

Grupos de Diagnósticos Relacionados (DRG): Brasil e Colômbia

Lívia Brito de Faria¹
Wesllay Carlos Ribeiro²

Resumo

Este estudo busca descrever o sistema de classificação *Diagnosis Related Groups (DRG)* como uma alternativa de pagamento de serviços hospitalares a ser utilizado pelo setor de saúde suplementar no Brasil e na Colômbia. O estudo e implantação desse sistema são realizados com a finalidade de conter os gastos nos hospitais, obter uma padronização e controle de qualidade no atendimento aos pacientes, e, conseqüentemente a possibilidade de alcançar uma diminuição dos gastos da saúde e melhoria na economia do país. O presente estudo também procura diferenciar os principais pontos do modelo DRG presentes nos países Brasil e Colômbia através de um quadro comparativo. Os dados utilizados para a pesquisa foram coletados através de artigos e livros. De acordo com as análises realizadas, o DRG no Brasil e, na Colômbia é utilizado como opção de pagamento, ambos no setor privado.

Palavras-chave: Saúde Suplementar; DRG; pagamento prospectivo.

Abstract

This study pursuits to describe the classification system *Diagnosis Related Groups - DRG* - as an alternative of hospital services payment to be used by the supplementary health sector in Brazil and Colombia. The study and implantation of this system are carried out in order to contain the expenses in the hospitals, to get a standardization and quality control in the patient care, and, consequently, the possibility of achieving a reduction of health expenses and improvement in the economy of the country. The present study also pursuits to differentiate the main points of the DRG model present in the Brazil and Colombia through a comparative table. The data used for the research were collected through articles and books. According to the analysis performed, the DRG in Brazil and Colombia is used as a payment option, both in the private sector.

Keywords: Health Supplement; DRG; prospective payment.

1. INTRODUÇÃO

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

A inflação médica do Brasil está dentre as dez mais altas em comparação à inflação da economia, segundo um relatório da consultoria Aon Hewitt (REIS, 2017). Elevados custos da saúde podem estar ligados ao modelo de pagamento de prestadores de saúde ao qual os países aderem. Deste modo, países do mundo todo estão optando por adotar modelos

¹ Discente do curso de graduação em Ciências Econômicas com ênfase em controladoria da Universidade Federal de Alfenas (UNIFAL-MG). Email: liviabritodefaria@gmail.com

² Docente da Universidade Federal de Alfenas (UNIFAL-MG). Email: wesllay.ribeiro@unifal-mg.edu.br
Recebido em agosto de 2017 e aceito em julho de 2018.

de pagamento prospectivos³ com a finalidade de conter os gastos e melhorar a produtividade dos hospitais (REIS, 2017).

Existem dois tipos principais de extremos de padrões de pagamento de prestadores. O modelo *fee-for-service*, cujos pagamentos se referem ao volume e à intensidade de serviços médicos fornecidos, ou seja, não há moderação correta para os prestadores; e os modelos de pagamentos prospectivos, como os Grupos de Diagnósticos Relacionados (DRGs), nos quais os pagamentos são fixados prospectivamente por paciente, sem levar em conta a intensidade ou o custo dos serviços prestados (McClellan, 2011 *apud* REIS, 2017).

Seis entre os 10 países com inflação médica mais alta em 2016 empregam o modelo de pagamento hospitalar predominantemente do tipo *fee-for-service* (REIS, 2017). O sistema DRG foi desenvolvido pela Universidade de Yale, nos Estados Unidos, entre as décadas de 60 e 70. Sua finalidade é determinar o produto hospitalar para fins de gerenciamento de custos e da qualidade assistencial-hospitalar e já é empregado em países da América do Norte, Europa Ocidental, África do Sul e Oceania (DRG Brasil, 2015).

O DRG Brasil foi desenvolvido por uma equipe de médicos do Instituto de Acreditação e Gestão em Saúde (IAG) e decorre do DRG norte-americano. Ele permite calcular os custos e resultados assistenciais apresentados pela organização hospitalar, podendo avaliar assim a qualidade dos serviços, médicos e outras equipes dos hospitais (DRG Brasil, 2015). Segundo Grillo (2015), diretora do IAG Saúde,

a operadora tem a possibilidade de analisar as organizações de saúde quanto à eficácia e custo, verificando se um hospital de alto custo é realmente caro ou se atende pacientes mais complexos, bem como se um hospital de baixo custo só alcança estes resultados porque seleciona casos de baixa complexidade.

O estudo e implementação da classificação DRG podem proporcionar melhoria na eficiência médica dos hospitais, maior produtividade, aumento da transparência dos gastos hospitalares, diminuição de tratamentos excessivos, diminuição dos gastos do sistema de saúde (causando melhoras na economia do país), possibilidade de 'moldá-lo' às características de cada país, além de não causar mudanças radicais nos tratamentos dos pacientes.

Assim, este estudo teve como objetivo descrever o atual estágio da implantação do *Diagnosis Related Groups* (DRG) no Brasil e na Colômbia. O presente estudo apresenta primeiro a Introdução, seguindo para o Referencial Teórico, no qual serão abordados os temas DRG, DRG Brasil e DRG Colômbia com uma revisão de literatura; prosseguindo, apresenta-se a Análise e Discussão dos Resultados, a qual irá discorrer a respeito dos sistemas DRG no Brasil e na Colômbia, e, por fim, as considerações finais.

³ Sistema de Pagamento Prospectivo (SPP): é uma forma de financiamento de hospitais em que cada doente tem uma quantia fixa em cada Grupo de Diagnóstico Homogêneo (GHD).

2. Referencial teórico

2.1. Grupos de Diagnósticos Relacionados (DRG)

O *Diagnosis Related Groups* ou, na língua portuguesa, Grupos de Diagnósticos Relacionados, representado pela sigla DRG, é um sistema de classificação de pacientes internados usado em hospitais que atendem casos agudos (são casos em que a média de permanência do paciente não ultrapassa 30 dias) (MULLIN, 1986 *apud* NORONHA et. al, 1991). Esse sistema busca correlacionar os tipos dos pacientes que são atendidos no hospital, de acordo com os recursos disponíveis durante o período de internação e colocam os pacientes que são clinicamente homogêneos (pacientes que possuem o mesmo quadro clínico ou cirúrgico e requerem os mesmos tipos de recursos durante a internação) em um mesmo grupo. Essa classificação foi desenvolvida entre as décadas de 1960 e 1970 pela Universidade de Yale, nos Estados Unidos, dirigida por Robert B. Fetter e John Thompson (MULLIN, 1986 *apud* NORONHA et. al, 1991, p. 198).

A construção do sistema consiste na combinação de idade, diagnóstico principal, comorbidades e complicações da doença, ou diagnósticos secundários e procedimentos realizados como variáveis definidoras das categorias (NORONHA, PORTELA, LEBRÃO, 2004). O sistema DRG permite a comparação do desempenho hospitalar, permitindo classificação e facilidade na obtenção dos dados de hospitalização necessários, que podem ser coletados em resumos de saída hospitalares. Essa classificação atualmente é utilizada em diversos países do mundo, e sofre muitas modificações, aprimoramento e criação de novas versões, de acordo com cada país (NORONHA, PORTELA, LEBRÃO, 2004).

A classificação foi adequada no final dos anos 70, quando serviu de base para pagamento em hospitais no Estado de Nova Jersey (EUA), e é empregado como reembolso nos hospitais do sistema *Medicare* (EUA) desde 1983 (OSMO. 2017). O DRG também possibilita a comparação entre os especialistas, fazendo com que a variabilidade da prática médica (VPM) diminua, favorecendo a gestão clínica, tornando o sistema de pagamento entre as seguradoras e prestadores de serviços mais transparente (MARTINEZ, GORBANEFF, LONDOÑO, 2014).

Vários países do mundo tem adotado o DRG para pagamento prospectivo com o intuito de reembolsar aos hospitais por internação. Utiliza-se essa classificação também para comparação do funcionamento entre hospitais tendo em vista o planejamento e gestão da atenção hospitalar. (DAMALTI et al, 2012). O estudo de Grupos de Diagnósticos Relacionados foi realizado com o intuito de monitorar a classificação de internações hospitalares e assistir os pacientes que requerem diferentes tipos de recursos e são de diferentes níveis de atendimento. (DAMALTI et al, 2012).

Pode-se atingir uma forma de definição do perfil nosológico dos hospitais (*case-mix*) e é possível estimar o produto hospitalar, baseado no DRG, permitindo a utilização de uma abordagem de gerenciamento baseada na administração dos insumos e no controle do

processo do trabalho médico (FETTER, FREEMAN, 1986 *apud* NORONHA et. al, 1991). Codman (1912) definiu os produtos do Hospital Geral de Massachussets, EUA, como: "pacientes tratados, instrução médica, enfermeiros graduados, publicações médicas e cirúrgicas e importantes ideias demonstradas" (CODMAN *apud* Fetter et al, 1985 *apud* NORONHA, et al, 1991).

Segundo Fetter (*apud* NORONHA et al, 1991), "a análise do produto hospitalar deveria ser diretamente relacionada aos pacientes atendidos". O desenvolvimento e inserção do sistema DRG nos EUA fez com que países do mundo todo se interessassem pelo modelo e pesquisassem mais a fundo a respeito dele com o objetivo de averiguar a possibilidade de usar este sistema tanto em nível de hospitais quanto no sistema de saúde em si (NORONHA et. al, 1991).

Podem ser citados alguns países que já utilizam o sistema DRG em parte de seus hospitais, dentre eles: Grã-Bretanha, França, Holanda, Bélgica, Alemanha Ocidental, Espanha, Itália, Portugal, Áustria, Suíça, Noruega, Dinamarca, Suécia, Finlândia, Austrália, Canadá e Brasil (NORONHA et. al, 1991). São encontradas iniciativas em DRG em países da América Latina como Colômbia, Chile, Costa Rica, Uruguai, Argentina e México (Saúde Business, 2017).

2.2. DRG Brasil

Após o fim da ditadura militar e Fernando Collor de Mello tomar posse como presidente na primeira eleição por voto popular, em 1990, aconteceu uma reforma no âmbito de saúde brasileira simultaneamente feita por profissionais da saúde e cidadãos de movimentos e instituições da sociedade civil (PAIM et al, 2011).

Atualmente, o sistema de saúde brasileiro é composto por uma diversidade de organizações públicas e privadas financiadas, basicamente, por recursos privados. Existem três subsetores provenientes do sistema de saúde: o público, em que as atividades são custeadas pelo Estado em níveis Federal, Estadual e Municipal, bem como os serviços de saúde militares; o privado, no qual pode ser financiado com recursos públicos ou privado; e o setor de saúde suplementar, identificado como planos privados de saúde e títulos de saúde, além de subsídios fiscais. Os integrantes público e privado do sistema são diferentes, porém, estão interligados, permitindo o acesso a todos os três subsetores a qualquer pessoa (PAIM et al, 2011).

No Brasil, o sistema de saúde é integrado pelo Sistema Único de Saúde (SUS) e pela rede privada, composta por planos de saúde e profissionais autônomos. O SUS retrata um importante avanço na saúde pública brasileira, porém, a necessidade de um sistema privado evidencia a ineficiência do sistema de saúde brasileiro, o qual precisa de uma complementação, pois seus recursos não são bem aproveitados (Economia de Serviços, 2016).

O Sistema Único de Saúde (SUS) foi fundado pela Constituição de 1988 e fundamenta-se na lei da saúde como um direito do cidadão e dever do Estado. O SUS tem a finalidade de atender a todos, de forma preventiva e curativa, mediante a gestão e fornecimento de serviços de saúde descentralizados, dando incentivo à participação da população em todas as classes de governo (PAIM et al, 2011). De acordo com Pierantoni (2008), o SUS é conhecido como "o maior programa de inclusão social do mundo" e tem sido aperfeiçoado, independente de governo ou partidos políticos ou alterações de modelo na gestão governamental. Tem como suporte a descentralização e a participação social em seu padrão, o que tem significado um aprendizado progressivo institucional na conformação do Estado democrático brasileiro em sua estrutura federativa (PIERANTONI, 2008).

No Brasil, o DRG foi desenvolvido por médicos PhDs do Instituto de Acreditação e Gestão em Saúde (IAG Saúde), com sede em Belo Horizonte (MG), em conjunto com a Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) e a Faculdade de Ciências Médicas de Minas Gerais (FCMMG), sendo denominado DRG Brasil (DRG Brasil, 2017).

O DRG Brasil surgiu em 2011, após 10 anos de desenvolvimento, e constitui-se no *Medical Severity Diagnosis Related Groups (MS-DRG)* (sistema criado pela Universidade de Yale, nos Estados Unidos), cujo sistema é atualizado anualmente pelo governo norte-americano. O sistema MS-DRG é utilizado para facilitar o pagamento dos serviços. Atualmente, 3,8 milhões vidas, que correspondem a 180 hospitais, são cobertas pelo DRG Brasil em todo país, tendo em vista o desempenho econômico e assistencial de 253.000 altas hospitalares (DRG Brasil, 2017).

A partir do DRG Brasil surgiu o DRG Brasil Refinado, que se refere ao MS-DRG usado pelo governo norte-americano, o qual teve um avanço de 50 anos de uso e é de fácil aplicação no Brasil por substituir os códigos americanos pelos códigos brasileiros (da Saúde Suplementar e do SUS), adequando-os ao sistema de saúde brasileiro pelo seu perfil epidemiológico e estrutural. Esse refinamento aumenta a capacidade de discernimento das diferentes categorias de custo dentro da realidade epidemiológica dos pacientes e da estrutura do sistema de saúde brasileiro. O DRG Refinado já abrange mais de cinco milhões de beneficiários em mais de 200 hospitais do país (DRG Brasil, 2017).

Sua metodologia é feita pela união dos dados coletados na internação dos pacientes: diagnósticos (principal e secundário), comorbidades, idade e procedimentos. Cada categoria do DRG Brasil agrupa pacientes clínicos ou cirúrgicos em estágios semelhantes, solicitando assim a mesma quantidade de recursos para cada tipo de tratamento hospitalar: custos de materiais, medicamentos e diárias. Incluindo consequências esperadas, como mortes e complicações no tratamento. Assim, é possível mensurar e administrar os custos e resultados entregues pela organização hospitalar. Hoje existem 784 produtos DRG. (Saúde Business, 2017).

Para um melhor gerenciamento dos custos hospitalares, uma avaliação de qualidade do serviço prestado e do desempenho da equipe multidisciplinar, a fim de evitar erros, é feito um procedimento rigoroso quando um paciente dá entrada em um hospital. O paciente é cadastrado em uma das categorias de DRG Brasil, de acordo com seu diagnóstico inicial. Em seguida, o hospital já possui medidas pré-estabelecidas para prosseguir com o atendimento e estimar os custos e tempo de permanência do mesmo (DRG Brasil, 2017).

Para classificar os pacientes nos grupos DRGs, primeiramente é dividida cada internação em uma das 25 Grandes Categorias Diagnósticas (GCDs), “uma classificação que agrupa pacientes de acordo com os grandes sistemas orgânicos, que devem ter consistência em termos da anatomia, classificação fisiopatológica ou na forma como os pacientes são tratados clinicamente”. Em seguida, distribuem as hospitalizações em um conjunto cirúrgico e outro clínico. O último passo é classificar os pacientes cirúrgicos de acordo com o grau de cirurgia: cirurgia maior, cirurgia menor, outra cirurgia, cirurgia não relacionada ao diagnóstico principal; e, ainda, organizar os pacientes em subgrupos (DAMALTI et al, 2012).

2.3. DRG Colômbia

A Colômbia viveu um intenso conflito armado interno (CAI) desde a década de 1960, o qual foi intensificado pelo narcotráfico nos anos 70 e constante invasão das organizações paramilitares desde o começo dos anos 80. Entre os anos 1991 e 1993, houve uma crise do narcotráfico e, assim, surgiu seu novo sistema de saúde pela Constituição de 1991 (FRANCO, et al, 2006), a qual integrou o Estado Social de direito e assegurou o acesso coletivo à seguridade social. Cerca de 80% dos residentes são atendidos pelo sistema de saúde hoje em dia (Saúde Business, 2017).

O Sistema de Saúde Colombiano (SSC) passou de um sistema monopolístico de segurança social intensamente integrado com a criação da Lei 100 (1993) para um órgão de Seguro Social de Saúde que possibilita a competição entre seguradoras e fornecedores de saúde privados com origem na qualidade e na preferência. Antes de ocorrer a reforma do setor de saúde, o SSC foi gerido pelo Instituto de Segurança Social (SSI), um único provedor público a segurar trabalhadores e suas famílias (CASTRO, 2010).

O sistema de saúde colombiano é integrado por um setor de seguradora social e um setor unicamente privado. Sua base principal é o Sistema Geral de Segurança Social de Saúde (SGSSS) sendo obrigatória a sua associação que é realizada pelas Entidades Promotoras de Saúde (EPS) públicas ou privadas que concede o Plano Obrigatório de Saúde (POS) ou o POS-S para os afiliados ao RS. Esse sistema aborda dois tipos de regimes: o Regime de Contribuição (RC) e o Regime Subsidiado (RS). O RC agrega trabalhadores assalariados e trabalhadores independentes com rendimento igual ou superior a um salário

mínimo. O RC opera com uma contribuição que os trabalhadores pagam ao governo. O RS engloba todas as pessoas que não tem condições de pagar pelo plano, o governo cobre os cidadãos mais pobres com outros fundos fiscais de tributação (FRANCO et al, 2006).

Em 2010, apenas 4,3% da população não era atendida pelo sistema de saúde, 39,7% eram assegurados do Regime de Contribuição e 51,4% do Regime Subsidiado (FRANCO et al, 2006). A assistência dos sistemas de saúde em municípios maiores como Bogotá, Medellín e Cali atinge quase 95%, porém, em zonas rurais esta porcentagem diminui significativamente (Saúde Business, 2017).

Os DRGs geralmente são aplicados em países industrializados e podem ser utilizados tanto em sistemas nacionais como em seguro individual. Porém, a implementação do DRG na Colômbia ainda está lenta e atrasada. Encontravam-se apenas seis hospitais que continham o sistema aplicado de forma autônoma na primeira década do século XXI (GORBANEV et al, 2012). Em 2003, o Centro de Gestão Hospitalar (CGH), juntamente a oito hospitais da Colômbia – quatro de Medellín e quatro de Bogotá -, implementaram o sistema DRG com a finalidade de aderir a um sistema de gestão organizacional que proporcionasse uma melhora no sistema financeiro e no empenho clínico dos hospitais (KERGUELÉN; URREGO, 2004).

O Hospital Universitário La Samaritana de Bogotá adotou o sistema DRG com a intenção de aperfeiçoar sua gestão clínica. Essa adoção foi considerada uma grande inovação para o hospital, pois para a utilização do DRG é necessária uma cultura e percepção inovadoras pelos membros da corporação (GORBANEV et al, 2012). No ambiente colombiano, a sintetização de experiências se origina do caso do Hospital San Vicente de Paúl da cidade de Medellín (RODRÍGUEZ; GUILLERMO, 2001 *apud* HINESTROZA; OROZCO, 2012), pioneiro na expansão da gestão administrativa nas entidades de saúde. Esta proposição empregou o Software Clinos⁴ para a análise de DRG e, de acordo com os efeitos, o hospital definiu o comportamento de algumas variáveis em que a qualidade da produção e do hospital são fundamentais para estimar seu progresso (HINESTROZA; OROZCO, 2012).

Após aplicações de várias medidas tomadas pelas empresas de saúde no intuito de melhorar sua produtividade e financiamento dos serviços de saúde não obterem sucesso, as mesmas foram em busca de um sistema de Custos Baseado em Atividades (ABC), mediante o método *Top Down*.⁵ De acordo com este método, produto hospitalar é definido em grupos homogêneos de patologias, com base no sistema de classificação de pacientes, dando lugar a implantação de Grupos Relacionados de Diagnósticos (DRG) (HINESTROZA; OROZCO, 2012).

⁴ Software Clinos: é um software da IASIST usado para a criação e monitorização de indicadores de qualidade nos hospitais a partir do Banco de Dados de Gerenciamento de Configuração.

⁵ Método *Top Down*: é uma estratégia de produção utilizada por corporações cujas decisões são tomadas de 'cima para baixo', ou seja, por diretores ou gestores.

Com a finalidade de chamar a atenção do Ministério da Proteção Social a respeito da relevância estratégica da contratação de serviços de saúde, de maneira que oferecesse a sustentabilidade a longo prazo do sistema conectado com os recursos, foi realizada a implementação de Grupos Relacionados de Diagnósticos como forma de pagamento (CASTRO, 2010). Para o DRG poder ser usado, é necessário que os hospitais obtenham duas bases principais: os diagnósticos (de acordo com a complexidade clínica de cada paciente) e os processos (para a verificação do consumo de recursos). Para se obter o diagnóstico, é usada a Classificação Internacional de Doenças (CID), a qual não é um obstáculo na Colômbia, de acordo com sua legislação e adoção desse método de codificação no país (KERGUELÉN; URREGO, 2004).

As organizações de saúde fazem seu planejamento de acordo com as necessidades da população e assim iniciam medidas que possam intervir na saúde dos cidadãos (LONDOÑO; LAVERDE; MORERA, 2003). Os hospitais públicos da Colômbia empregam o modelo de custos retrospectivos históricos, em conformidade com as demonstrações financeiras e o cumprimento orçamental da entidade, visto o Plano Geral de Contabilidade Pública (HINESTROZA; OROZCO, 2012).

Na ausência de um padrão de custo que permita estimar a utilização de dois recursos diferentes (RC e RS) na criação e prestação de serviços, o Regime Subsidiado tem uma consequência negativa na criação e realização destes planos operacionais, havendo desequilíbrio entre as receitas e despesas, carência na adoção de normas legais e técnicas atribuídas a unificar os critérios para a execução de um sistema de custos efetivos por parte de Instituições Prestadoras de Serviços de Saúde (IPS) (MONTROYA; ROLDÁN, 2008).

Em consequência disto, estas associações de saúde propagam distintas metodologias que não certificam um cálculo específico deste produto hospitalar por patologias, procedimentos dos Grupos Relacionados de Diagnósticos (MONTROYA; ROLDÁN, 2008). A efetuação de um sistema prospectivo, baseado em DRGs, acarreta no recebimento de uma quantia fixa por cada patologia acatada. Este sistema auxilia a estimativa de permanência e de recursos que cada paciente deve consumir, serve para identificar o *mix case* do hospital, tem aproveitamento na gestão e no financiamento de hospitais e também cada DRG obedece a condições fundamentais, dentre elas: consistência clínica (diagnóstico relacionado com um sistema orgânico ou uma etiologia comum) e iso-consumo de recursos (padrão semelhante de consumo de recursos) (RAMIA, 2002).

3. Metodologia

Os dados utilizados para a análise e definição do termo DRG foram coletados através de uma revisão de literatura, utilizando-se como método de estudo uma pesquisa descritiva, pois, de acordo com Gil (2002, p. 42), "as pesquisas descritivas têm como objetivo

primordial a descrição das características de determinada população ou fenômeno ou, então, o estabelecimento de relações entre variáveis".

4. Grupos de Diagnósticos Relacionados no Brasil e na Colômbia

Anteriormente à VIII Conferência Nacional de Saúde, em 1986, e, conseqüentemente, à Constituição Federal de 1988, já se encontrava um setor privado tanto no fornecimento de serviços como no asseguramento privado, ou seja, planos privados de saúde (SANTOS et al, 2008).

A saúde suplementar serve como alternativa ao sistema de saúde pública. Em 2005, 62% dos serviços de saúde e 68% das internações em leitos hospitalares do país se encontravam em domínio privado. Porém, a maioria das unidades ambulatoriais, que equivalem a 78%, são do SUS (SANTOS et al, 2008). O Brasil retratou, nos últimos 20 anos, um grande aumento no gasto com a saúde. Seu gasto com saúde em 1970 era de 2,5% do PIB, e, em 2014, passou para 8,3% do PIB. Entre 2001 e 2013, as despesas assistenciais com saúde per capita da Saúde Suplementar no Brasil tenderam a subir no momento em que a economia desacelerou e, segundo o Mapa Assistencial ANS (2014), os gastos hospitalares somaram 50,3% das despesas assistenciais de saúde suplementar (REIS, 2017).

Com isso, a influência do modelo de pagamento dos prestadores de saúde nos hospitais está diretamente relacionada aos gastos com a saúde. As altas despesas do Brasil com a saúde impactam tanto o setor público como o setor privado. Diante disso, apresenta-se a necessidade das operadoras de plano de saúde mudarem o modelo de pagamento *fee-for-service* para um modelo de pagamento prospectivo em todos os tipos de prestadores de serviços de saúde, com a finalidade de conter seus gastos com a saúde (REIS, 2017).

Outrossim, tendo a saúde suplementar uma presença marcante na área curativa, a questão do custos hospitalares é um tema relevante para definição de custos em saúde com significativo impacto nos custos do plano de saúde e da receita das operadoras. (DRG Brasil, 2017).

A implantação da classificação DRG tanto no sistema público como no sistema privado brasileiro poderia proporcionar uma otimização de recursos e um sistema mais competente. O atual sistema de pagamento nos hospitais brasileiros está causando uma alta variação dos custos médico-hospitalares, a qual só cresce a cada ano. Em março de 2011, este indicador era de 8,4%; em 2016, passou para 19%, dados fornecidos pelo IESS (VCMH/IESS). O gasto per capita com saúde cresce cinco pontos acima do PIB per capita, o que indica um gasto alto perante o baixo crescimento econômico do Brasil nos últimos anos, podendo comprometer o pagamento do sistema de saúde tanto no setor público, como no privado. (REIS, 2017).

O DRG Brasil já está sendo empregado pelas operadoras de serviços de saúde Unimed Goiânia, Unimed Vitória, Instituto de Previdência dos Servidores do Estado de Minas Gerais (IPSEMG) e Unimed BH. Na rede hospitalar, já foi implantado por mais de cem hospitais nos estados de Minas Gerais, Espírito Santo e Goiás (R7 *apud* DRG Brasil, 2015). Segundo Couto (2016, p. 6),

as operadoras que cobrem 5,2 milhões de usuários brasileiros usam o DRG na sua rede de 3.050 hospitais. Destes, 204 têm acesso ao DRG disponibilizado pelas operadoras. Algumas instituições fazem uso independente das operadoras é o caso dos hospitais Mãe de Deus, no Rio Grande do Sul, Hospital Márcio Cunha e o Hospital Santa Rita, em Minas Gerais.

O procedimento médico necessita especialmente do diagnóstico principal, o qual a complexidade está diretamente ligada não apenas ao estágio da doença tratada, como também ao estado de saúde do doente como um todo, incorporando, a existência ou não de comorbidades. (DAMALTI, *et al*, 2012).

A partir do DRG Brasil, surgiu o DRG Refinado, no qual a classificação das informações dos pacientes está inclusa aspectos como idade, complicações e morbidades que causam acréscimos de custos. Os DRGs para todos os hospitalizados refinados detalham a classificação da enfermidade dos pacientes, onde refinamento é fruto de uma grande mudança do agrupamento lógico. Por um lado, retrata a gravidade da doença, e por outro, representa o risco de mortalidade. (DRG Brasil, 2017).

Na Colômbia, em 1993 foi fundado, com a Lei 100, o Sistema Geral de Segurança Social em Saúde (SGSSS). Esse sistema é constituído pelos planos público e privado, onde as fontes de financiamento fundamentais vem dos empregados e empregadores, os quais financiam o regime contributivo e receitas vindas por meio de impostos gerais, o qual financiam o regime subsidiado (CALDERÓN *et al*, 2011).

O modelo de contribuição SGSSS é, possivelmente, o mais difundido do mundo, principalmente em países em desenvolvimento ou de baixa e média renda. De acordo com cada país, o sistema de saúde emprega uma estrutura, organização e arranjos institucionais diferentes. Na Colômbia, os auxílios financeiros são obtidos por meio de contribuições e representam cerca de 70% do total, visto que 50% se encontram no sistema subsidiado (CALDERÓN *et al*, 2011).

Há indícios da chegada do DRG na Colômbia no início do século XXI, no começo sua implantação não vingou, porém, alguns hospitais o introduziram com o intuito de melhorar o sistema financeiro dos hospitais e sua gestão clínica em nível organizacional. A adoção do sistema é considerada uma grande inovação para o país, e, sua eficácia é significativa visto que o sistema de saúde colombiano sofre de ineficiência, alta variabilidade da prática médica e tem pouca transparência no vínculo entre as seguradoras e provedores (GORBANEFF *et al*, 2014).

Somente oito de cinquenta hospitais de alta complexidade possuem a classificação DRG. Para a implantação desse sistema na Colômbia, é necessário que se tenha vantagem, compatibilidade, complexidade, observabilidade e testabilidade. O DRG é visto como uma vantagem em competência organizacional, pois aperfeiçoam os resultados clínicos e a gestão dos cuidados médicos. Porém, os diretores dos hospitais ainda acreditam que o sistema não é uma condição para o credenciamento, mas, ele pode ser útil. Para o âmbito institucional, a classificação proporcionaria o cálculo de uma Unidade de Pagamento por Capitação pré-estabelecida pela estrutura do SGSSS (GORBANEV et al, 2015).

Atualmente, algumas Instituições Prestadoras de Serviços de Saúde (IPS) da Colômbia utilizam o DRG, porém, de forma isolada. Os DRGs operam em rede, ou seja, quanto mais hospitais o utilizam, maior será a base de dados dos pacientes, conseqüentemente, cada IPS terá um benefício maior (GORBANEV et al, 2016). A implantação do DRG na Colômbia enfrenta algumas dificuldades. O governo colombiano acredita que a adoção ao sistema pode ameaçar a autonomia do médico, pois o mesmo teria que seguir intruções clínicas, economizar recursos, codificar adequadamente diagnósticos, o que não é típico do médico colombiano realizar (GORBANEV et al, 2015).

O DRG ainda é uma opção de pagamento no setor privado, apesar de que não seja de forma predominante. 50% das hospitalizações poderiam ser englobadas em apenas 49 grupos de diagnóstico (Saúde Business, 2017). Para qualificar o produto hospitalar é necessário adquirir sua quantidade, qualidade e seu *case mix*⁶. A partir dessa homogeneização, é possível determinar sistemas de pagamento que auxiliam no controle dos custos do sistema de saúde (CORTÉS et al, 2016).

A partir da definição do produto hospitalar, se agregam os pacientes nos DRG, para financiar com base na atividade ao invés da população assistida. O DRG pode ser útil tanto para o processo de pagamentos como a criação de orçamentos para ter importância clínica (BARRANCHINA; CABALLER; VIVAS, 2002). O sistema de saúde colombiano possui um sistema chamado Sistema Integral de Informação da Proteção Social, que serve para arquivar dados da saúde. Esses registros são declarados pelos hospitais ou prestadores de serviços por meio dos RIPS – Registros Individuais de Prestação de Serviços, o qual obedece à lógica do conjunto de dados de saúde empregado pelo processo de agrupamento DRG. (GORBANEV et al, 2016).

Os DRGs são categorizados em diagnósticos e procedimentos próprios e são fragmentados como diagnósticos secundários (morbidades ou complicações) para distinguir taxas de consumo de recursos. É necessário obter os registros das despesas com propriedade para o uso do DRG. (CORTÉS et al, 2016). Os DRGs são separados em grupos

⁶ *Case Mix*: entende-se por *case mix* como o agrupamento de pacientes em categorias que abrangem doentes com as mesmas características clínicas e mesmos processos de atenção.

pelas Grandes Categorias Diagnósticas. Posteriormente, cada DRG é classificado em médico e cirúrgico, e, eventualmente, se associa com um peso relativo, que relaciona o custo dos procedimentos dos que estão hospitalizados no DRG com o custo médio dos pacientes que tiveram alta. (CORTÉS et al, 2016).

No momento em que o paciente tem alta, seu diagnóstico é catalogado de acordo com a décima edição da Classificação Internacional de Doenças e seus procedimentos segundo o Código Único de Procedimentos de Saúde, categorização nacional, a qual foi fundamental aprovar pela nona edição de Classificação Internacional de Doenças e Modificações Clínicas, pois o DRG utiliza esta versão de classificação (CORTÉS et al, 2016).

Os sistemas de saúde brasileiro e colombiano são compostos pelos setores público e privado, havendo assim um sistema de saúde suplementar em ambos os países.

Quadro 1. Grupos de Diagnósticos Relacionados no Brasil e na Colômbia

BRASIL	COLÔMBIA
O sistema de saúde brasileiro é composto por um sistema público (SUS) e um sistema privado. O Brasil tem sofrido um grande aumento nos gastos com a saúde nos últimos 20 anos. Em 1970, seu gasto era de 2,5% do PIB, e, em 2014 esse gasto passou para 8,3% do PIB.	O sistema de saúde colombiano tem como base o Sistema Geral de Segurança Social de Saúde (SGSSS). Este sistema é dividido em Regime de Contribuição e Regime Subsidiado.
O DRG surgiu no Brasil em 2011, após 10 anos de desenvolvimento, e consiste no Medical Severity - MS- DRG (sistema criado pela Universidade de Yale nos Estados Unidos), o qual é de fácil aplicação no Brasil, pois é possível substituir os códigos americanos por códigos brasileiros da Saúde Suplementar e do SUS.	Há indícios da chegada do DRG na Colômbia no início do século XXI. Sua adoção é considerada uma grande inovação para o país, pois seu sistema de saúde sofre de ineficiência, alta variabilidade médica e pouca transparência entre seguradoras e provedores.
O modelo de pagamento utilizado em hospitais é diretamente relacionado aos gastos com a saúde. O modelo <i>fee for service</i> é o atual modelo de pagamento utilizado pelo Brasil, e, se refere ao volume e a intensidade de serviços médicos fornecidos, ou seja, não há moderação correta para os prestadores. Diante disso, há a necessidade de alterá-lo para um sistema de pagamento prospectivo, como o DRG.	O governo colombiano acredita que a adoção ao DRG pode ameaçar a autonomia do médico, pois este teria que seguir instruções clínicas, economizar recursos e codificar adequadamente diagnósticos, o que não é típico do médico colombiano realizar.
Atualmente, o DRG Brasil é empregado em 204 hospitais.	Somente oito de cinquenta hospitais possuem a classificação DRG empregada, e, algumas Instituições Prestadoras de Saúde (IPS) o utilizam de forma isolada.
O DRG Brasil já é utilizado apenas no setor privado, e, já está sendo empregado pelas operadoras de serviços de saúde Unimed Goiânia, Unimed Vitória, Instituto de Previdência dos Servidores do Estado de Minas Gerais (IPSEMG) e Unimed BH.	O sistema DRG é uma opção de pagamento apenas no setor privado.

(Cont.) BRASIL	COLÔMBIA
A partir do DRG Brasil surgiu o DRG Refinado, no qual são considerados aspectos como idade, complicações e morbidades, que podem causar acréscimos de custos. Por um lado, ele retrata a gravidade da doença, e, por outro, o risco de mortalidade.	Os DRGs são categorizados em diagnósticos e procedimentos próprios e são fragmentados como diagnósticos secundários (morbidades ou complicações) para distinguir taxas de consumo de recursos.
O DRG Brasil tem como objetivo principal reduzir os custos hospitalares.	O sistema DRG na Colômbia tem como finalidade aperfeiçoar a gestão clínica hospitalar.

Fonte: Elaboração própria.

A partir do Quadro 1, podemos efetuar uma comparação entre os dois países analisados. A classificação DRG surgiu no Brasil em 2011, após 10 anos de desenvolvimento e há indícios do sistema na Colômbia no início do século XXI, em 2010. Porém, o DRG ainda está em implementação na Colômbia. No Brasil e na Colômbia, atualmente, o método é uma opção de pagamento somente no setor privado.

Atualmente, encontram-se 204 hospitais brasileiros com o sistema empregado, contra apenas oito de cinquenta hospitais colombianos. Em ambos os casos o procedimento é feito com base no diagnóstico principal, identificando o estágio da doença tratada e o estado de saúde do paciente para identificar se há ou não comorbidades. As duas metodologias decorrem da metodologia original americana (EUA).

No Brasil, o sistema não é empregado em casos clínicos ainda, pois, para fazê-lo necessitaria de uma reparação para melhorar o sistema de saúde por inteiro para que possa ser realizado um serviço adequado após a alta hospitalar. Na Colômbia, o governo acredita que a implantação do DRG pode ameaçar a autonomia do médico. Porém, a legislação dos dois países permite a adoção do sistema de classificação.

5. Considerações Finais

Este trabalho descreveu o conceito do Sistema Grupos de Diagnósticos Relacionados, denominado DRG. A partir deste sistema, foi realizada uma descrição do atual estágio da implantação dos DRGs nos países Brasil e Colômbia. Podemos concluir neste estudo que o sistema DRG até os dias atuais é empregado apenas no setor privado tanto no Brasil, como na Colômbia e ambos os países possuem um Sistema de Saúde Suplementar.

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

Para a possibilidade de se implantar um sistema de pagamento prospectivo em todo o sistema de saúde brasileiro e colombiano, será necessário um maior estudo e análise a respeito do assunto e, também, uma reforma em ambos os sistemas de saúde. Porém, o sistema de pagamento prospectivo seria um grande aliado na contenção de gastos nos sistemas de saúde brasileiro e colombiano, podendo ocorrer uma otimização de recursos e um sistema mais competente, auxiliando assim em suas economias.

6. Referências

BAHIA, Lígia. **Padrões e mudanças no financiamento e regulação do Sistema de Saúde Brasileiro: impactos sobre as relações entre o público e privado**, São Paulo, 2005.

BARRANCHINA, Isabel; CABALLER, Vicente; VIVAS, David. **Clasificación de usuarios de centros para mayores**, 2002.

BRASIL, DRG. **DRG Brasil**.

Disponível em: <www.drgbrasil.com.br>. Acesso em: 17 jun. 2017.

BUSINESS, Saúde. **Saúde Business**.

Disponível em: <www.saudebusiness.com.br>. Acesso em: 17 jun. 2017.

CALDERÓN, Carlos Alberto; BOTERO, Jaime Cardona; BOLAÑOS, Jesús Ortega; MARTÍNEZ, Rocio Robledo. **Sistema de salud en Colombia: 20 años de logros y problemas**, 2011.

CASTRO, Héctor E. **Grupo Relacionados de Diagnóstico (GRD): ¿herramienta de pago en tiempos de crisis?**, 2010.

DAMALTI, Carla Francine; ROCHA, Juan Stuardo Yazlle; ALVES, Domingos; PISA, Ivan Torres. **Aplicação do Método de DRGs para classificação das internações hospitalares da região de Ribeirão Preto**, 2012.

FILHO, José Rodrigues. **Método de Pagamento Hospitalar no Brasil**, Rio de Janeiro, 1990.

FRANCO, Saúl; SUAREZ, Clara Mercedes; NARANJO, Claudia Beatriz; BÁEZ, Lilianna Carolina; ROZO, Patricia. **Efeitos do conflito armado sobre a vida e a saúde na Colômbia**, 2006.

GIL, Antônio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa**. São Paulo, 2002.

GORBANEV, Iouri; CORTÉS, Ariel; AGUDELO, Sandra; TORRES, Sergio; YEPES, Francisco. **Percepciones del personal hospitalario sobre la preparación institucional para la implementación de innovaciones en el sector salud, específicamente grupos relacionados con el diagnóstico (GRD)**, 2012.

GORBANEV, Iouri; CORTÉS, Ariel; AGUDELO, Sandra; TORRES, Sergio; YEPES, Francisco. **¿Por qué los grupos relacionados de diagnóstico no se implementan en Colombia?**, 2015.

GORBANEV, Iouri; CORTÉS, Ariel; LONDOÑO, Sandra Agudelo; YEPES, Francisco J. **Grupos relacionados por el diagnóstico: experiencia en tres hospitales de alta complejidad en Colombia**, 2016.

HINESTROZA, Torres Arley; OROZCO, Gloria Mercedes. **Metodología de costos para instituciones prestadoras de servicios de salud: aplicación de los Grupos Relacionados por el Diagnóstico**, 2012.

HOSPITAIS, **Jornal Central dos.**

Disponível em: < <http://www.centraldoshospitais.com.br>>. Acesso em: 25 jul. 2017.

KERGUELÉN, Carlos A.; URREGO, Gloria Lucía Santa. **Experiencia del Centro de Gestión Hospitalaria y un grupo de hospitales colombianos en el diseño e implementación de un sistema de grupos relacionados por el diagnóstico (GDR)**, 2004.

LONDOÑO, Gustavo Malagón; LAVERDE, Gabriel Pontón; MORERA, Ricardo Galán. **Auditoría em salud: para una gestión eficiente**, 2003.

MARTINEZ, Ariel Emilio Cortes; GORBANEFF, Yuri; LONDOÑO, Sandra Milena Agudelo. **Percepción de la cultura innovadora hospitalaria al implementar Grupos Relacionados de Diagnóstico y su contexto de la introducción de los mismos en Colombia**, 2014.

MONTOYA; Luis Fernando Gómez; ROLDÁN, María Isabel Duque. **Debilidades en la regulación e información de costos en las entidades del sector salud**, 2008.

NORONHA, Marina Ferreira; VERAS, Cláudia T.; LEITE, Iuri C.; MARTINS, Monica S.; NETO, Francisco Braga; SILVER, Lynn. **O desenvolvimento dos "Diagnosis Related Groups"- DRGs: Metodologia de classificação de pacientes hospitalares – Revista Saúde Pública, São Paulo, 1991.**

NORONHA, Marina Ferreira; PORTELA, Margareth Crisóstomo; LEBRÃO, Maria Lúcia. **Potenciais usos dos AP-DRG para discriminar o perfil da assistência de unidades hospitalares**, Rio de Janeiro, 2004.

OLIVEIRA, Denize Cristina; SÁ, Celso Pereira de; GOMES, Antonio Marcos Tosoli; RAMOS, Raquel de Souza; PEREIRA, Noraisa Alves; SANTOS, Weena Costa Rocha dos. **A política pública de saúde brasileira: representação e memória social de profissionais**, Rio de Janeiro, 2008.

OSMO, André Alexandre. **ANS.**

Disponível em: < http://www.ans.gov.br/images/stories/noticias/pdf/2_-_DRG.pdf>. Acesso em: 25 jul. 2017.

PAIM, Jaimilson; TRAVASSOS, Claudia; ALMEIDA, Celia; BAHIA, Ligia; MACINKO, James. **O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios**, 2011.

PIERANTONI, Célia Regina. **20 anos do sistema de saúde brasileiro: o Sistema Único de Saúde**, Rio de Janeiro, 2008.

RAMIA, Germán Dueñas. **La dirección de hospitales por producto: Nuevas metodologías de cálculo y análisis de costos**, 2002.

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

SANTOS, Isabela Soares; UGÁ, Maria Alicia Dominguez; PORTO, Silvia Marta. **O mix público-privado no Sistema de Saúde Brasileiro: financiamento, oferta e utilização de serviços de saúde**, Rio de Janeiro, 2008.

SERVIÇOS, Economia de. **Economia de Serviços.**

Disponível em: <www.economiadeservicos.com>. Acesso em: 30 jun. 2017.