

# GRUPOS DE DIAGNÓSTICO HOMOGÉNEOS

## Contributos para uma discussão Alargada

ANTÓNIO JOSÉ VILAR QUEIRÓS

Serviço de Estatística dos Hospitais da Universidade de Coimbra. Coimbra

### RESUMO

O autor, após abordagem do conceito de medição da actividade médica, descreve os mecanismos de funcionamento dos GDHs, seus objectivos, vantagens e inconvenientes. Focando a experiência portuguesa, globalmente positiva, conclui pela necessidade de maior discussão inter-pares da problemática associada a este sistema de classificação de doentes.

### SUMMARY

#### Diagnosis Related Groups (DRGs) – Topics for discussion.

After defining the concept of medical activity quantification, the author focuses on the principle, objectives, advantages and inconveniences of DRGs. Describing the Portuguese experience, which was overall positive, the author ends by appealing for a greater discussion of all these concepts among physicians.

### 1. INTRODUÇÃO

O exercício da Medicina actual não pode basear-se, de forma exclusiva, em factores médicos, devendo também atender a considerações próprias aos valores do indivíduo e da sociedade, a aspectos éticos, jurídicos e económicos. Os custos da Medicina colocam problemas que ultrapassam os aspectos meramente financeiros, criando questões éticas de difícil resolução: quando os sistemas de saúde são confrontados com orçamentos limitados, o consumo inadequado de recursos no tratamento de um doente poderá originar situações de carência no tratamento de outro cujos ganhos, em termos de saúde, possam vir a ser maiores.

A medição da actividades médica torna-se, neste contexto, uma necessidade inegável; a sua avaliação, a nível hospitalar, passa sobretudo pela utilização da informação existente, potencialmente geradora de consequências de ordem médica e económica: consequências médicas, uma vez que os dados recolhidos permitem avaliar as cargas terapêuticas e diagnósticas de cada internamento, elaborar cartas epidemiológicas, avaliar o estado sanitário das populações e, portanto, assegurar uma planifica-

ção eficaz; consequências económicas, já que a medição da actividade médica é um dos elementos da qualidade dos cuidados, a par com as noções de risco, de acessibilidade a esses cuidados, de conforto e de *hotelaria* e consequentemente de custos. Torna-se portanto imperativo proceder a uma avaliação do *produto* hospitalar, que reflecte o conjunto de prestações postas à disposição de um doente, ou antes, de um grupo de doentes, definido por características comuns sociológicas, demográficas, e terapêuticas<sup>1</sup>.

Nos E.U.A. este tipo de raciocínio levou ao desenvolvimento, por Fetter et al na Universidade de Yale, dos Diagnosis Related Groups (DRGs), em Português, Grupos de Diagnósticos Homogéneos (GDHs).

### 2. GRUPOS DE DIAGNÓSTICOS HOMOGÉNEOS

Os GDHs fazem parte de um conjunto de sistemas de classificação de doentes internados que os agrupam, de acordo com as características clínicas, em classes com semelhantes padrões de consumo de recursos.

Foram construídos com base em cinco variáveis independentes – idade, diagnóstico principal, procedimentos

cirúrgicos, diagnósticos secundários e destino após a alta – e uma variável dita dependente – o tempo de internamento. Esta última é usada como medida de consumo de recursos já que parece reflectir de forma adequada os custos da permanência em ambiente hospitalar. Através de um método de análise matemática multivariável foi avaliado o impacto quantitativo das variáveis independentes no tempo de internamento<sup>2</sup>. Criaram-se assim 477 grupos que são simultaneamente semelhantes em termos clínicos e em termos de tempo de internamento.

A existência de semelhanças no consumo de recursos entre os vários doentes agrupados em cada GDH não invalida a ocorrência de variações a nível individual: como sistema de classificação que constituem, os GDHs não pretendem descrever características individuais, mas sim características comuns a um dado conjunto de indivíduos. E assim, conquanto não se possa quantificar de forma exacta o consumo de recursos para cada doente de um dado GDH, a média do consumo de recursos de todos os doentes desse GDH pode ser calculada de forma adequada.

Desenvolvidos nos E.U.A para efeitos de revisão de utilização, foram rapidamente adoptados pelo Medicare\* como mecanismo de reembolso das despesas hospitalares<sup>2</sup>. Os GDHs constituíram o primeiro método capaz de definir e medir a complexidade do tipo de doentes tratados num hospital – o seu *case-mix*. Vieram assim permitir a comparação do trabalho dos médicos em termos de semelhanças e diferenças dos padrões de consumo de recursos, bem como dos resultados globais de um hospital quando comparado com outro.

### 3. UTILIZAÇÃO

Apesar da ênfase colocada nos aspectos de financiamento e facturação, a utilização dos GDHs não se esgota nelas, sendo passível de uso no planeamento e gestão hospitalares e na avaliação de qualidade<sup>4</sup>.

#### 3.1. Facturação por GDH

Os GDHs permitem o reembolso dos custos gerados com o tratamento hospitalar através de um preço fixo por cada grupo 8 no caso português, a facturação directa aos subsistemas – ADSE, Companhias Seguradoras, etc).

#### 3.2 Instrumento de distribuição de recursos

O cálculo do orçamento para cada hospital poderá ser baseado na respectiva *produção* em termos de GDHs (o caso português), permitindo assim uma distribuição mais equitativa dos recursos disponíveis.

#### 3.3 Gestão interna

A introdução dos GDHs leva ao repensar da organização da gestão tradicional, que se ocupa unicamente das actividades elementares (produção de refeições, de exames laboratoriais, etc.) sem ter em conta a função primordial do hospital, que é a de utilizar estes serviços

para tratar os doentes. Os GDHs, aliados ao conhecimento do consumo de todos os serviços postos ao seu dispor, permitem ao hospital conhecer o seu *case mix*, avaliar a sua evolução em termos de volume, complexidade e consumo, e analisar as variações que possam ocorrer. Neste contexto, o responsável administrativo preocupar-se-á com a eficiência com que cada produto elementar é produzido (custo unitário por refeição, por radiografia do torax, etc.) e o médico pelo modo como utiliza os diferentes serviços para tratar cada grupo de doentes, de acordo com normas profissionais definidas pelos seus pares.

#### 3.4. Planificação regional

Os interesses dos GDHs como instrumento de avaliação da oferta de cuidados é de longe maior que as informações de tipo estrutural classicamente disponíveis (nº de camas, etc.). Eles permitem o conhecimento do *case mix* dos diferentes hospitais, ajudando na determinação (em natureza e volume) dos programas de saúde bem como na escolha do equipamento.

#### 3.5. Avaliação da qualidade

A informação a partir da qual se pretende inferir da qualidade dos cuidados pode ser classificada, de acordo com Donabedian, em três categorias: estrutura, processo e resultados<sup>5</sup>. A análise desta última componente assume, presentemente, uma dimensão importante dada a acessibilidade dos dados, que são já colhidos rotineiramente. O método mais equilibrado para reslizar estudos de qualidade envolve a combinação de análises estatísticas retrospectivas com a consulta dos processos clínicos assim seleccionados, já que as referidas análises apenas revelam pistas, não sendo verdadeiras medidas de qualidade. Nesta contexto, os GDHs revelam a sua utilidade como forma de detectar e avaliar problemas<sup>6</sup>.

Em cada GDH os doentes são supostamente beneficiários do uso de recursos globalmente equivalentes e, sobretudo, previsíveis. o controle estatístico identifica as situações não habituais de consumo de recursos (ou de tempo de internamento). Com efeito, a maioria dos doentes tem um perfil de consumo estável e previsível. No entanto, nos extremos da curva de distribuição de cada GDH existem certo número de casos *atípicos*. (outliers), em termos de consumo de recursos. O isolamento destes outliers torna-se necessário, quer para os eliminar, caso resultem de dados de pouca qualidade ou mal codificados, quer para os analisar e tentar explicar a sua presença – ocorrência de complicações pouco usuais, modificações no processo diagnóstico ou terapêutico utilizado, descoberta de problemas de organização tais como disponibilidade de camas, de bloco operatório, etc. Para cada GDH podem definir-se os limites superior e inferior para o cálculo dos outliers, dependendo a sua determinação dos objectivos a alcançar.

### 4. VANTAGENS E INCONVENIENTES

Várias críticas foram feitas à utilização dos GDHs, das quais se destacam: a não existência de capacidade para

\*Medicare: sistema público que fornece assistência médica a pessoas com mais de 65 anos e a alguns topos de deficientes<sup>3</sup>.

reconhecer diferenças nos graus de gravidade dos doentes internados; a possível incapacidade do tempo de internamento reflectir adequadamente os custos hospitalares; e a impossibilidade de serem gerados os grupos antes do momento da alta. Acresce ainda o risco de efeitos perversos na utilização do sistema como meio de facturação/cálculo orçamental: selecção de doentes a admitir, aumento das transferências entre hospitais e altas prematuras<sup>4</sup>.

No entanto, a vasta experiência existente na sua utilização, a disponibilidade alargada a vários países e ainda a distribuição em grandes categorias diagnósticas que se baseiam nos sistemas orgânicos, acompanhando assim as várias especialidades, tornaram-nos um instrumento útil que se assume como padrão quando se fala de sistemas de classificação de doentes.

## 5. A EXPERIÊNCIA PORTUGUESA

O ano de 1984 marcou o início do projecto de implementação dos GDHs em Portugal como instrumento de financiamento dos doentes internados em hospitais de agudos, mediante o estabelecimento de um acordo entre o Ministério da Saúde e a Universidade de Yale. Eram objectivos do programa a criação de um sistema de informação baseado em dados uniformes, passível de utilização na gestão hospitalar, que apoiasse as tomadas de decisão e a elaboração dos orçamentos, e a troca de dados standardizados entre hospitais, e os hospitais e os órgãos centrais<sup>7</sup>.

Em 1989 foram efectuados os primeiros testes de utilização dos GDHs como base do financiamento do internamento hospitalar, tendo sido institucionalizados pela Portaria nº 409/90 de 31 de Maio, que fixou as tabelas de preços a praticar pelo serviço Nacional de Saúde. Foi assim Portugal o primeiro país Europeu a utilizar um sistema baseado na medição dos *case-mix* para a distribuição de recursos a nível das instituições públicas<sup>7</sup>.

A implementação deste novo sistema decorreu sem resistência por parte dos clínicos portugueses devido sobretudo ao largo grau de indiferença que suscitou. Para além das relações difíceis que pautavam o diálogo entre os responsáveis pela saúde de então e os médicos em geral, a quase inexistência de divulgação e discussão de utilidade dos GDHs contribuiu largamente para o desinteresse e alguma desconfiança com que os clínicos receberam este novo instrumento.

À parte alguns médicos directamente envolvidos nas tarefas de codificação, muito poucos se encontram suficientemente familiarizados com o funcionamento complexo do sistema por forma a poderem avaliá-lo e, com bases técnicas, o poderem contestar ou tirar dele o máximo proveito. Mesmo a grande maioria dos médicos codificadores se mantém alheada da discussão, análise e utilização dos GDHs, limitando-se a executar as tarefas de codificação.

## 6. VANTAGENS E DESVANTAGENS (EM PORTUGAL)

A utilização dos GDHs a nível nacional veio permitir a criação de bases de dados standardizados em todos os

hospitais públicos, bem como de uma base de dados nacional dependente do Ministério da Saúde. Os benefícios que daí podem advir são múltiplos, destacando-se a possibilidade de, pela primeira vez, se poderem conhecer efectivamente os tipos de doentes que cada hospital trata, bem como efectuar comparações entre as várias instituições. A nível local, estas bases são utilizáveis para estudos estatísticos, quer por administradores quer por médicos e outros profissionais de saúde, estudos esses cujos propósitos variam desde a simples elaboração de casuísticas com intuítos curriculares até estudos complexos de avaliação da eficácia dos tratamentos. A nível central permitem a realização de estudos comparativos entre os vários hospitais para efeitos de planeamento, garantia de qualidade e distribuição de recursos. O Ministério da Saúde tem vindo a elaborar e enviar aos hospitais relatórios anuais que apresentam, para cada GDH, a sua *produção* em número de doentes e as demoras médias do hospital nacional e do grupo no qual o hospital foi incluído de acordo com as suas características. Estes relatórios funcionam como mecanismo de *feed-back* extremamente importante pois permitem ao hospital avaliar a sua situação em termos comparativos com todos os outros. Tudo isto decorre da natural capacidade dos GDHs permitirem um diálogo construtivo entre administradores e clínicos, uma das grandes vantagens do sistema.

Outro dos efeitos positivos da introdução dos GDHs em Portugal foi a do incremento da qualidade da informação disponível nos processos clínicos<sup>8</sup>. Conquanto não existam ainda estudos que comprovem esta tese, é de todo credível que, não apenas em casos pontuais mas sim de um modo geral, haja uma tendência clara para a melhoria da informação registada nos processos, até por pressão dos codificadores para quem a informação é sempre escassa.

É claro que conjuntamente com as vantagens, existem também vários problemas que afectam a utilização generalizada dos GDHs. Para além do muito que ainda haverá a realizar na área da recolha da informação, um dos problemas principais do sistema advém da falta de controlo externo da codificação e atribuição dos GDHs. Se é certo que, paralelamente ao treino e desenvolvimento dos núcleos de codificação dos hospitais, se veio a instituir a figura do médico auditor, a quem caberia *planear, dirigir, controlar e avaliar toda a actividade do serviço, sendo responsável pela correcção e rigor da codificação e do agrupamento em GDH*, a realidade é que esta figura muitas das vezes não passa de mais um cargo que não se traduz em verdadeiro trabalho de auditoria. Pensamos ser fundamental, até para maior credibilidade do sistema, a realização de auditorias externas aos processos de codificação e agrupamento, como mecanismo regulador e de uniformização de critérios e processos. É esta, a nosso ver, a maior lacuna de todo o sistema, pois neste momento não é possível a ninguém garantir peremptoriamente a qualidade dos dados codificados e agrupados.

Associado a este problema, outro existe que em larga medida contribui para a possível falta de qualidade dos dados processados, que se prende com as condições precárias em que quase todos os codificadores trabalham.

Com efeito, os codificadores são médicos, dos quadros hospitalares ou contratados (a maioria), que receberam formação através da Secretaria de Estado da Administração de Saúde. Não existindo enquadramento legal para a figura do médico-codificador, as formas de contratação variam, sendo as remunerações efectuadas com base em critérios díspares, imperando os contratos a termo certo e as avenças.

Como a experiência na utilização dos GDHs nas suas várias vertentes é escassa, não existindo programas de formação e treino dirigidas aos potenciais interessados, apenas o esforço voluntário pessoal de alguns (poucos) permite escassa utilização de todo o manancial de informação já disponível por obra da operacionalização deste sistema. Sendo os codificadores auditores aqueles que à partida reúnem melhores conhecimentos para mais facilmente assimilarem os mecanismos de utilização dos GDHs com todo o seu potencial, paradoxalmente são também eles os que, mercê das condições precárias de trabalho e do papel secundaríssimo que lhes é atribuído, quer pelos órgãos de gestão quer pelos seus pares clínicos, se encontram menos vocacionados para essa aprendizagem.

Acresce ainda o total alheamento da comunidade científica em geral e das estruturas representativas da classe. Ao contrário do que sucedeu nos E.U.A., onde apenas o anúncio de intenção de utilizar os GDHs como sistema de reembolso para os doentes do *Medicare* suscitou enorme polémica nos meios científicos, com inúmeros artigos em revistas conceituadas como o *New England Journal of Medicine* e o *Journal of the American Medical Association*, em Portugal nunca houve por parte da comunidade científica ou dos organismos representativos da Classe iniciativas para discutir as implicações futuras da utilização deste Sistema a nível tão vasto.

## 7. CONCLUSÃO

O sucesso internacional dos GDHs resulta da sua extrema simplicidade e robustez e da forma pertinente como indicador de actividade durante o período de internamento hospitalar. Se esta classificação representa uma nova forma de comunicação entre o mundo médico e o mundo administrativo, o papel que lhe caberá no processo de tomada de decisões a nível central ou do hospital deverá ter limites, cabendo-nos sobretudo a nós médicos o seu estabelecimento.

## BIBLIOGRAFIA

1. POURRIAT JL, HUET B: Groupes Homogènes de Maladies: analyse critique. In: Le Gall JR, Loirat Ph, eds. Evaluation en Réanimation. Paris: Masson 1990: 157-68
2. FEINSTEIN AR: ICD, POR and DRG - unsolved scientific problems in the nosology of clinical medicine. *Arch intern Med* 1988; 148: 2269-74
3. VERTREES JL, POLLATSEK JS: Measuring the ability of new types of DRGs to capture differences in severity of illness across hospital types. Proceedings of the 9th. International PCS/E Working Conference. 1993. Munich September 15/18
4. PIBAROT ML: Classification des Groupes Homogènes de Maladies In: Le Gall JR, Loirat Ph, eds. Evaluation en Réanimation. Paris: Masson 1990: 139-55
5. DONABEDIAN A: The Quality of care: how can it be assessed?. *JAMA* 1988; 260:1 743- 1 748
6. BENTES M, GONSALVES ML, PINS E, SANTOS M: Case-mix and quality: the utility of DRG information. Proceedings of the MIE 94. Lisbon May 1994
7. URBANO J, BENTES R1, VERTREES IC: Português: nacional commitment end the implementation of DRGs. In: Kimberly JR, Pouvourville G, eds. The migration of managerial innovation. San Francisco: Jossey-Bass Publishers 1993: 215-53
8. VILAR-QUEIROS AJ: Qualidade dos Cuidados médicos. *Revista da Ordem dos Médicos* 1994: Março 19-31