alcançados.

5.7. AVALIAÇÃO DOS RESULTADOS – RECOMENDAÇÕES

Após a implantação do modelo Bundle Payment, deverá ser feito um estudo estatístico comparando os resultados operacionais dos DRG's escolhidos antes e depois da adoção da nova metodologia.

A validação do método passa por esta avaliação dos resultados, que permite obter um posicionamento em relação às expectativas iniciais e fazer possíveis ajustes na metodologia para obter os melhores resultados possíveis.

À medida que os resultados forem sendo alcançados pode-se expandir o programa para DRG's cada vez mais complexos, mas é importante alcançar certa maturidade e, sobretudo superar o período de adaptação à mudança de metodologia.

5.8. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir do estudo para composição de Bundle Payment por DRG, vimos a importância da mudança no modelo remuneratório. A expectativa é uma maior transparência, previsibilidade e redução de custos transacionais por parte da operadora. Melhora a agilidade no recebimento de contas e maiores ganhos de eficiência e evitar a prestação de serviços desnecessários, favorecendo a gestão dos recursos por parte da rede prestadora e por fim uma melhoria da qualidade assistencial beneficiando o usuário final.

Contudo, a aplicação na prática doméstica de sistemas de orçamento global e o pagamento por grupos relacionados a diagnósticos em ambiente hospitalar mostraram sua efetividade, provando que o sistema de pagamento é projetado para estimular ganhos de eficiência e evitar os desperdícios com serviços prestados de forma desnecessária (Mihailovic, Kocic, Jakovljevic, 2016).

Concomitante, vários aspectos negativos dos métodos de pagamento podem ser identificados, tais como: comparação nacional de reembolso hospitalar por Grupos relacionados a diagnósticos (DRGs) em diferentes sistemas DRG, que auxiliará médicos e autoridades nacionais a otimizar seus sistemas de DRG (Peltola M, Quentin W. 2013); altas precoces ou mesmo simplificar inadequadamente o atendimento ao paciente para se beneficiar nos programas de reembolso. Isto, requer uma revisão adicional dos grupos relacionados ao diagnóstico, a fim de melhorar a eficiência do uso de recursos orçamentários, bem como, a

remuneração dos serviços médicos para o sistema de orçamento global, que requer uma série de mudanças por parte dos atos normativos legais normativos (Veras et al.,1990; Chaix-Couturier *et al.*,2000; Gao,2013 e Mihailovic, Kocic, Jakovljevic,2016).

Portanto, é essencial que o sistema de custos seja suportado por um modelo conceitual consistente e robusto, dimensionado para seu propósito e dotado de critérios que possibilitem o tratamento dos dados de forma a assegurar a produção de informações para auxiliar, efetivamente, nos processos de tomada de decisão e controle (Oliveira et al.,2015).

O sistema DRG Brasil® categoriza e mede a complexidade, a criticidade e o nível da segurança assistencial de cada paciente internado. Mensura e compara o desempenho – assistencial e econômico – de médicos, equipes, clínicas e hospitais com referenciais internos e externos nacionais. O **DRG Brasil®** cria as bases necessárias para simplificar e acelerar a mudança do modelo assistencial e de pagamento de médicos e hospitais, migrando do fee-for-service para o pagamento baseado em valor, bundled payment model e/ou procedimentos gerenciados; aumentar a segurança do paciente e controlar os desperdícios, garantindo sustentabilidade econômica através da qualidade assistencial, criando um ciclo virtuoso de estímulos de melhorias e de redução dos desperdícios. O gestor, o médico, a equipe multiprofissional do hospital e o operador do sistema de saúde (público ou privado) poderão avaliar e comparar desfechos assistenciais usando referenciais internos e externos por médico, por equipe médica, por clínica ou por hospital, considerando a complexidade e a criticidade dos pacientes assistidos, o que facilita a identificação de oportunidades de melhorias e de tomadas de decisões.

Compra e venda de serviços hospitalares por tipo de DRG permite criar as bases necessárias para simplificar e acelerar a mudança do modelo assistencial e de pagamento de médicos e hospitais. Para que dê certo é preciso um esforço para compartilhamento dos riscos por parte da operadora e sua rede prestadora no sentido de se alinhar em um objetivo comum: foco na qualidade assistencial e no controle do desperdício, gerando recursos que poderão ser compartilhados entre médicos, hospitais e operadores do sistema de saúde, onde todos sairão ganhando. Melhorar os resultados é mais do que medir indicadores: requer esforço colaborativo e integrado de todo o sistema de saúde (IAG SAÚDE,2017)

REFERÊNCIAS

- ABBAS, K. - **Gestão de custos em organizações hospitalares**. Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Engenharia de Produção da Universidade Federal de Santa Catarina como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Engenharia de Produção- Maio de 2001
- ANS. Agência Nacional de Saúde Suplementar. **ANS TABNET: Informações em Saúde Suplementar**. Disponível em: <<http://www.ans.gov.br//anstabnet/>>. Acesso em: 13 set 2018.
- BABICU et. Al. Comparative analysis of the current payment system for hospital services in Serbia and projected payments under diagnostic related groups system in urology. (Análise comparativa do sistema de pagamento atual para serviços hospitalares na Sérvia e pagamentos projetados sob o sistema de grupos relacionados com diagnóstico em urologia.)- **Vojnosanit Pregl**. 2015 Mar;
- BIZOPOULOU, A. Et. al. Health Professionals Information for Diagnostics Related Groups (DRGs) with the Use of a Website. **ACTA INFORM MED**. v.25, n.3, p. 195-197. 2017.
- BRASIL. “Ministério da Saúde – Organização Pan-americana de Saúde. **Introdução à Gestão de Custos** – Série Gestão e Economia da Saúde, volume 2 2013
- _____. Ministério da Saúde. Diretrizes Metodológicas: Elaboração de Pareceres Técnico-Científico. Brasília, 2017
- CHAIX-COUTURIER et al., 2000 Effects of financial incentives on medical practice: results from a systematic review of the literature and methodological issues. **Int J Qual Health Care**. v.12, n.2, p.133-42. Apr. 2000
- CHOK, L. et. al. Effect of diagnosis related groups implementation on the intensive care unit of a Swiss tertiary hospital: a cohort study. **BMC Health Services Research** n.18, p. 84 2018
- FARIA, L. B.; RIBEIRO, W. C. Grupos de Diagnósticos Relacionados (DRG): Brasil e Colômbia. **Revista Debate Econômico**, v.5, n.1, jan-jun. 2017.
- GAO, F. Systematic review of the impacts of diagnosis related groups and the challenges of the implementation in Mainland China. **HKU Theses Online** (HKUTO). 2013
- GEISSLER, A, QUENTIN, W, BUSSE, R. Heterogeneity of European DRG systems and potentials for a common EuroDRG system; Comment on: ‘Cholecystectomy and diagnosis-related groups (DRGs): patient classification and hospital reimbursement in 11 European countries’ **Int J Health Policy Manag**. v.4, n.5, p. 319–320.2015 doi: 10.15171/ijhpm.2015.53.
- HUSSER, J.; GUERIN, O; BRETONES, D. The Incentive Effects of DRGs’ Reimbursement Rates for Health Care Establishments in France: Towards a New Allocation of Surgical Procedures? **International Business Research**, v.5, n.12., p.31-45. 2012
- IAG - Instituto de Acreditação e Gestão em Saúde. SIGQUALI - Software integrado de gestão de qualidade. Sistema integrado de melhorias. Produtos e serviços para hospitais e prestadores de serviço de saúde. [s.d.). 2017 Disponível em: <[ww.iagsaude.com.br](http://www.iagsaude.com.br)>. Acesso em: 20 de

fevereiro de 2018.

JASSAL, M. S. Reducing Inpatient Length of Stay Using a Multicollaborative Protocol for Management of Non-Intensive Care Unit Asthmatics. **Pediatric Allergy, Immunology, and Pulmonology**, v. 29, n.3, p. 118-124. 2016

JIAN, W. et. al. Introducing diagnosis-related groups: is the information system ready? **Int. J. Plann Mgmt** . n. 31, p. E58-E68, 2016.

LA FORGIA, G. M.; COUTTOLENC, B, F. **Desempenho Hospitalar no Brasil**. Editora Singular. 2009.

MATHAUER , I.; WITENBECHER, F. Hospital payment systems based on diagnosis-related groups: experiences in low-and middle income countries. **Bulletin of the World Health Organization**, v. 91, n.10, p. hemotherapy services certification 746-756 2013

MATOS AJ, CARNIELO MT. Gestão de custos aplicada às instituições de saúde [mensagem pessoal]. Mensagem recebida por tania.grillo@iagsaude.com.br em 31 mai. 2017.

MIHAILOVIC, N., KOCIC, S., JAKOVIJEVIC, M. Review of Diagnosis-Related Group-Based Financing of Hospital Care. **Health Services Research and Managerial Epidemiology**, v.3, n.1, p.1-8. 2016

NAPIERALA, C. BOES, S. Is the timing of radiological intervention and treatment day associated with economic outcomes in DRG financed health care systems: a case study. **BMC Health Services Research**, v.17, n.1, p.168- 185. 2017.

NAURZALIYEVA, A, RAKHYPBEKOV, T. – Estimation of the efficiency of hospital payment methods in the republic of Kazakhstan - **Georgian Med News**. 2018 Jul.

NORONHA, M. F. **Classificação de hospitalizações em Ribeirão Preto: os Diagnosis Related Groups** [Tese de Doutorado]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública de São Paulo, Universidade de São Paulo: 2001

NORONHA, M. F. de; PORTELA, M. C.; LEBRAO, M. L. Potential uses of AP-DRG to describe the health care profile in hospital units. **Cad. Saúde Pública** [online]. vol.20, suppl.2, p.S242-S255. 2004

OLIVEIRA, D. F. et. al. - Implementação do Sistema Hospitalar Professor Alberto Antunes pela Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares - EBSEH. Nov/2015

ORGANIZAÇÃO NACIONAL DE ACREDITAÇÃO – ONA. Disponível em: <https://www.ona.org.br/Inicial> visitado em 01/01/2019

PELTOLA, M, QUENTIN, W.- Diagnosis-related groups for stroke in Europe: patient classification and hospital reimbursement in 11 countries.(Grupos relacionados ao diagnóstico de AVC na Europa: classificação de pacientes e reembolso hospitalar em 11 países.)- **Cerebrovasc Dis.Epub** Feb. 2013

REIS, Amanda. Fatores associados ao nível de gasto com saúde: a importância do modelo de pagamento hospitalar, 2017.

REVISTA DOS PLANOS DE SAÚDE. Modelos de Remuneração. Jan/Fev/Mar. 2017.

RODDY, S. P. Inpatient coding and the diagnosis-related group. **Journal of Vascular Surgery**. November 2017

ROSCHEL, L. F. et. al. Eficiência nos gastos dos hospitais: um estudo sobre o sistema diagnosis related grupos (DRG) .**Rev. Gest. Sist. Saúde, São Paulo**, v. 7, n. 2, p. 42-57, maio/agosto, 2018

SERUFO, JCS. **Avaliação da produtividade de hospitais brasileiros pela metodologia do diagnosis related groups 145.710 altas em 116 hospitais**. Dissertação de Mestrado. Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Medicina da UFMG; 2014.

VERAS, C.T et al. **Avaliação de métodos alternativos para racionalização e análise de serviços de saúde**. Relatório de pesquisa apresentado à FINEP. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, FIOCRUZ, 1980.

VOGI, M. et. al. Redefining diagnosis-related groups (DRGs) for palliative care – a cross sectional study in two German centers. **BMC Palliative Care** n.17, p. 58 2018

ZAHA, M.S. et. al. A utilização da metodologia DRG como ferramenta para a definição do perfil de internação. **Braz. J. Surg. Clin. Res.** v.21, n.1, p. 21-28. Dez- 2017 – Fev. 2018.