

BATIELHE MOREIRA FRANCO MELO

REMUNERAÇÃO NA SAÚDE SUPLEMENTAR

- DRG -

Belo Horizonte

2018

BATIELHE MOREIRA FRANCO MELO

REMUNERAÇÃO NA SAÚDE SUPLEMENTAR

- DRG -

Artigo Científico apresentado ao Curso de Especialização Lato Sensu da Faculdade Sete Lagoas, como requisito parcial para a conclusão do Curso de Especialização em Auditoria em Saúde.

Área de Concentração: Saúde

Orientador: Prof^a. Ms. Valeska de Mello Pincer

BELO HORIZONTE

2018

FOLHA DE APROVAÇÃO

Artigo Científico intitulado " **REMUNERAÇÃO NA SAÚDE SUPLEMENTAR - DRG**", de autoria da aluna Batielhe Moreira Franco Melo, aprovada pela banca examinadora constituída pelos seguintes professores:

Valeska de Mello Pincer
FACULDADE SETE LAGOAS – FACSETE

Wagner Barros de Oliveira
Coordenador do Curso Especialização em Auditoria em Saúde
FACULDADE SETE LAGOAS – FACSETE

BELO HORIZONTE, 06 DE OUTUBRO DE 2018

REMUNERAÇÃO NA SAÚDE SUPLEMENTAR - DRG

Batielhe Moreira Franco Melo¹

RESUMO

O sistema de remuneração, que opera o pagamento dos serviços médicos contratados pelos cidadãos às operadoras de saúde, é o tema central desse artigo. A abordagem aqui apresentada versa sobre a rede privada de assistência à saúde, considerada como suplementar, e suas alternativas de readaptação à realidade posta recentemente. A centralidade da discussão sobre esse tema repousa no formato utilizado pelas operadoras de saúde suplementar para remunerar os procedimentos/atendimentos médico-hospitalares. Esse modelo vem sendo questionado, direcionando o pensamento para novas estratégias que transformam a própria percepção acerca da qualidade e eficiência da prestação de serviços de assistência à saúde. Novos modelos e formatos de remuneração vêm sendo experienciados, apresentando vantagens, mas também, desafios para implementação no cenário nacional. Esse artigo objetiva discorrer sobre a remuneração por DRG (Diagnosis Related Group ou, em tradução, Grupo de Diagnósticos Relacionados) como alternativa ao presente sistema. Para tanto, foi realizada revisão da literatura publicada após 1980 em bases de dados on line elegendo-se artigos relevantes para o assunto. Também foram consultados documentos (textos e aulas) disponíveis no site da Agência Nacional de Saúde.

Palavras – chave: Grupo de Diagnósticos Relacionados; Pagamento por Grupo de Diagnósticos Relacionados; *Diagnosis Related Groups Payment*; *Diagnosis Related Groups*; *Managed Care*; Health Insurance Sector; *Bundled Services*, *Capitation*.

1. Médica Geneticista, formada na Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), concluiu residência em Genética Médica no Hospital das Clínicas da UFMG.

INTRODUÇÃO

A estrutura de assistência à saúde, no Brasil, está dividida entre a rede pública, gerenciada pelo Estado e prevista como sua responsabilidade constitucionalmente, e a rede privada. Esta última, gerida pela iniciativa privada, em grande parte por via das operadoras de convênios médico particulares, é regulada por órgão público: a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), responsável por acompanhar e normatizar os serviços prestados por tais operadoras.

No entanto, mesmo que sejam distintas quanto a natureza dos recursos que as sustentam, tanto a rede pública quanto a privada (promovida por operadoras de assistência) enfrentam entraves e dificuldades que vem as colocando, sempre mais, em estado de alerta quanto a necessidade de reestruturação e reorganização de seus serviços. Especificamente na rede privada, essa necessidade tem se colocado como uma das principais temáticas, apontando para o sistema de remuneração dos atendimentos e serviços médico-hospitalares em vigência.

Tal sistema de remuneração, que opera o pagamento dos serviços médicos contratados pelos cidadãos às operadoras, é o tema central da apresentação desse artigo. Portanto, a abordagem aqui apresentada versa sobre a rede privada de assistência à saúde, considerada como suplementar, e suas alternativas de readaptação à realidade posta recentemente.

A centralidade da discussão sobre esse tema repousa, portanto, no formato utilizado pelas operadoras de saúde suplementar para remunerar os procedimentos/atendimentos médico-hospitalares.

Esse artigo objetiva discorrer sobre o novo modelo de Remuneração por DRG (*Diagnosis Related Group* ou, em tradução, Grupo de Diagnósticos Relacionados) como alternativa ao presente sistema existente na Saúde Suplementar, seu histórico, suas vantagens e desafios para implantação.

MATERIAL E MÉTODO

Esse trabalho foi elaborado a partir da revisão da literatura nas bases de dados *on line* PubMed, Medline e Scielo. As palavras-chaves utilizadas foram Pagamento por Grupo de Diagnósticos Relacionados e Grupo de Diagnósticos Relacionados, bem como suas correspondentes em inglês *Diagnosis Related Groups Payment* e *Diagnosis Related Groups (DRG)* e outras como *Managed Care*, *Health Insurance Sector*, *Bundled Services*, *Capitation*. Foram critérios de exclusão: artigos anteriores a 1980 ou voltados para pesquisa específica de entidade clínica ou grupo populacional específico. Somando-se as bases de dados, foram eleitos 19 estudos a partir de seus resumos para leitura completa. Também foram utilizados textos e aulas disponíveis no site da Agência Nacional de Saúde (ANS) que versam sobre os Modelos de Remuneração na Saúde Suplementar.

DISCUSSÃO E RESULTADOS

Para bem esclarecer a proposição deste estudo, é apresentado em primeiro lugar a formatação e sistematização do modelo de remuneração atualmente mais utilizado. Posteriormente, a remuneração por DRG é abordada de maneira mais detalhada como alternativa ao modelo vigente, expondo sua forma de funcionamento e gerenciamento. Estruturado nessa sequência, o presente artigo lança luz sobre possibilidades de uma melhoria na gestão e resultados dos serviços de assistência à saúde prestados pelas operadoras de Saúde Suplementar.

1. Remuneração de serviços de assistência à saúde

Define-se por sistema de remuneração a operação responsável pela transferência dos recursos financeiros das operadoras de saúde para os

prestadores de serviços (hospitais e profissionais). Esse sistema é garantidor e, de certa maneira, mantenedor de grande parte da arrecadação das unidades hospitalares, visto que uma considerável parcela da população utiliza e financia, por meio do pagamento de mensalidades, os serviços oferecidos pelas operadoras de saúde suplementar.

Para melhor compreender essa situação, é preciso apresentar o sistema de remuneração adotado, conhecido como *fee-for-service* (FFS), para posteriormente compará-lo com os modelos alternativos de remuneração, como o DRG (*Diagnosis Related Group* – Grupo de Diagnósticos Relacionados).

1.1. FFS: Modelo *fee-for-service*

Correntemente reconhecido como “modelo conta aberta”, o *fee-for-service*, ou pagamento por serviço, é amplamente utilizado no Brasil. A centralidade desse modelo está assentada na produtividade: quanto maior a produção, ou seja, o número de atendimentos/procedimentos, mais se remunera. O pagamento realizado tem como baliza de medida a quantidade e não a qualidade. Esse mecanismo, portanto, deixa de considerar o resultado final daquilo que foi custeado pela operadora (BERENSON, 2002).

O que o designa como “modelo conta aberta” é a impossibilidade de previsão, por parte da operadora que custeia/remunera o atendimento, do valor de recursos que serão dispendidos a partir da entrada do paciente em uma unidade hospitalar conveniada. Não existem formas de prever quantos e quais serão os materiais/serviços utilizados para a realização desse atendimento. De fato, a “conta” só se fecha ao final de todo o serviço prestado na unidade hospitalar. Esse modelo, portanto, considera o volume de procedimentos para a remuneração devida.

Do ponto de vista profissional, este modelo tem a justificativa de garantir uma preocupação integral do médico com o paciente, permitindo ofertar-lhe tudo o que seja necessário, sem qualquer restrição, incluindo exames para diagnóstico e tratamentos, já que o pagamento será realizado após a prestação do serviço (JEGERS, 2002). Porém, ele quebra a lógica da integralidade das ações de saúde, tornando clara a percepção de que todo o serviço de assistência à saúde está mais diretamente relacionado à doença e não balizado na prevenção (MEDICI, 1995).

Tem como vantagens alta produtividade, alta satisfação dos médicos, favorece a boa relação médico-paciente e o cálculo da remuneração é relativamente simples. Está implícito nessa forma de remuneração a superprodução de serviços, uma vez que a renda do profissional depende diretamente do volume dos atos realizados e, se os preços dos atos médicos passam a ser controlados, a quantidade de serviços passa a ser utilizada como fator de ajuste da remuneração idealizada pelos médicos (BESSA, 2011).

Outro destaque negativo para o FFS é a sua capacidade de promover o desperdício de recursos, materiais e procedimentos. Como a remuneração vincula-se diretamente à quantidade, é tendência recorrente a busca por superutilizar materiais, exagerar em solicitações de procedimentos e realização de exames diversos. (FUCHS, 2009).

Nessa situação, é comum a existência de conflitos entre as operadoras e os prestadores. As operadoras buscam sempre minimizar seus custos, enquanto os hospitais caminham sempre na direção de aumentar suas fontes de arrecadação. E é exatamente nesse cenário, que se observa a proliferação de mecanismos e estratégias para controlar e fiscalizar os prestadores de serviços. O aumento de conflito. Não é preciso dizer que essa realidade traz impactos financeiros para as operadoras, que são repassados aos seus usuários.

Diante dos impasses expostos, o modelo de remuneração FFS tem sido bastante criticado, imputando-se a ele muito da ineficiência dos serviços de atenção à saúde. Sua insustentabilidade, especialmente frente ao aumento progressivo dos custos com a saúde acima do Produto Interno Bruto (HUBER, 2003; ANDRADE, 2000), tem permitido aos protagonistas dessa relação de prestação de serviços de saúde repensar alternativas e formular novos sistemas de remuneração.

1.2. Modelos de Remuneração Alternativos

Diante de tantos impasses para a remuneração por *fee-for-service*, muitas alternativas têm surgido. Experiências de outros países também têm sido enfocadas como possibilidades de mudança de modelo de remuneração, obviamente avaliando-se as necessidades de adaptação. Apenas a título de citação, sem o objetivo de aprofundamento, a seguir elencam-se os principais modelos de remuneração postos em tela de discussão.

- **Capitation (per capita)**

Neste modelo de remuneração, são repassados aos prestadores um valor fixo mensal, per capita (por paciente) de um determinado grupo e numa determinada área de abrangência, destinado a remunerar todos os serviços de assistência à saúde utilizados durante o período. A utilização dos serviços é gerenciada e há interesse em eliminar os exames e procedimentos desnecessários, bem como incentivar medidas de prevenção e promoção à saúde para diminuir a utilização de serviços, permitindo a continuidade da atenção (JEGERS, 2002).

O maior empecilho imposto a esse sistema reside na exigência de uma gama suficientemente ampla de informações acerca da população coberta pelo sistema de saúde. Reclama conhecimento epidemiológico e estatístico

de enfermidades, bem como dos pacientes atendidos. (HAROLD, 2009). Há o risco da subutilização de cuidados necessários (consultas de rotina, retornos, exames, internações, etc.) e a seleção adversa de risco, pois os pacientes de menor custo são priorizados, em detrimento daqueles de maior custo (ROBINSON, 2001).

- ***Bundled Services***

O modelo de pagamento por *Bundled Services* – pacote de serviços - estabelece a remuneração por tratamento. Assim, a unidade hospitalar e prestadores recebem das operadoras os valores destinados ao tratamento completo de uma condição específica.

A operadora tem melhor previsibilidade das despesas devido ao valor fixo e o prestador precisa ter melhor gerenciamento da assistência que presta ao beneficiário controlando os custos e utilizações envolvidas neste procedimento acordado. Trata-se então de um preço pré-estabelecido por procedimento. Essa forma de relacionamento é extremamente simplificadora, reduz custos e praticamente elimina os conflitos do sistema de cobrança (BESSA, 2011).

O modelo leva em conta a melhoria do desempenho dos tratamentos, tanto em economias como em qualidade, requerendo a formulação de uma base de dados sobre o histórico do paciente, ponto que pode ser colocado como entrave ao seu funcionamento adequado (SHIH, CHEN, NALLAMOTHU, 2015).

- **Remuneração por *Diagnosis Related Groups*** (Grupo de Diagnósticos Relacionados) – **DRG**

Desenvolvido pelos pesquisadores Fetter e Thompson (1980), da Universidade de Yale, o DRG é uma metodologia de classificação de pacientes, segundo o status de admissão no hospital e eventuais comorbidades associadas. Esta metodologia relaciona os tipos de pacientes atendidos com os tratamentos necessários, categorizando pacientes semelhantes em suas características clínicas (diagnóstico, procedimento, idade, sexo e presença de comorbidades e

complicações) e no consumo de recursos, de acordo com sua complexidade (FETTER e FREEMAN, 1986). Periodicamente, atualizações permitem uma revisão da interpretação dos grupos clínicos, avaliação da acurácia em prever recursos hospitalares necessários, bem como aplicação dessas informações na gestão e nas negociações dos pagamentos dos produtos oferecidos (BAKER, 2002).

Na prática, o funcionamento do DRG se processa da seguinte forma: os hospitais coletam as informações de perfis dos clientes das operadoras no momento de suas entradas; essas informações permitem a criação de um banco de dados que é compartilhado entre as operadoras e os hospitais; esses dados vão subsidiar os tratamentos, tornando possível uma previsão mais clara de gastos (NORONHA, 2004).

Pode-se dizer, então, que esse modelo trabalha com indicadores, que apontam de maneira mais coerente os recursos e as quantidades necessárias para os tratamentos.

2. DRG Brasil

Acompanhando a linha norte americana, responsável pelo desenvolvimento do *Diagnosis Related Group*, o DRG-Brasil é uma metodologia sofisticada de compra de serviços, gerenciamento de custos e qualidade assistencial hospitalar. Adota procedimentos gerenciados e tem como base as informações coletadas a partir da internação dos pacientes usuários das operadoras. A partir das combinações destas informações, são estabelecidas as categorias de tratamentos (que são os produtos). Cada categoria de DRG é um produto que tem definido a quantidade de recursos necessários para cada tratamento (NORONHA, PORTELA, LEBRAO, 2004). Ao correlacionar o paciente a um determinado “produto DRG”, prestadores e operadoras de saúde já podem estabelecer os parâmetros de

custos para o tratamento.

O DRG-Brasil permite que as operadoras, que optem pela remuneração com base nesse modelo, planejem com maior clareza sua sustentabilidade financeira. Além disso, ficam mais aptas para minimizar custos gerados pelo desperdício e abuso dos serviços e materiais pagos por elas aos prestadores.

Cabe ressaltar ainda que, com a possibilidade de um planejamento eficiente prévio, o foco do atendimento pode ser colocado na qualidade do serviço, tornando possível uma mudança radical de pensamento e gerenciamento.

3. Vantagens e desafios do modelo de Remuneração DRG

Inúmeras são as vantagens do modelo de remuneração por DRG. Especialmente quando este é colocado diante das dificuldades que vem sendo enfrentadas com a adoção do modelo de pagamento *fee-for-service*.

Uma dessas vantagens, sempre ressaltada por aqueles que defendem o DRG, é a conciliação entre bom desempenho e ganho econômico: o atendimento ao paciente é mais integral/global e, ao mesmo tempo, realizado com redução de desperdícios e abusos. A principal vantagem desse modelo reside na homogeneização das categorias das doenças, permitindo a definição de pacotes de serviços mesmo dentro do padrão *fee-for-service*.

Para as operadoras o ganho está, evidentemente, na redução de custos para os clientes. Considerar essa redução é importante nesse momento, quando as operadoras têm perdido adesão e, conseqüentemente, reduzindo seus ganhos.

Para os prestadores, a maior satisfação e fidelização por parte dos pacientes que atendem é a vantagem mais evidente, desde que a implantação do DRG seja acompanhada também por incentivos à qualidade dos serviços prestados. Tal necessidade fica evidente frente ao risco da oferta de produtos piores para obtenção de lucros e da recusa de pacientes complexos.

Contudo, ainda que seja bem aceito e reconhecidamente mais eficiente, o DRG também apresenta entraves e desafios que tornam a sua adoção um pouco dificultada.

Um grande entrave é a ausência, no Brasil, de grandes complexos de saúde, que possam oferecer o tratamento integral em um único espaço. Essa ausência configura-se como uma barreira porque dificulta a venda do tratamento completo, uma vez que esse atendimento é realizado em várias unidades distintas. O mesmo pode ser ponderado em relação aos profissionais: os médicos trabalham em vários locais diferentes, atendem vários pacientes. A forma como são contratados dificulta a dedicação exclusiva para o tratamento, impondo impasses para a adoção de uma remuneração por DRG (GOSDEN, FORLAND, KRISTIANSEN *et al.*, 2000).

Considerando a implantação, a estrutura do atendimento à saúde pelas operadoras deve ser alterada radicalmente. É sabido que existe no Brasil grandes dificuldades para a criação de uma base de dados e informações, que é essencial para o bom funcionamento do DRG.

Contudo, ainda com muitos impasses e dificuldades, a remuneração por DRG é mais eficiente e imprime mais qualidade e resultado para o serviço de saúde suplementar. No quadro comparativo abaixo é possível visualizar melhor as vantagens/desvantagens dos dois modelos de remuneração tratados.

FEE-FOR-SERVICE FFS	DIAGNOSIS RELATED GROUP DRG
Pagamento por serviço A qualidade não é considerada, há desperdício e aumento de custos para o plano, que repassa a conta ao usuário	Valor fixo para cada grupo de tratamento Contém custos médicos, melhora a eficiência, diminui os tratamentos excessivos e aumenta a transparência

Para situações clínicas mais imprevisíveis, o FFS é a melhor alternativa.	Pode incentivar que hospitais utilizem produtos piores para obter lucros e gerar recusa de pacientes mais complexos.
---	--

DISCUSSÃO

É consenso, entre operadoras e prestadores, que o sistema vigente de remuneração está permeado por questionamentos que trazem à luz as suas deficiências, refletidas na insustentabilidade de sua continuação. Isso também acentua a percepção da ineficiência do sistema de atendimento, trazendo prejuízos aos prestadores, operadoras e usuários.

O modelo FFS, mais utilizado no Brasil, não reconhece as diferenças de desempenho, qualidade ou eficiência dos profissionais, não se utiliza de metodologia científica baseada em evidências e não verifica os resultados do tratamento. Foca sua atenção em preços e não no valor entregue ao paciente (GOSDEN et al, 2001).

Portanto, deslocar o foco da remuneração do volume/quantidade de procedimentos e colocá-lo sob a visão de cuidado integral dos pacientes, considerando inclusive medidas de avaliação de resultados/qualidade, tem sido o pensamento norteador das transformações das operadoras e dos prestadores (DAVIS, 2007). Dentre os variados fatores que fomentam esta transformação, destacam-se a centralização da atenção das operadoras no setor financeiro, substituindo a atenção à saúde e ao paciente; o aumento dos custos provocados pelo desenvolvimento de mecanismos para fiscalização e contenção de gastos gerados pelo desperdício e abusos; e evolução natural da gestão e gerenciamento do setor privado de saúde.

A remuneração pelo DRG é uma alternativa que ganha espaço cada vez maior dentro da evolução do gerenciamento das operadoras, traz vantagens frente ao FFS e permite adequar a lógica de remuneração às novas realidades experimentadas pelas operadoras e prestadores de serviços de saúde.

O agrupamento dos pacientes por meio da classificação pelo DRG permite a categorização clínica alinhada e coerente ao consumo de recursos. Essa classificação parte do pressuposto de que os prestadores estejam focados no doente e não na doença, culminando com a oferta de produtos formados pelo conjunto de serviços específicos de acordo com as necessidades assistenciais do paciente.

A classificação DRG tem sido implantada em diversos países e em diferentes versões, conseqüente ao aprimoramento, identificação de novas necessidades e desenvolvimento de novas tecnologias (PALMER, 1989).

No Brasil, a gestão da saúde pode se beneficiar dessa classificação principalmente pelo seu potencial em mitigar as diferenças existentes. A proposta de valor está estruturada na ampliação da capacidade de gestão dos serviços de saúde conforme avaliação epidemiológica e monitoramento dos achados, direcionando intervenções que tenham maior custo-efetividade, com pagamento e gestão focados em resultado (NORONHA, PORTELA, LEBRAO, 2004).

Nesse sentido, as instituições de saúde teriam vantagens em mensurar e caracterizar o produto hospitalar por meio da avaliação de performance dos desfechos clínicos e dos custos envolvidos.

CONCLUSÃO

Dado como dispendioso por tais operadoras, o atual modelo de remuneração por serviços prestados fundamenta-se numa lógica de pagamento focada na quantidade de atendimentos, procedimentos e materiais utilizados para a assistência médica. Alia-se a isso o fato de tal lógica não considerar a

mensuração da qualidade dos serviços e eficiência dos atendimentos, deixando de preocupar-se com a finalidade última da assistência à saúde, quer seja, o resultado final do serviço custeado.

Além de considerado como ineficiente sob a ótica da ausência de medidas de qualidade e acompanhamento de resultados, também é apontado como fomentador de desperdícios e, portanto, insustentável: a quantidade de atendimento/procedimento/material é superior ao necessário, avolumando o gasto das operadoras para a remuneração dos serviços (FUCHS, 2009).

Dessa maneira, é evidente e urgente a busca por alternativas e implementação de novos formatos de remuneração que sejam mais condizentes com a realidade nacional e capacidade de pagamento das operadoras de saúde complementar. Além, é claro, de diminuir os ônus financeiros repassados aos clientes da rede particular de atendimento.

De acordo com essa perspectiva, é preciso redefinir todo o modelo de atenção à saúde, abandonando o paradigma do custo e adotando a remuneração baseada na qualidade, abrindo espaço para a promoção de prevenção de doenças. Isso não é tarefa fácil, depende de uma mudança em toda cadeia de atendimento (das operadoras e dos prestadores) e passa, também, por uma modificação da própria cultura da medicina – já acostumada com o sistema *fee-for-service* (PORTER, 2007).

ABSTRACT

The remuneration system, which operates the payment of medical services contracted by citizens to the operators, is the central theme of this article. The approach presented here deals with the private health care network, considered as supplementary, and its alternatives to readaptation to the recently launched reality. The centrality of the discussion on this subject rests in the format used by the supplementary health care providers to remunerate the medical / hospital

procedures / services. This model has been questioned, directing the thinking to new strategies that transform the perception about the quality and efficiency of the provision of health care services. New models and remuneration formats have been experimented, presenting advantages but also challenges for implementation in the national scenario. This article presents, in a special way, the so-called DRG (Diagnosis Related Group) as an alternative to the present remuneration system.

Key words: Diagnosis Related Group; Diagnosis Related Group Payment, managed care; *Managed Care*; Health Insurance Sector; *Bundled Services*, *Capitation*.

REFERÊNCIAS

ANDRADE, MV; LISBOA, MB. Sistema privado de seguro-saúde: lições do caso americano. Rev. Bras. Econ., Rio de Janeiro, 54 (1): 5-36, 2000.

BAKER, JJ Medicare payment system for hospital inpatients: diagnosis related groups. Journal of Health Care Finance 28(3):1-13, 2002.

BERENSON, RA; RICH, EC. US Approaches to Physician Payment: The Deconstruction of Primary Care. Journal of General Internal Medicine. 25(6):613-618, 2010.

BESSA, RO. Análise dos modelos de remuneração médica no setor de saúde suplementar brasileiro. Dissertação - FGV - Fundação Getúlio Vargas, 2011.

DAVIS, K. Paying for care episodes and care coordination. The New England Journal of Medicine. 356 (11): 1166-1168, 2007.

- FETTER, R; THOMPSON, JD *et al.* Case mix definition by diagnosis related groups. *Medical Care* 18(2): 1–53, 1980.
- FETTER, RB; FREEMAN, JL. Diagnosis related groups: product linemanagement within hospitals. *Academy of Management Review* 11(1): 41–54, 1986.
- FUCHS, VR. Eliminating “Waste” in Health Care. *JAMA*.302(22):2481–2482, 2009.
- GOSDEN, T. et al. Impact of payment method on behaviour of primary care physicians: A systematic review. *Journal of Health Services Research & Policy*, 6(1), 44–55, 2001.
- GOSDEN, T; FORLAND, F; KRISTIANSEN, IS *et al.* "Capitation, salary, fee-for-service and mixed systems of payment: effects on the behaviour of primary care physicians". *Cochrane Database Syst Rev* (3): CD002215, 2000.
- HAROLD, M. From Volume To Value: Better Ways To Pay For Health Care. *Health Aff* 28(5): 1418-1428, 2009.
- HUBER, M; OROSZ, E. Health Expenditure Trends in OECD Countries, 1990-2001. *Health Care Financ Ver*; 25(1):1-22, 2003.
- JEGERS, M. A typology for provider payment systems in health care. *Health Policy*, 60(3), 255-273, 2002.
- MEDICI, A. C. Aspectos Teóricos e Conceituais do Financiamento das Políticas de Saúde in PIOLA, S. F. e VIANNA, S. M. (orgs). *Economia da Saúde: Conceitos e Contribuição para a Gestão da Saúde*. Brasília: IPEA, 1995, pg.60-6.

NORONHA, MF; PORTELA, MC; LEBRAO, ML. Potenciais usos dos AP-DRG para discriminar o perfil da assistência de unidades hospitalares. *Cad. Saúde Pública*, 20 (2): S242-S255, 2004.

PALMER, GR. International comparisons of hospital usage: a study of nine countries based on DRGs: School of Health Services Management, University of New South Wales; 1989.

PORTER, ME; TEISBERG, EO. How physicians can change the future of health care. *JAMA*. 297(10): 1103-1111, 2007.

ROBINSON, J.C. (2001). Theory and Practice in the design of physician payment system. *The Milkbank Quartely*, 79(2), 149-173.

SHIH, T; CHEN, LM; NALLAMOTHU, BK. Will Bundled Payments Change Health Care? Examining the Evidence Thus Far in Cardiovascular Care. *Circulation* 131(24):2151-2158, 2015.