

CATEGORIAS 3.1 e 3.6:

A EXPERIÊNCIA DE IMPLANTAÇÃO DA METODOLOGIA DO DRG NA REDE PÚBLICA DE SAÚDE DE BELO HORIZONTE

1. OBJETIVOS

O setor da saúde no Brasil passou por mudanças estruturais nas últimas décadas ocasionadas tanto pela própria transformação da sociedade e da tecnologia, quanto por questões epidemiológicas e relativas ao seu financiamento. Essas mudanças exigiram dos gestores soluções criativas para que a oferta de serviços permanecesse não fosse prejudicada em qualidade e em relação à sustentabilidade financeira do sistema.

Dentre os desafios enfrentados, destaca-se: aumento da expectativa de vida e redução da taxa de fecundidade – o que aumenta o envelhecimento da população e gera maior demanda de serviços; transição epidemiológica, com o aumento da complexidade da assistência e prevalência das doenças crônicas; crescente demanda da sociedade por serviços de qualidade e utilização de tecnologia; gestão fragmentada da Atenção à Saúde com participação das três esferas de poder; aumento dos custos e da inflação da saúde – principalmente pela incorporação de novas tecnologias; congelamento das receitas (PEC 95 de 2016) e o subfinanciamento do SUS; ineficiência e desperdícios na gestão do sistema de saúde.

Dessa forma, em agosto de 2017 a Prefeitura Municipal de Belo Horizonte iniciou a implementação de um projeto junto aos hospitais contratados através da utilização da metodologia DRG. A escolha considerou os seguintes objetivos do método, alinhados às orientações estratégicas da gestão SUS-BH: i) aumento da eficiência da operação hospitalar; ii) melhoria da qualidade da assistência na perspectiva do paciente; iii) geração de informação qualificada; iv) redução do desperdício no Sistema de Saúde. Outros objetivos consistem na mensuração do desempenho assistencial, na análise das internações classificadas por pacientes coerentes do ponto de vista clínico quanto ao consumo dos recursos hospitalares, de forma a reduzir readmissões hospitalares e internações potencialmente evitáveis e diminuir a permanência além do necessário ao tratamento.

2. INSPIRAÇÃO

Segundo relatório do Banco Mundial de 2017, o Brasil gasta em saúde 9,2% do PIB, comparável à média dos países da OCDE, apontado em 8,9%. Nas duas últimas décadas, observou-se no Brasil um aumento de 1,8 pontos percentuais no indicador, enquanto que, entre os países da OCDE, o aumento da média foi de 2,3%.

A maior parte do que é gasto no país, no entanto, ocorre fora do setor público. A parcela pública, que representa 48,2% da despesa total com saúde, é significativamente mais baixa do que a média entre os países da OCDE (73,4%). Em 2016 o gasto público,

que totalizou R\$ 246 Bilhões (R\$ 106,2 Bi da União, R\$ 63,3 Bi dos Estados e R\$76,6 Bi dos municípios), representou 3,9% do PIB.

Apesar do subfinanciamento da saúde no Brasil, especialmente em relação ao setor público, existem inúmeros estudos que demonstram as oportunidades para a melhoria da qualidade do gasto e da prestação da Assistência à Saúde e que indicam haver desperdícios no Sistema de Saúde. Segundo o relatório da OCDE, de 2015, por exemplo, os hospitais respondem atualmente por 70% das despesas da União com saúde pública, em comparação com a média de 40% na OCDE. A experiência internacional mostra que muitos serviços podem ser fornecidos a custos mais baixos fora dos hospitais. Embora o SUS tenha conseguido reduzir o papel dos hospitais como a fonte habitual de atenção à saúde e aumentar o uso de unidades básicas, mais da metade dos atendimentos de emergência poderia ter sido tratada nas tais unidades (TCU, 2013; Machinko et al., 2004). Como outro exemplo, pode-se destacar o relatório do Banco Mundial, de 2017. O estudo sugere que se poderia economizar aproximadamente R\$ 22 bilhões, (0,3% do PIB) no seu Sistema Único de Saúde (SUS) sem prejuízo ao nível dos serviços prestados ou aos resultados de saúde, caso a eficiência de todos os municípios fosse equiparada, isto é, nivelada a daqueles de melhor desempenho.

A eficiência média dos serviços primários de saúde é estimada em 63%, ao passo que, para os serviços de saúde secundária e terciária ("atendimento hospitalar"), a eficiência média é muito baixa, 29%. Isso significa que há oportunidade para melhorar consideravelmente a prestação de serviços utilizando o mesmo nível de recursos. Por outra perspectiva, esses resultados indicam que seria possível reduzir os gastos em 23% na saúde primária mantendo os mesmos níveis de resultados (o que implicaria um potencial de economia de R\$ 9,3 bilhões), e em 34% nos serviços hospitalares (uma economia potencial de R\$ 12,7 bilhões).

Referências:

BANCO MUNDIAL. Um Ajuste Justo: Análise da eficiência e equidade do gasto público no Brasil. **Revisão das Despesas Públicas**. Volume I: Síntese Novembro de 2017.

MACINKO, J., C. ALMEIDA, E. DOS SANTOS OLIVEIRA. *et al.* Organization and Delivery of Primary Health Care Services in Petrópolis, Brazil, **International Journal of Health Planning and Management**, 19, pp. 303-317, 2004.

TRIBUNAL DE CONTAS DA UNIÃO. **Relatório Sistemático de Fiscalização da Saúde**. Brasília, Tribunal de Contas da União, 2015.

3. ATIVIDADES DESENVOLVIDAS

As equipes de codificação do projeto atuam nos hospitais por meio da codificação e análise de 100% dos prontuários na plataforma online, após a alta do paciente. Os dados classificados se tornam um diagnóstico dinâmico para os gestores e consideram os aspectos internos e externos às instituições hospitalares e o funcionamento dos fluxos entre as unidades e atores integrantes de todos os níveis de atenção à saúde.

Foi necessário criar um modelo de governança para o projeto que mudasse a lógica do relacionamento institucional entre os atores envolvidos e estabelecesse uma relação de “ganha-ganha” com uma finalidade comum: identificar e propor soluções aos principais gargalos do sistema de saúde. A rotina de operação do projeto é baseada em ciclos de comitês de análise dos resultados: i) Comitê Assistencial: Composto por coordenadores-chaves da assistência e administração hospitalar, bem como representantes de sua diretoria; e ii) comitê de Saúde: Composto por representantes-chave das áreas de atenção à saúde da Secretaria Municipal.

Para auxiliar na resolução das dificuldades iniciais, a equipe de coordenação realizou visitas periódicas aos hospitais no primeiro mês de codificação, além de prestar suporte diário remoto, via e-mail e telefone. As dificuldades eram relacionadas ao processo de gestão do DRG nos hospitais, às dúvidas técnicas da equipe de codificação, à adaptação da metodologia aos conceitos e práticas do SUS e o constante cuidado com a qualidade da informação.

Em relação à gestão do projeto nos hospitais, verificou-se a necessidade de adequação do processo de codificação aos fluxos de rotina do hospital. Como o DRG era um processo novo, foi necessário alinhamento com áreas que poderiam contribuir com o aumento da produtividade dos codificadores (Tecnologia da Informação - TI), bem como a melhoria da qualidade dos dados codificados (Comissão de Prontuários, Comissão de Controle de Infecção Hospitalar -CCIH, Núcleo de Segurança do Paciente -NSP).

Embora o DRG já tenha sido implantado em algumas instituições que prestam serviços para o SUS, o projeto de Belo Horizonte foi o primeiro de grande magnitude. Assim sendo, foram necessárias adaptações da própria plataforma DRG Brasil, bem como um alinhamento quanto aos conceitos e práticas já em operação no sistema de saúde público do país. Em contrapartida, muitas ações foram realizadas para entendimento, capacitação e adesão dos servidores da saúde ao método e ao projeto que, inicialmente, apresentavam resistência por supor que a metodologia seria somente aplicável à saúde suplementar.

Por fim, foram tomadas medidas de maneira a garantir a confiabilidade dos dados, entre elas o uso e acompanhamento dos relatórios de validação da própria plataforma que auxiliam na detecção de erros comuns à codificação e a implantação de um processo de auditoria educacional constante referente às altas codificadas.

A auditoria é realizada por um médico da equipe de Supervisão Hospitalar da SMSA. Esse supervisor é alocado exclusivamente para o projeto e realiza a auditoria amostral (margem de erro de 10%) dos prontuários codificados, comparando o prontuário original com o que foi lançado no sistema. Os resultados são apurados e apresentados às instituições a cada Comitê Assistencial (ciclos bimestrais).

4. METODOLOGIA

O DRG – Diagnosis Related Groups – é uma metodologia utilizada mundialmente, desenvolvida inicialmente nos EUA, consubstanciada em um sistema de classificação que

busca correlacionar os tipos de pacientes atendidos pelos hospitais com os recursos consumidos durante o período de internação. Essa metodologia foi implantada pela primeira vez no SUS de forma estruturada no Brasil, por meio da coordenação da Secretaria de Saúde de Belo Horizonte, nos hospitais próprios e filantrópicos com atendimento 100% SUS (Hospital Sofia Feldman, Hospital Risoleta Tolentino Neves, Hospital Municipal, Odilon Behrens, Hospital Metropolitano Dr. Célio de Castro, Complexo Hospitalar São Francisco, Santa Casa de Belo Horizonte e Hospital Universitário Ciências Médicas). Esses hospitais são responsáveis por mais de 50% das internações pelo SUS do município. O projeto para o uso da metodologia contemplou a cessão do software e treinamento das equipes envolvidas.

5. RESULTADOS PROPOSTOS E ALCANÇADOS

A gestão da informação foi o plano de ação inicial acordado no primeiro Comitê Assistencial dos hospitais. Sendo a qualidade da informação um pilar do projeto, definiu-se três objetivos junto aos hospitais: i) melhoria da qualidade do prontuário; ii) alinhamento do projeto com o corpo assistencial; iii) e incentivo às notificações de condições adquiridas. Cada hospital criou sua própria estratégia para atingir as metas, validada e acompanhada pela equipe de coordenação do projeto.

Para o primeiro objetivo, por exemplo, houve levantamento e análise aprofundada de não conformidades de prontuários e apresentação para colegiado gestor, bem como melhoria da padronização e organização dos prontuários em papel. Em relação ao segundo objetivo, os hospitais passaram a promover rotina de reuniões mensais internas para discussão dos resultados DRG, sendo que em alguns hospitais, por exemplo, foi realizada apresentação formal da metodologia para o Conselho Médico com participação de especialistas externos. Em relação à notificação das condições adquiridas, a equipe de codificação do DRG de alguns hospitais passou a compilar eventos adversos identificados no prontuário que não foram notificados e outros disponibilizaram um campo exclusivo no prontuário para a notificação das condições adquiridas. Houve ainda ações independentes dos hospitais decorrentes dos resultados mensurados como, por exemplo, análise crítica e planos de ação para os casos de DRG de maior ineficiência mensal, bem como revisão de protocolos para redução do tempo de permanência.

Outra ação desenvolvida motivada pelo DRG foi a inclusão no próprio sistema dos apontamentos de causas de excesso de permanência que geram ineficiência na assistência. Durante o primeiro Comitê Assistencial, foram levantadas diversas questões como justificativas para os resultados vistos na instituição. Essas causas são tanto de origem interna, ou seja, refere-se a processos hospitalares, como por exemplo, espera por vaga em bloco cirúrgico ou atraso na entrega de resultados de exames; quanto externa, ou seja, referente à rede de saúde e interface com outros atores fora do hospital, como por exemplo, negociações com Assistência Social, Transporte Intermunicipal e espera por transferência. Essa sistemática iniciada no projeto tem potencial para contribuir com a

eficiência da gestão hospitalar e do sistema de saúde e para possibilitar a definição de prioridades na definição de planos de ação corretivos.

Por fim, elaborou-se um plano de gestão assistencial, com base nos resultados do DRG, tanto para os hospitais quanto para o sistema de saúde, visando atingir os quatro alvos do Projeto Nacional do DRG Brasil: i) diminuir a permanência além do necessário ao tratamento e aumentar o giro de leito; ii) reduzir as readmissões hospitalares; iii) aumentar a segurança assistencial; iv) reduzir internações potencialmente evitáveis.

Para o primeiro alvo, está em ação nos hospitais o projeto de alta segura cirúrgica, com introdução do DRG admissional e revisão do fluxo cirúrgico, em decorrência do diagnóstico de que a ineficiência cirúrgica ter sido maior que a clínica de forma geral nos hospitais do projeto. Foi realizada análise do percurso do paciente cirúrgico onde foram levantadas várias “não conformidades” como, por exemplo, não utilização do “check list” de cirurgia cirúrgica e falha na identificação do paciente. Além disso, está em avaliação, por exemplo, a viabilidade de implantação do referenciamento pela rede para pacientes em alta hospitalar (alta com consulta agendada). Em relação ao segundo alvo, está em andamento o alinhamento das ações decorrentes dos resultados obtidos pelo DRG para contribuir com as ações das equipes de atenção domiciliar e de desospitalização da SMSA. Para o cumprimento do terceiro tópico, além do impacto das ações já apontadas, está em elaboração dois projetos: Programa de Certificação de Qualidade e Segurança Assistencial da SMSA e o diagnóstico de propostas de ações nos hospitais para adequação à Resolução de Diretoria Colegiada -RDC 36.

Por fim, o quarto-alvo é aquele que está relacionada à interface com o Sistema de Saúde, como por exemplo, com a Unidades de Pronto Atendimento –UPAS e com Atenção Primária. Para este último, as equipes estão em fase de construção de uma rotina de retorno do desempenho do cuidado primário para cada equipe assistencial, com posterior análise crítica do dado pelos hospitais. Além disso, está em estudo proposta de modelo atuação no acesso na atenção primária relacionada às Internações a Condição Sensível à Atenção Primária - ICSAP agudas mais recorrentes, bem como a capacitação das equipes em suas respectivas prescrições, como por exemplo: infecções urinárias e doenças respiratórias.

6. DESAFIOS PENDENTES

Embora o DRG já tenha sido implantado em algumas instituições que prestam serviços para o SUS, o projeto de Belo Horizonte foi o primeiro de grande magnitude. Assim sendo, foram necessárias adaptações da própria plataforma DRG Brasil, bem como um alinhamento quanto aos conceitos e práticas já em operação no sistema de saúde público do país. Por fim, cumpre ressaltar a importância da qualidade da informação como um dos pilares do projeto. Informações não condizentes com a realidade da assistência poderiam subsidiar decisões estratégicas equivocadas, o que representa um desafio permanente que deve ser monitorado.

7. AUTORES

Jomara Alves da Silva | Presidente do Grupo de Inovação em Saúde |
jomara.alves@pbh.gov.br

Lorena Furbino Magalhães Gomes | Técnica - DRG - GIS | lorena.furbino@pbh.gov.br

Bruno Reis de Oliveira | Técnico - Gestão Pública - GIS | brunoreoli@pbh.gov.br

Maria Tatiane Queiroz Antunes | Técnica - PPP - GIS | matia.tatiane@pbh.gov.br