

Por diversas vezes já falamos da necessidade de mudar o modelo de pagamento do fee-for-service (FFS), que privilegia a quantidade de atendimentos, para outro que considere questões como qualidade, eficiência e o melhor desfecho clínico, como o DRG. Mas o que, afinal, é o DRG e como ele funciona?

Ao longo desta semana iremos responder essas e outras questões em uma série de cinco posts. Contaremos tudo sobre “DRG e outros modelos de pagamento”, o tema vencedor da nossa [última enquete](#), com base nos dados apresentados no [TD 64 – Fatores associados ao nível de gasto com saúde: a importância do modelo de pagamento hospitalar](#) –, que anunciamos, [aqui no Blog](#), na última quarta-feira (26/7).

O DRG, ao contrário do FFS, é um modelo de pagamento prospectivo. Ou seja, o valor para o tratamento de cada grupo de diagnóstico, com seus agravantes e atenuantes, ou serviço é estabelecido previamente a partir de um sistema de classificação que agrupa os procedimentos de acordo com os dados de internações hospitalares coletados (principalmente sobre o paciente, tratamento e características do prestador) em grupos (DRGs) clinicamente significativos.

Assim, por exemplo, é possível determinar que o tratamento de todo paciente do sexo masculino com idade entre 40 e 50 anos, que deu entrada no hospital por conta de um AVC (Acidente Vascular Cerebral) custará R\$ 3.000,00 e levará de 2 a 3 dias (Os valores e o tempo de tratamento são fictícios, apenas para ilustrar o exemplo). Se o hospital conseguir tratar o paciente gastando R\$ 2.000,00, terá lucro. Se gastou R\$ 4.000, terá prejuízo. Se gastar menos, para ter lucro, mas o paciente tiver uma recaída, o hospital não receberá um novo pagamento. Reentradas não são remuneradas! Assim, se estimula a efetividade do hospital e dos prestadores de serviço ao mesmo tempo em que se acaba com desperdícios como os que temos hoje, com excesso de exames e materiais em toda conta de internação sem que resulte em benefícios para a saúde do paciente. Claro, há fatores que podem alterar a classificação de um paciente. No caso acima, por exemplo, um paciente fumante com sobrepeso e diabetes, ou outras comorbidades, exigiria mais cuidados do que outro que costuma ter hábitos de vida mais saudáveis. Ou, ainda, um paciente que, por conta do AVC, caiu e quebrou uma perna exige mais cuidados do que um que sofreu o AVC enquanto estava sentado no sofá e não teve outras complicações.

A ideia do DRG é proporcionar uma medida concisa da atividade hospitalar e, conseqüentemente, facilitar a comparação dos custos hospitalares e da qualidade e eficiência dos tratamentos, contribuindo para uma maior transparência nos hospitais.

Além do pagamento por DRG, alguns países já trabalham com alocação orçamentária baseada em DRG, principalmente para hospitais públicos, disponibilizando recursos com base na quantidade e tipo de DRG que se espera que o hospital atenda por ano ou na média de atendimento dos anos anteriores.

Claro, há outros modelos de pagamento prospectivo além do DRG e, também, modelos que evoluíram a partir dele, considerando os grupos de procedimentos desde modelo para determinar o pagamento de serviços de saúde, como o Bundle Payment. Mas isso já é assunto para o post de amanhã.

**Fonte:** IESS, em 31.07.2017.