



MINISTÉRIO DA SAÚDE
GABINETE DO SECRETÁRIO DE ESTADO
ADJUNTO E DA SAÚDE

À VJFC
(com trabalho!)

[Assinatura]
11.9.09

Ana Sofia Ferreira
Vogal

À Dr. Ana Joia

9.9.09

[Assinatura]
Manuel Teixeira
Presidente

Exmo. Senhor
Dr. Manuel Teixeira
Presidente do Conselho Directivo
da Administração Central do Sistema
de Saúde, I.P.
Av.ª João Crisóstomo, n.º 11
1049-062 LISBOA

Sua referência

Sua comunicação

Nossa referência
Entrada - 7392/2009

ASSUNTO: Memorando sobre a gestão da doença

[Assinatura]
15.9.2009

Encarrega-me Sua Excelência o Secretário de Estado Adjunto e da Saúde de devolver a V. Exa.,
a Informação n.º 100/2009, de 22/04/2009, sobre o assunto supra mencionado. *[Assinatura]*
mereceu o seguinte despacho:

Alexandre Taveira
Director Coordenador de
Financiamento e Contratualização

"Visto com muito interesse pela profundidade da análise
e ambição demonstrada a médio prazo. Quanto às
prioridades propostas, concordo com a escolha da diabetes
e DPCO para 2010 e 2011. Entendo que a não referência à
insuficiência renal crónica (hemodiálise), já em vigor no
actual modelo convencionado e nos contratos-programa com
os Hospitais do SNS, deve ser entendido como prioridade
para 2009.

2009.09.02

a) Francisco Ramos

Secretário de Estado Adjunto e da Saúde"

Com os melhores cumprimentos,

A Chefe do Gabinete

[Assinatura]

(Teresa Oleiro)

/FC

[Assinatura]

14.6.09

Visto com muito interesse pela profundidade de análise e antiguidade de um estudo prático. Quando as prioridades propostas coincidem com a escolha da dieta e DPCO/PCN 2010 e 2011. Entendo que a referência à insuficiência renal crónica (hemodialise) já em vigor no nível dos cuidados de saúde primários e um trabalho-piloto com hospitais do SNS deve ser entendido como

22
26.06.09
1/25



- meta-se de um memorando de enquadramento estratégico das questões de GID que me parece de maior relevância e interesse;
- é feito um enquadramento do papel de ACSS / UOFC neste âmbito e uma proposta de prioridades de actuação (relas as limitações de RH actuais) que mereça a minha aprovação (p. 23);

- proposta de aprovação do documento em CD. Sendo aprovado como
- Ana Sofia Ferreira Vogal
- primária p. 23.6.09
- Análise em reunião de 20.9.09.02
- de 24.6.09. Deliberação:
- aprova as prioridades de actuação interna;
- divulga internamente para a noii

De: Director Coordenador de Financiamento e de Contratação
Alexandre Lourenço

A: Senhora Vogal do Conselho Directivo
Dra. Ana Sofia Ferreira

Informação Nº 100/2009

Data: 22/04/2009

ASSUNTO: Memorando sobre gestão da doença

- Remete para conhecimento do Gabinete da Sr. Ministra e da Sr. Secretária de Estado Adjunta e da Saúde e do F. Gerente de Estado da Saúde;

Em Portugal, o estudo dos princípios que estiveram na base dos modelos de gestão da doença, a sua adaptação e a estruturação global de um modelo que pudesse ser implementado tiveram um impulso decisivo durante o ano de 2007, por iniciativa do então Sr. Secretário de Estado da Saúde que incumbiu a Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS) e a Direcção-Geral da Saúde de desenvolverem as actividades e iniciativas necessárias. Esta parceria foi posteriormente reforçada através da emissão do Despacho 23/2008, de 13 de Março de 2008 e complementada com a participação da Escola Nacional de Saúde Pública enquanto parceiro científico.

O trabalho desenvolvido deu origem ao modelo experimental de Gestão Integrada da Doença que, para além da gestão clínica da doença, incorpora, também, a reorganização do modelo de prestação de cuidados e um modelo de financiamento específico, assentes num sistema de informação que permite a monitorização e avaliação constante deste processo.

- Remete para conhecimento à DGAS e unidade do Ministério da Saúde Primária

De forma a sistematizar e hierarquizar as patologias a incluir, prioritariamente, em futuras aplicações do modelo de Gestão Integrada da Doença, recorreu-se a uma metodologia de análise qualitativa de dados - Painel Delphi - com a participação de peritos de reconhecido mérito, em representação das principais entidades intervenientes no sistema de saúde português.

nr. 6.09

De acordo com o parecer consensualizado por peritos nacionais, as patologias identificadas são aquelas que se configuram como prioritárias em termos de uma acção estratégica do ponto de vista da Gestão Integrada da Doença, pois são as que apresentam, de forma mais significativa, possibilidade de

Administração Central do Sistema de Saúde, IP

MINISTÉRIO DA SAÚDE	
Gabinete LEAS	
Entrada Nº 7392	Data 25/06/09
Class. 160.05	Proc.º 109

Manuel Teixeira Presidente

uniformização das práticas dos profissionais, capacidade de coordenação de cuidados, magnitude epidemiológica, elevado peso orçamental, severidade da incapacidade, possibilidade de auto-controlo e precocidade da incapacidade.

N.º	PATOLOGIA
1	Diabetes
2	Insuficiência Cardíaca
3	Hipertensão Arterial
4	Asma
5	Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica
6	HIV/Sida
7	Cancro da Mama Feminino
8	Depressão
9	Cancro do Colo Rectal
10	Doenças Reumáticas Degenerativas

Apesar desta indicação, em Portugal iniciou-se a aplicação do modelo experimental de Gestão Integrada da Doença a uma patologia escolhida por motivos de oportunidade: insuficiência renal crónica. Adicionalmente, a gestão integrada da doença tem estado envolvida em processos relacionados com a esclerose múltipla, a diabetes (incluindo retinopatia diabética), a artrite reumatóide, a doença pulmonar obstrutiva crónica, e com o tratamento cirúrgico da obesidade. Supõe-se que esta selecção casuística de condições tem estado relacionada com as dinâmicas próprias de diferentes programas de saúde em detrimento da definição de prioridades técnicas. Consequentemente, o processo de selecção das condições inibe a obtenção de mais valias do modelo de gestão da doença.

Adicionalmente, têm sido detectadas lacunas, descritas em documentos próprios, ao nível da organização da prestação de cuidados e modelo de financiamento. Se muitas destas situações podem ser explicadas pela incapacidade dos sistemas de informação responderem às expectativas criadas, outras denotam fragilidade na operacionalização de conceitos no contexto do sistema de saúde.

Assim, dados os constrangimentos e dúvidas encontrados ao nível da aplicabilidade do modelo, importa compreender a gestão da doença na óptica da ACSS, de forma a perceber o seu papel e enquadrar tecnicamente esta área no seu seio. Para tal, é necessário revisitar os fundamentos da gestão da doença, e analisar a aplicação do modelo em Países com sistema de saúde similar ao Português.

1. Carga económica e epidemiológica da Doença Crónica

Todos os governos do mundo desenvolvido têm um claro interesse na redefinição da indústria de prestação de cuidados de saúde. Um dos pontos comuns a todos os sistemas de saúde é a escassez de recursos face à contínua e crescente procura. A despesa continua a aumentar, ano após ano, em todos os países da OCDE (OECD, 2007). Na generalidade, os dois maiores factores para o aumento da despesa são as novas tecnologias e o envelhecimento populacional, acrescendo outros factores, como o

aumento da incidência de doenças crónicas, aumento da obesidade, aumento do consumismo e o impacto de doenças infecciosas emergentes, como a SARS ou, mais recentemente, a Epidemia de Gripe¹.

A despesa do sector da saúde é crescente e a pressão para a sua contenção é elevada. Nas duas últimas décadas, as políticas públicas no campo da saúde tiveram como objectivo a contenção de custos e a redefinição dos limites da prestação de cuidados de saúde. As reformas específicas variam entre os diferentes países, mas contam com uma cada vez maior percepção da realidade de mercado e necessidade de justificação das intervenções médicas com base na efectividade e eficiência². Dada a necessidade de contenção da despesa em saúde e aumento dos ganhos em saúde, um pouco por todo o mundo estão a desenvolver-se iniciativas de gestão da doença³.

Vários estudos têm demonstrado que uma pequena percentagem da população é responsável por uma elevada proporção dos custos com a saúde num determinado ano. Aproximadamente 1% da população é responsável por cerca de um quarto da despesa, 5% por cerca de metade, e 10% responsável por mais de dois terços. Apesar do crescente peso relativo dos medicamentos na despesa global, esta distribuição é extraordinariamente consistente entre diferentes grupos populacionais e ao longo do tempo⁴⁻⁷.

Em 2004, o *Department of Health* britânico estipulou a gestão da doença como prioridade chave para o sistema de saúde, assumindo que a doença crónica era responsável por 78% da despesa com cuidados de saúde no Reino Unido. Apenas 2% dos doentes com doenças crónicas são responsáveis por 30% dos internamentos não programados e de 80% das consultas de medicina geral⁸.

A doença crónica é a maior causa de morte e doença na Europa, existindo uma tendência de aumento da sua expressão. Em 2005, para a região europeia da Organização Mundial de Saúde (OMS), estimou-se que a doença crónica é consequência de 77% de todos os *Disability-Adjusted Life Years* (DALYs) e de 86% das mortes prematuras. Para o futuro, a doença crónica continuará a ser a maior causa de morte e incapacidade na Europa⁹. Enquanto se estima que as mortes por acidente vascular cerebral irão diminuir entre homens e mulheres, espera-se que as mortes associadas a alergias/ asma/ DPOC (doenças crónicas pulmonares), diabetes e demência irão aumentar 25%, 33% e mais de 50%, respectivamente em 2030¹⁰. Recentemente, e no âmbito da União Europeia, foi reconhecido que estes dados apontam para sérios custos económicos e consequências em termos de qualidade de vida, produtividade (aumento do absentismo, diminuição da capacidade de mão obra), diminuição de rendimentos individuais, aumento das reformas precoces e aumento dos custos em saúde como parte do Produto Interno Bruto¹¹.

Assim, e considerando o peso económico e epidemiológico da doença crónica e de acordo com a missão e as atribuições da ACSS, a gestão da doença crónica merece a nossa especial atenção.

2. Reforma dos sistemas de saúde e a gestão da doença

Duas palavras entraram no léxico da reforma: *managed care* ou, numa tradução livre, cuidados geridos. Existem três dimensões de *managed care*: política de saúde, gestão do sistema (como a política é administrada) e a gestão da doença (como é que o sistema lida com as diferentes do doenças). As diferentes dimensões interagem de forma a prestar cuidados de saúde e conter a despesa. O *managed care* funciona sobre um denominador comum: modificar as acções dos profissionais de saúde de forma a eliminar os tratamentos inapropriados e assegurar a prestação de cuidados custo efectivos¹². A prestação de cuidados pode ser modificada de três formas: (1) desenvolvimento de rede e selecção dos melhores prestadores; (2) definição de incentivos e (3) desenvolvimento de orientações para a combinação dos anteriores¹³.

De forma a fortalecer o conceito de *managed care* os modelos de pagamento foram sendo alterados. O pagamento por serviço (*fee-for-service*) foi sendo substituído por mecanismos de financiamento baseados na capitação, passando os cuidados de agudos da maior fonte de rendimento para a maior causa de prejuízo¹⁴. Dois movimentos foram sendo observados: (1) movimentos horizontais e verticais de integração dos prestadores e (2) estratégias de integração de cuidados de forma a lidar com patologias específicas. As várias formas de organização variaram entre os hospitais e mercados. No entanto, o seu desempenho económico foi uniformemente insatisfatório¹⁵. Paralelamente, outro vértice do *managed care* foi sendo desenvolvido – a gestão da doença. Desta forma, dada a necessidade de contenção da despesa em saúde e aumento dos ganhos em saúde, um pouco por todo o mundo foram sendo desenvolvidas iniciativas de gestão da doença³.

Até Agosto de 2007, a Associação Americana de Gestão da Doença (DMAA, *Disease Management Association of America*) definia a gestão da doença como um sistema que coordena as comunicações e intervenções do sistema de saúde direccionadas a populações com condições de saúde em que os esforços do auto-cuidado são significativos¹⁶. Tradicionalmente, a gestão da doença foca-se nas cinco mais expressivas doenças crónicas: **cardiopatia isquémica, doença pulmonar obstrutiva crónica (DPOC), diabetes, asma e insuficiência cardíaca**.

Recentemente, e devido a vários relatórios colocando em causa o papel dos programa de gestão da doença no controlo da despesa¹⁷⁻¹⁹, a DMAA fez evoluir o seu conceito de gestão da doença para um modelo de base populacional (*population health improvement model*), alterando a sua designação para DMAA, *The Care Continuum Alliance*. Desta feita, a DMAA procura representar um conjunto de serviços no *continuum* de cuidados, capturando as abordagens de base populacional para manter a saúde, prevenir a doença e apoiar os doentes crónicos na gestão das suas condições²⁰. Este modelo descreve os elementos para um sistema de saúde completamente interligado, alavancado em equipas de prestadores focadas em cuidados de saúde pró-activos, coordenados e de qualidade. Esta nova abordagem salienta três componentes: (1) o papel central na prestação de cuidados e liderança do



médico dos cuidados de saúde primários; (2) a importância crítica do envolvimento e responsabilidade pessoal do doente; (3) o foco no doente e a capacidade para coordenar a prestação de cuidados através do bem-estar, e programas de gestão da doença crónica.

Ou seja, os programas de gestão da doença passam a ser parte de uma abordagem baseada na prestação de cuidados ao nível dos cuidados de saúde primários que assegure a participação dos doentes e a coordenação e/ou integração de cuidados entre diferentes níveis de prestação.

3. Da gestão da doença ao modelo de melhoria da saúde de base populacional

Um dos advenços da gestão da doença foi o desenvolvimento de sistemas de monitorização da glicose no início dos anos 80. Após a introdução tecnologia de monitorização do nível de glicose, os doentes puderam responsabilizar-se pela sua diabetes. Ao longo do tempo, os médicos e os enfermeiros educaram o doente a controlar os seus próprios cuidados.

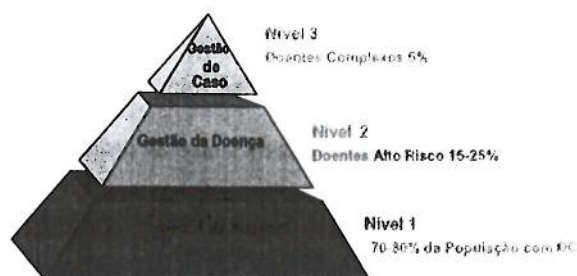
Em 2005, 96% das entidades pagadoras americanas tinham programas de gestão da doença, quer desenvolvidos internamente, quer adquiridos a *Disease Management Organizations* (DMOs), ou mesmo híbridos, tendo-se verificado alguns efeitos positivos²¹. Por exemplo, uma revisão sobre a gestão da diabetes demonstrou uma melhoria em pelo menos um dos indicadores de processo ou resultado (32 dos 39 estudos revistos)²². No entanto, quer em termos de ganhos em saúde e/ou redução da despesa, os resultados dependem da qualidade do desenho e implementação de cada programa individualmente²¹. Por exemplo, um recente estudo sobre um programa de gestão da asma demonstrou a diminuição no número de idas ao serviço de urgência, hospitalizações e demora média²³.

Em modelos de prestação integrados, como a *Kaiser Permanente*, a gestão da doença é parte integrante do sistema, verificando-se um aumento da qualidade e número dos serviços prestados²⁴ e poupança para os empregadores, através da diminuição do absentismo e aumento da produtividade²⁵. O processo de gestão da doença maturou dentro da *Kaiser Permanente*, tendo-se expandindo para o auto-cuidado (educação médico-doente e enfermeiro-doente, educação comunitária, visitas de enfermagem e materiais de educação), selecção de doentes (abordagem multidisciplinar), plano de cuidados, orientações terapêuticas e monitorização²¹.

A pirâmide, adaptada da *Kaiser Permanente*, demonstra as diferenças entre os principais grupos de acordo com a estratificação do risco e do apoio necessário. Este processo de estratificação identifica os doentes complexos, que necessitam de intervenções mais intensivas, que podem incluir o acompanhamento domiciliário e/ou telefónico, mais ou menos intensivos, os doentes menos graves, que podem necessitar apenas de educação e *follow-up* mais ligeiro, bem como aos indivíduos com



comportamentos de risco, visto que a Gestão da Doença disponibiliza intervenções para todas as fases evolutivas da doença, incluindo a prevenção.



Quando comparado com modelos verticais integrados virtualmente (*independent practice associations* - IPAs¹), com pequenos grupos médicos independentes (1 a 10 médicos) e grandes grupos médicos (mais de 11 médicos), a *Kaiser Permanente* apresenta uma proporção muito superior de penetração e satisfação dos médicos com os programas de gestão da doença²⁶.

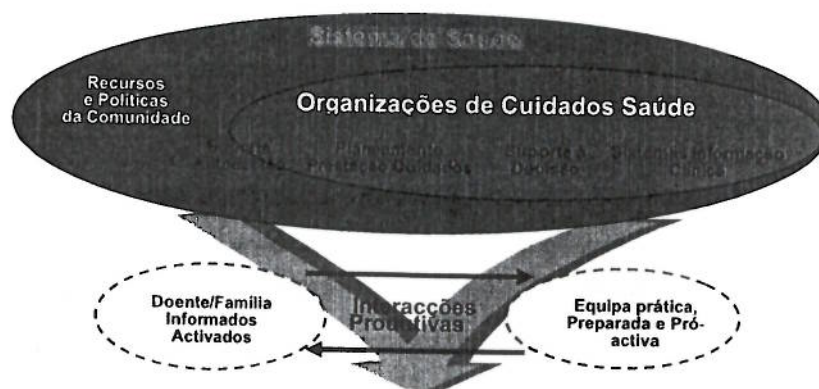
Recentemente, os *Centers for Medicare and Medicaid Services* (CMS) conduziram o projecto *Medicare Health Support* (MHS) organizado em duas fase distintas com o objectivo de avaliar o impacto financeiro dos programas de gestão da doença. A Fase I do MHS constituiu-se num projecto a três anos desenhado para testar uma variedade de intervenções de gestão de caso a beneficiários *fee-for-service Medicare* com insuficiência cardíaca ou diabetes, envolvendo aproximadamente 20,000 pessoas no grupo intervencionado e 10,000 pessoas no grupo controlo. A Fase I do projecto envolveu várias empresas de gestão da doença (e.g. *Aetna Health Management, CIGNA Health Support, Health Dialog Services Corp., Healthways, and McKesson Health Solutions*) seleccionadas através de um processo competitivo em 8 estados americanos e o Distrito de Columbia. A Fase II iria expandir o programa baseado nos ensinamentos da Fase I. Os CMS estabeleceram metas nas áreas de qualidade clínica, satisfação dos doentes, e negociaram com os programas de gestão uma redução de 5% dos custos *Medicare* (em Dezembro de 2007, os CMS alteraram este objectivo para a neutralidade orçamental)¹⁹. O programa iniciou-se entre Agosto de 2005 e Janeiro de 2006, tendo os CMS decidido, contra a DMAA, terminar a Fase I em Janeiro de 2008. Até Abril de 2008, os CMS tinham despendido 360 milhões de dólares sem que nenhuma das metas tenha sido cumprida²⁷. Estes dados têm compelido os decisores norte-americanos a uma aproximação aos modelos de base populacional, sustentados na prestação de cuidados de saúde primários.

¹ As IPAs são associações de grupos médicos independentes que normalmente detêm contratos de prestação com HMO através de capitação ou pagamento por serviço

No entanto, enquanto País, os EUA continuam a ser um *outlier* entre os Países industrializados pela complexidade do seu sistema de saúde, pela incapacidade em prestar universalmente os cuidados de saúde, e pelos piores resultados de saúde em doenças crónicas quando comparados com a Europa³. Mesmo assim, a maioria dos modelos de cuidados adoptados na Europa têm a sua origem nos EUA²⁸.

Não sendo surpreendente, a maioria das abordagens adoptada entre os diferentes países europeus reflecte as características de cada sistema de saúde, quer em termos de mecanismos de governação, financiamento e prestação de cuidados de saúde, quer em termos de inter-relação, responsabilidades e regulação dos diferentes *stakeholders*²⁸. No entanto, emergem muitas características comuns a todos os países.

O sistema mais utilizado para a gestão da doença é o *Chronic Care Model*, desenvolvido com base numa pesquisa bibliográfica, testada por um painel de peritos, e subsequentemente aplicado em Seattle²⁹. É um modelo que transcende a especificidade de cada uma das doenças crónicas e tem como vantagens possibilitar cuidados abrangentes e sistemáticos. O modelo que reconhece a inserção do sistema de saúde na comunidade e define, no nível prático da prestação dos cuidados, quatro componentes técnicas baseadas na evidência, que permitem a materialização das intervenções mais custo-efectivas para os doentes: suporte à autogestão, planeamento da prestação de cuidados, mecanismos de suporte à decisão e sistema de informação clínica^{22, 30}.



Países como a Alemanha, oferecem livre escolha de médicos de família e especialistas de ambulatório, e os cuidados de ambulatórios estão estritamente separados do sector hospitalar (entenda-se internamento). Adicionalmente, os médicos tendem exercer em consultórios individuais. Como consequência, a abordagem germânica é muito similar à norte-americana caracterizando-se pelo desenvolvimento de programas de gestão da doença (DMPs) destinados a patologias específicas.

Pelo menos quatro características do sistema de saúde favoreceram a introdução dos programas de gestão da doença (DMPs): (1) livre-escolha entre os fundos de doença desde 1996, que devem equilibrar a receita e a despesa; (2) compensação risco-estrutura (RCS) entre fundos de doença tendo como objectivo diminuir as diferenças atribuídas aos níveis de risco e contribuições dos doentes (iniciada em 1994, tem sofrido várias alterações legislativas); (3) sectorização do sistema de saúde, especialmente a separação estrita entre o ambulatório e o internamento; e (4) problemas de qualidade e eficiência, especialmente em relação aos doentes crónicos³¹.

Os DMPs oferecidos pelos fundos de doença são acreditados pelo *Bundesversicherungsanstalt für Angestellte*, agência federal responsável pela supervisão dos diferentes seguros sociais³². Desde 2003, a implementação dos DMPs está intimamente ligada ao pagamento de incentivos e ao esquema estruturado de risco (RSS): os doentes em DMPs obedecem a um mecanismo específico de compensação. Em 2004, é fundado o *Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen*² (IQWiG) com objectivo de aconselhar o *Der Gemeinsame Bundesausschuss*³ (G-BA)^{33, 34}. Iniciada em 2002, a implementação dos DMPs na Alemanha continua em curso. Até ao momento, o processo parece ser bastante satisfatório: elevado número de programas (cerca de 6100); distribuição nacional homogénea; maior qualidade de cuidados; e satisfação dos doentes. O RCS, a regulamentação e requisitos rígidos dos programas, e a competição entre os fundos de doença, parecem ser a causa deste sucesso^{35, 36}.

No entanto, e apesar da facilitação da coordenação de cuidados entre o ambulatório e o hospital, os DMPs são considerados serviços adicionais, não tendo alterado estruturalmente a prestação de cuidados primários de saúde²⁸.

Tal como na Alemanha, em França denota-se uma preocupação com a falta de coordenação e continuidade dos cuidados de saúde, tanto ao nível do ambulatório como ao nível do interface entre o ambulatório e o hospital³⁷. As primeiras iniciativas foram formalizadas através de legislação sobre os direitos dos doentes e qualidade de cuidados (2002), que unificava todas as iniciativas avulsas no chapéu das "redes de saúde" (*reseaux de santé*). Estas redes tinham como objectivo reforçar a coordenação, a continuidade e interdisciplinaridade da prestação de cuidados, através do enfoque em grupos populacionais, condições de doença e actividades. Em 2004, a aprovação da lei de saúde pública define uma série de objectivos de saúde para as doenças crónicas e factores de risco. Nesta mesma

² O *Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen* (Instituto para a Qualidade e Eficiência em Saúde) é um organismo científico independente que avalia a qualidade e a eficiência nos cuidados de saúde. O instituto investiga que terapêuticas e serviços de diagnóstico são viáveis e valiosos, comunicando os seus resultados aos profissionais de saúde, doentes e público geral.

³ O *Der Gemeinsame Bundesausschuss* é um corpo médico autónomo formado pelas associações de médicos e dentistas (KVB, BAK), a Federação Alemã de Hospitais (DKG) e representantes dos seguros de saúde, dá a definição concreta às exigências legais e executa-as. Desde 2004, os grupos representantes dos doentes passaram a ter direito de requerimento e participação nos processos de consulta do G-BA.

altura, ocorre a reforma dos procedimentos referentes às doenças de longa duração (ALD, *affections de longue durée*), isentando os doentes de co-pagamentos se aderentes a prestadores que pratiquem recomendações baseadas na evidência²⁸. Apesar de isoladamente estas medidas parecerem positivas, parece claro não existir uma abordagem integrada da doença crónica. Existe alguma expectativa em relação à implementação do Plano Nacional de Saúde para as pessoas com doenças crónicas publicado em 2007³⁸.

Iniciativas políticas recentes para promoção da coordenação e qualidade nos cuidados crónicos

Pais	Iniciativas políticas	Objectivos/mecanismos
Dinamarca	Estratégia Nacional <ul style="list-style-type: none"> Desenvolvimento de uma Visão Nacional para o controlo da doença crónica: "Saudável ao longo da vida" (2002) Fixação de metas nacionais de aumento de esperança de vida Re - alocação de responsabilidades entre regiões e municípios Criação de centros para idosos e doentes com doença crónica (limitados ao fornecimento de serviços não-clínicos) 	<ul style="list-style-type: none"> Facilitar o acesso simplificado aos cuidados crónicos através dos "Centros Municipais" Aumentar a transparência e "accountability" através da definição de metas
Reino Unido	Estratégia Nacional <ul style="list-style-type: none"> Desenvolvimento de uma Visão Nacional para o controlo da doença crónica: "Escolhendo Saúde" (2004) Implementação da gestão por caso Estratificação do risco Equipas multidisciplinares de prestação de cuidados Novo sistema de financiamento para os Cuidados de Saúde Primários Criação dos "NHS Walk-in centres" e do "NHS - Direct" 	<ul style="list-style-type: none"> Promover o circuito pelo sistema através da gestão de casos Definir políticas de tratamento adequadas para o doente, através da estratificação e criação de <i>clusters</i> Desenvolver a gestão integrada da doença através de equipas multidisciplinares Promover o fornecimento de cuidados de saúde de elevada qualidade para determinadas doenças crónicas nos cuidados primários, através de um novo esquema de compensações Aumentar o acesso de grupos específicos de doentes aos cuidados crónicos, através da criação de múltiplos pontos de entrada
França	Estratégias Paralelas <ul style="list-style-type: none"> Criação das "Redes de Saúde" Definição de metas para indicadores de saúde e de risco Registo obrigatório e universal com a Clínica Geral 	<ul style="list-style-type: none"> Melhorar a troca de experiências entre prestadores através da criação de redes Aumentar a transparência e "accountability" através da definição de metas Incrementar a utilização de "guidelines" baseadas na evidência nos cuidados crónicos, através de incentivos financeiros



	<ul style="list-style-type: none"> • Incentivos financeiros (redução de co-pagamentos) para o fornecimento de condições de longo prazo através de "guidelines" baseadas na evidência • Melhorar o percurso pelo sistema através de um sistema universal de "captura" pelos clínicos gerais
Alemanha	Estratégias Paralelas <ul style="list-style-type: none"> • Compensação atractiva para os programas de gestão da doença (2002 e 2004) • Cuidados integrados e estruturados através do incentivo financeiro a modelos de gestão da doença
Holanda	Estratégias Paralelas <ul style="list-style-type: none"> • Criação de cuidados inter-institucionais (focados no interface entre hospitais de agudos e cenários alternativos) • Melhorar o interface entre cuidados agudos hospitalares e cuidados ambulatoriais, através de novas iniciativas/cooperação entre actores ao longo do sistema • Desenvolvimento de programas de gestão da doença • Desenvolver modelos de integração de cuidados através do financiamento da criação de programas de gestão da doença
Suécia *	Estratégias Paralelas <ul style="list-style-type: none"> • Forte ênfase nos centros de cuidados primários para os cuidados crónicos com base em "guidelines" locais e regionais • Melhorar o percurso, acessibilidade e continuidade dos cuidados através da prestação de cuidados crónicos nos CSP e cuidados crónicos de enfermagem • Melhorar a qualidade ao nível dos cuidados crónicos através do desenvolvimento de "guidelines" comuns para cuidados crónicos ao longo de fronteiras profissionais e de fornecedores ("correntes de cuidados") • Cuidados crónicos de enfermagem • Aumentar a continuidade de cuidados e acessibilidade para os doentes idosos com doenças crónicas através de estratégias coordenadas de tratamento a nível local • Desenvolvimento de correntes de cuidados • Desenvolvimento de iniciativas de "cuidados locais"

Nos Países em que os cuidados de saúde primários se baseiam em equipas multidisciplinares e em que os cidadãos estão inscritos numa estrutura específica de prestação de cuidados de saúde primários, tem-se observado um progressivo aumento do papel dos enfermeiros na gestão de muitas doenças crónicas²⁸. Nomeadamente, ao nível do desenvolvimento da prática clínica de enfermagem, da gestão de caso e planeamento de altas. Na Suécia, a prática clínica de enfermagem é comum em centros de saúde e hospitais, gerindo a hipertensão e a diabetes, e em alguns casos alergias/ asma/ DPOC, distúrbios psiquiátricos e insuficiência cardíaca. Existe alguma evidência a sugerir melhores resultados desta abordagem em relação aos cuidados tradicionais, podendo adicionalmente ter impacto na redução de custos^{39, 40}. No entanto, e dado o exercício das diferentes profissões de saúde variar entre os países europeus, devemos ter alguma cautela na generalização deste modelo.

Nos Países Baixos, o pessoal de enfermagem tem desempenhado um importante papel nos cuidados entre níveis de prestação. Desde os anos 90, enfermeiros especialistas na prestação de cuidados a doentes com doenças crónicas e enfermeiros especializadas em gestão de altas e continuidade de cuidados, têm coordenado a prestação de cuidados de saúde a doentes incapacitados de forma a criar pontes entre os cuidados secundários e outras formas de prestação⁴¹. Mais recentemente, têm sido desenvolvidos modelos de gestão da doença baseados na prática clínica de enfermagem³⁹.



No Reino Unido, em 1997, o Livro Branco *The New NHS* traçou um plano para a modernização do Sistema Nacional de Saúde Britânico⁴². Desde 1998, foram sendo estabelecidas as *National Service Frameworks* (NSFs) de forma a aumentar a qualidade e eficiência do sistema. As NSFs são estratégias a longo prazo para melhorar áreas específicas de cuidados, estabelecendo objectivos mensuráveis num determinado calendário. As NSF constituem dois grandes papéis:

- (1) Definem de forma clara os requisitos para a prestação de cuidados baseados na melhor evidência disponível de tratamentos e serviços mais efectivos para os utentes;
- (2) Oferecem estratégias e suporte às organizações de forma a poderem cumprir os requisitos.

No sentido estrito, as NSFs não são programas de gestão da doença⁴³. No entanto, representam um esforço sistemático para a melhoria dos cuidados a determinadas condições ou grupos de doentes, partilhando alguns elementos da gestão da doença. As NSFs abordam todo o curso da condição e estabelecem estratégias compreensivas de organização dos cuidados com o objectivo de melhorar os resultados. Assim, determinam padrões de cuidados nacionais baseados na evidência (incluindo intervenções organizacionais), formulam estratégias de prestação e estabelecem indicadores de desempenho e monitorização do seu progresso³². Até ao momento, as NSFs cobrem doenças neoplásicas, doenças coronárias, saúde mental, diabetes, doença pulmonar obstrutiva crónica (DPOC), e insuficiência renal. Adicionalmente, abrangem grupos de utentes-chave, como os idosos e as crianças.

Por outro lado, existe uma considerável diversidade a nível local na resposta à doença crónica. No entanto, os pontos comuns identificados incluem a prática clínica de enfermagem, incluindo enfermeiros especialistas como gestores de caso de doentes com necessidades complexas (*"community matrons"*), e equipas multidisciplinares. Adicionalmente, a remuneração dos médicos de família (*"general practitioners"*, GP) está associada, explicitamente, ao cumprimento de indicadores relacionados com a qualidade de cuidados e resultados em saúde, através da aplicação de incentivos económicos.

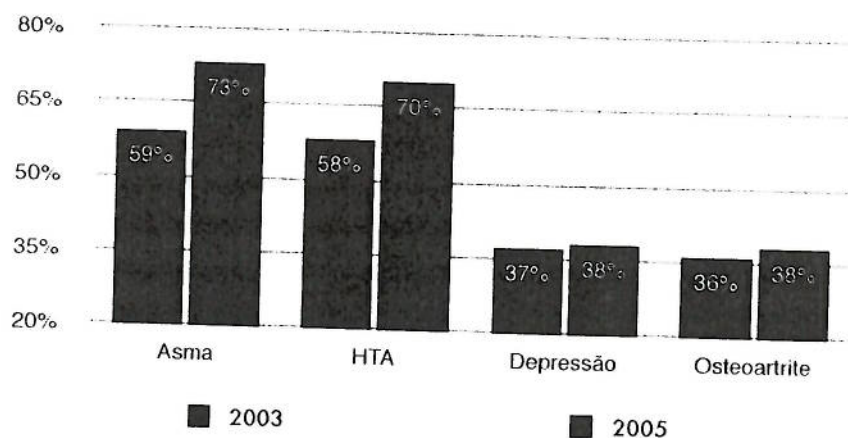
De facto, nos últimos anos tem-se assistido a um interesse crescente sobre o pagamento de incentivos financeiros no âmbito da prestação de cuidados de saúde⁴⁴. Este conceito abarca várias nomenclaturas, e.g. pagamento por desempenho, *pay-for-performance* (P4P), pagamento por resultados ou *"value based purchasing"*. Neste conceito, os profissionais de saúde ou prestadores recebem mais dinheiro se os seus indicadores de qualidade excederem determinados critérios ou melhorarem de ano para ano⁴⁵. Apesar da limitada evidência, esta proposta tem sido advogada com o objectivo de acelerar a melhoria da qualidade da prestação de cuidados de saúde e mais especificamente na gestão da doença crónica¹¹. A falta de qualidade está relacionada com o aumento dos custos através da ineficiência, prolongamento da necessidade de cuidados e necessidade de tratamentos e cirurgias complementares⁴⁶. Os programas de pagamento por desempenho têm como objectivo fortalecer a melhoria da qualidade, premiando a



excelência e minorando as perversidade das modalidades de pagamento, nomeadamente a deterioração do acesso e o desinvestimento em qualidade⁴⁷.

Um recente artigo analisa, retrospectivamente, a gestão de três condições crónicas (asma, doença coronária e diabetes tipo 2), através da observação de uma *cohort* de locais de prestação de cuidados de saúde primários, em Inglaterra. Considerando que, a qualidade da prestação de cuidados iniciou a sua melhoria antes da aplicação de incentivos financeiros, nomeadamente, através da publicação de recomendações terapêuticas para o tratamento das mais representativas doenças crónicas e respectiva fiscalização, foram observados três pontos no tempo: 1998 e 2003 (antes da introdução do pagamento por desempenho) e 2005 (um ano após a introdução do pagamento por desempenho). A *cohort* observada é constituída por 42 locais de prestação e representativa em termos socio-económicos, em Inglaterra. A colheita de dados foi executada por pessoal técnico especializado através de registos informáticos e processos clínicos manuscritos. Dos indicadores clínicos analisados 15 estavam relacionados com a doença coronária, 12 com a asma, e 21 com a diabetes tipo 2. Destes indicadores, no ano de 2004, 30 estavam associados a incentivos financeiros e 17 não. Foram excluídos três indicadores por esta distinção não ser clara⁴⁸. Assim, os investigadores procuram avaliar a relevância do pagamento de incentivos, em Inglaterra, no aumento da qualidade na prestação de cuidados de saúde primários. Apesar de se observar uma contínua melhoria da qualidade de cuidados, para as três condições observadas, os resultados sugerem, após a introdução dos incentivos financeiros, em 2004, uma aceleração significativa dessa melhoria para a diabetes tipo 2 e asma. Considerando que, em 2004, o único programa instituído para as patologias observadas foi o pagamento de incentivos, impele os investigadores a estabelecer uma relação de causa-efeito. Um outro artigo, procurou analisar, retrospectivamente, a influência do pagamento de incentivos na melhoria da qualidade no tratamento de 4 condições crónicas (i.e. asma, hipertensão arterial, osteoartrite, depressão) em 18 pontos de prestação de CSP representativos do país. A vantagem deste artigo, em relação ao anterior, é o facto de observar duas condições de doença não abrangidas por incentivos: a osteoartrite e a depressão⁴⁹.

No que concerne às condições com incentivos (i.e. asma e hipertensão arterial) observou-se uma melhoria clara dos indicadores com incentivos e uma melhoria relativa dos indicadores sem incentivos. Quanto às condições sem incentivos não se observou praticamente nenhuma melhoria.



No entanto, e como se pode observar pelo gráfico, as condições sem incentivos associados têm indicadores-base bastante mais baixos.

Apesar disto, e conforme já observado por outros autores, são colocadas algumas reservas metodológicas a ambos os estudos e/ou viéses causados pelos programas de melhoria de qualidade em curso. Em termos metodológicos, a não existência de um grupo de controlo (os incentivos financeiros foram generalizados por todo o Reino Unido) impossibilita a atribuição cabal da aceleração da melhoria da prestação aos incentivos financeiros.

Adicionalmente, entre 2003 e 2005, não foi observada uma diferença significativa na melhoria dos indicadores associados a incentivos financeiros quando comparados com os indicadores não associados a incentivos financeiros. Esta observação poderá indiciar que o pagamento por desempenho tenha sido responsável pela aceleração da melhoria dos cuidados. No entanto, existe alguma incerteza estatística nesta observação, pelo que há autores que sugerem a possibilidade da ocorrência do "efeito halo" entre os diferentes tipos de indicador.

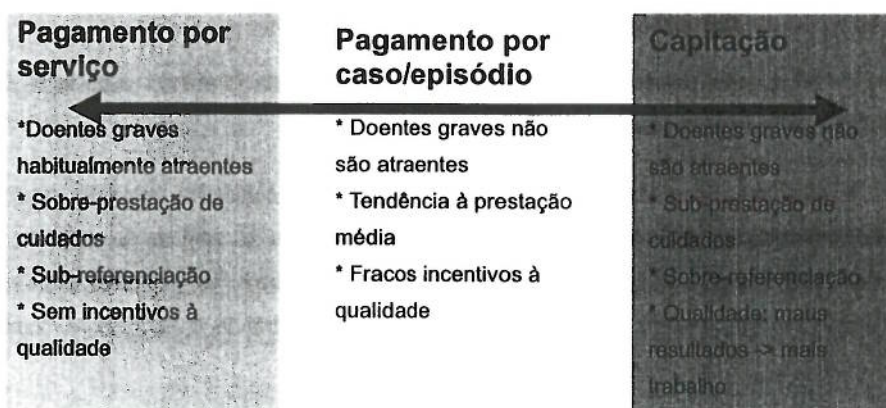
Apesar de não ser possível atribuir a responsabilidade da melhoria de cuidados por inteiro ao pagamento de incentivos financeiros, devido a limitações dos estudos já descritas, pode-se concluir que a associação entre programas abrangentes de melhoria da qualidade e programas de pagamento por desempenho pode contribuir decisivamente para a melhoria da prestação e consequentemente da saúde das populações⁵⁰. No entanto, este constrangimento em determinar a relevância do pagamento por desempenho na melhoria dos cuidados dificulta a determinação do valor financeiro a atribuir pelo cumprimento de indicadores e respectivos incentivos.

Outras questões surgem na construção de programas de pagamento por desempenho: pagamento individual ou a grupos (instituições, médicos de um departamento), selecção das medidas de desempenho mais apropriadas, pagamento pela melhoria ou pelo cumprimento da meta (EUA: 70% a



meta, 25% de melhoria), e prioridade à melhoria da qualidade das populações com sob-prestação de cuidados¹¹.

No entanto, não devem ser descuradas, as tradicionais modalidades de pagamento e o seu papel na criação de incentivos à gestão da doença crónica. De uma forma genérica, as modalidades de pagamento devem induzir um desempenho do prestador de elevada qualidade e efectividade, e promover a utilização racional de recursos no sector da saúde. Nem todas as modalidades de pagamento atingem os seus objectivos de forma semelhante. Por outro lado, muitos dos seus objectivos são igualmente desejáveis, mas mutuamente irreconciliáveis, e.g. melhoria da qualidade e contenção de custos.



As aproximações baseadas nos serviços prestados podem ser categorizadas com base na unidade de serviço, e o pagamento é tipicamente efectuado pelo comprador retrospectivamente (depois do serviço prestado). O chamado "pagamento-por-serviço" paga unidades de serviço a prestadores individuais, e.g. consultas, meios complementares de diagnóstico e terapêutica. O nível de remuneração pode ser determinado retrospectiva ou prospectivamente. Popular entre os prestadores, a tradicional forma de "pagamento-por-serviço" constitui uma "factura ilimitada" cobrada pelo médico de acordo com o mercado. A experiência nos países industrializados e, crescentemente, noutras partes do mundo, é que o "pagamento-por-serviço" está correlacionado com um pronunciado aumento no volume e na despesa geral com a saúde. Uma resposta no curto-termo para o crescimento da despesa sob esta modalidade de pagamento tem sido a limitação da despesa total no lado da oferta e alguma partilha de custos pelos doentes de forma a minimizar o risco moral - co-pagamentos⁵¹.

Durante os últimos vinte anos, surgiram novas e mais sofisticadas formas de pagamento como as unidades de pagamento a serem mais abrangentes e vistas de uma forma prospectiva. Os pagadores adoptaram um pagamento fixo para produtos definidos que mimetizam todos os episódios clínicos, como a cirurgia de ambulatorio e os episódios de internamento. Esta forma de pagamentos fixos, se administrada correctamente, controla os custos e aumenta a eficiência interna das instituições, retirando

incentivos económicos à sobreprodução. Os *Diagnostic Related Groups* ou, em Portugal, Grupos de Diagnóstico Homogéneo, são o melhor exemplo. Também existem exemplos de orçamentos prospectivos relacionadas com os *outputs*. Ou seja, orçamentos globais para o volume de cuidados: serviços de internamento ou serviços de ambulatório. Em muitos países da UE, e em Portugal, uma parte relativa dos orçamentos hospitalares está relacionada com o índice case mix, custo e volume de cuidados esperados.

No entanto, estes métodos orientados prospectivamente podem estar relacionados com custos e mescla de serviços de anos anteriores. Quanto maior for a abrangência dos serviços, maiores os incentivos para fornecer cuidados custo-efectivos e mesmo incluir serviços de prevenção. O prestador está pressionado para inovar na redução de custos, através de tratamentos alternativos menos onerosos, e prestar cuidados custo-efectivos. Paralelamente, os prestadores têm um novo incentivo para cortar nos cuidados desnecessários, podendo seleccionar clientes de menor risco e reduzir a qualidade de cuidados de forma a reduzir a sua despesa e o seu risco. Outro aspecto é a transferência de doentes de maior risco para outros prestadores quando tal é desnecessário⁵²⁻⁵⁶.

	PREVENÇÃO	PRESTAÇÃO/PRODUÇÃO DE SERVIÇO	CONTENÇÃO DE CUSTOS
PAGAMENTO POR SERVIÇO	+/-	+++	---
DIÁRIA	+/-	+++	---
POR EPISÓDIO (E.G. DRG)	+/-	++	++
ORÇAMENTO GLOBAL	++	+	+++
CAPITAÇÃO	+++	+	+++

As normas de base populacional encorajaram um certo grau de equidade (*input-dominated equity*). Alguns países utilizam a capitação, resultando num valor fixo por indivíduo para um conjunto de serviços num determinado período de tempo⁵⁷. De uma forma genérica, os modelos de pagamento por capitação não estão ajustados ao risco e custo associado às doenças crónicas⁵⁸. Os prestadores que se responsabilizarem especialmente pelas necessidades de saúde podem enfrentar enormes perdas financeiras. Os prestadores reconhecidos pela excelência de cuidados em algumas patologias podem ter uma maior capacidade de atracção que outros prestadores. Este factor poderá desencorajar a prestação dos cuidados apropriados e compreensivos⁵⁹. Assim, de forma a ajustar o pagamento ao previsível risco, encorajar a prestação de cuidados de excelência para as condições mais onerosas, promover a inovação de estratégias de prestação especialmente desenhadas para as pessoas com incapacidade, e evidentemente, reduzir o risco associado à prestação, têm sido desenvolvidos vários modelos de avaliação do risco com base na carga de doença⁶⁰.

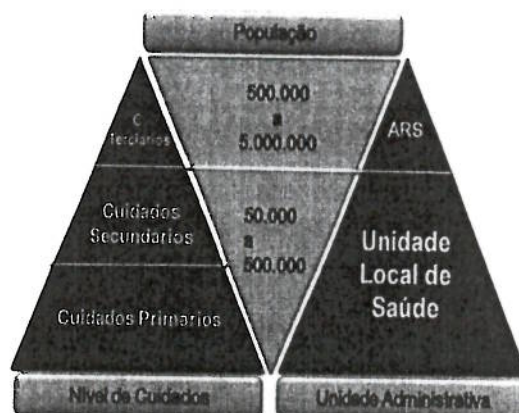
Assim, a prestação e coordenação de cuidados de saúde apropriados e custo-efectivos, tal como o cumprimento de metas para a saúde da população deve ser explicitamente reconhecida e devidamente recompensada por forma a criar valor. Para melhor atingir este fim, os pagadores, compradores, prestadores, profissionais de saúde e doentes devem promover e assegurar o correcto reembolso da coordenação de cuidados, actividades de referenciação e adopção dos processos desejados, tal como o cumprimento de recomendações clínicas baseadas na evidência.

Em vários países têm sido implementadas outras medidas inovadoras de pagamento aos prestadores com o objectivo de melhor gerir a doença crónica. A título de exemplo, na Dinamarca é definido um pagamento anual para uma carteira de cuidados por indivíduo com uma condição crónica; na França é atribuído um bónus por doente aos médicos que actuem como *gatekeepers* e apliquem protocolos clínicos a doentes com doenças crónicas; na Alemanha é atribuído um bónus por recrutamento e documentação de doentes para DMPs¹¹.

4. O enquadramento nacional

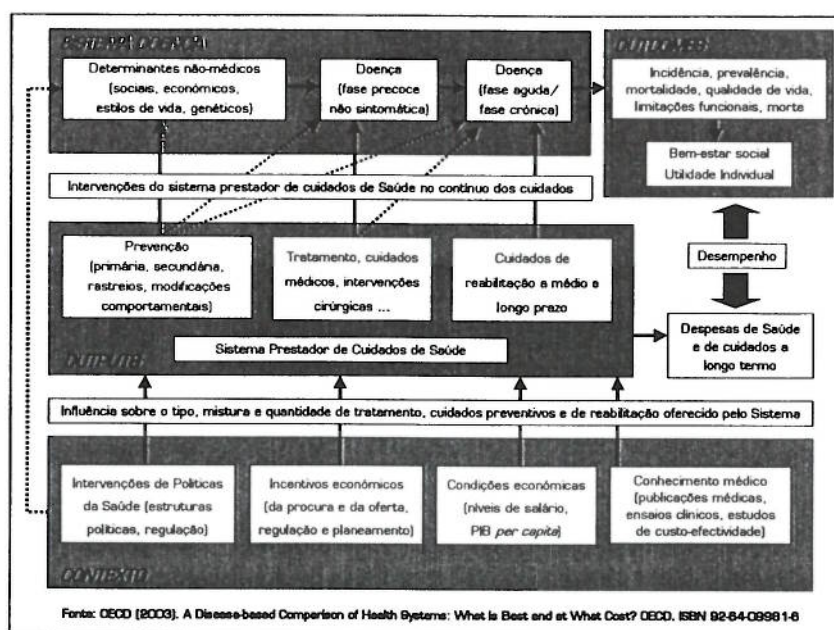
Em Portugal, a prestação de cuidados de saúde tem sido tradicionalmente categorizada e analisada em dois níveis de prestação: Cuidados de Saúde Primários, Cuidados de Saúde Diferenciados (Secundários e Terciários). No entanto, e na generalidade, os limites entre estes sectores podem ser ambíguos ou indistintos. Cada um destes sectores pode ser considerado como um subsistema de todo o sistema de saúde, possuindo cada um a sua própria cultura, um grau de desenvolvimento dos modelos de governação e financiamento distintos. Invariavelmente, os dois sectores sobrepõem-se, esperando-se que o doente siga um percurso linear através deles. Não obstante, e em muitos casos, os dois sectores são estanques e não comunicantes, podendo os cuidados ser prestados simultaneamente em diferentes sectores.

Com o intuito de aumentar a coordenação da prestação entre níveis de cuidados foram criadas as Unidades Locais de Saúde de Matosinhos (1999), Norte Alentejano (2007), Guarda (2008), Baixo Alentejo (2008) e Alto Minho (2008). É commumente aceite que o elevado nível de desempenho assistencial deste tipo de organizações é atingido através do fortalecimento do papel dos cuidados de saúde primários como gestores do doente, da aplicação de orientações terapêuticas de modelos de gestão da doença, do desenvolvimento de sistemas de informação clínica integrados, e dos instrumentos de contratação de serviços. No entanto, ainda existem vários constrangimentos à real implementação do modelo, nomeadamente a imaturidade do modelo de governação, os sistemas de informação e as modalidades de pagamento aplicadas.



O Plano Nacional de Saúde 2004-10 (PNS) considera, a par das estratégias centradas na família e no ciclo de vida, a gestão integrada da doença, seja ela infecciosa ou crónico-degenerativa, como prioritária e estratégica. Através da identificação de prioridades, do desenvolvimento de planos e programas, da criação de normas e de sistemas de monitorização e vigilância, tenta-se criar um contexto que torne possível a gestão mais racional da doença por todos os envolvidos: pacientes, administradores, gestores, médicos hospitalares, médicos de saúde pública, médicos especialistas em medicina geral e familiar, enfermeiros ou outros profissionais como os de reabilitação⁶¹. De acordo com o PNS, o desenvolvimento de programas de gestão da doença levará a implementar a abordagem sistematizada da prevenção destas doenças e a operacionalizar e incrementar a rede de cuidados continuados, criando respostas intermédias efectivas, entre os centros de saúde e os hospitais de agudos, dirigidas a pessoas com situações crónicas agudizadas, que não requeiram alta tecnologia diagnóstica e terapêutica hospitalar, ou com situações incapacitantes, que requeiram elevado investimento de reabilitação e de recuperação global. Por outro lado, haverá uma maior necessidade de se definir e identificar, legal e funcionalmente, as doenças crónicas e doenças crónicas auto-controláveis, de forma a que esta população possa usufruir de um melhor acesso aos cuidados de saúde que são inerentes à gestão da sua doença.⁶¹.





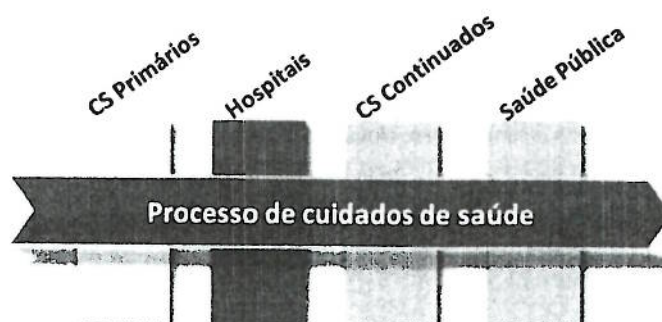
À data da publicação do PNS, reconhecia-se a falta de uma estratégia de integração efectiva dos diversos níveis de cuidados e a falta de articulação com o sector privado da saúde e da sua integração na rede de cuidados. No entanto, as respostas estratégicas continuavam a assumir a visão de redes de prestação de cuidados estanques (i.e. rede de cuidados de saúde primários, redes de cuidados hospitalares, redes de cuidados continuados) traduzidas em 40 programas nacionais, que apesar de integradores de muitos programas e de acções avulsas e descoordenadas, continuavam a ser essencialmente sectoriais e desintegrados. Mesmo assim, o PNS destaca as infeções sexualmente transmissíveis (IST), a infecção por VIH e SIDA, outras doenças transmissíveis, o cancro, as doenças do aparelho circulatório, outras doenças crónico-degenerativas, a saúde mental e as doenças psiquiátricas, a dor, e os traumatismos, ferimentos e lesões acidentais.

Nos últimos quatro anos, tem sido dado um particular enfoque aos cuidados de saúde primários e à sua importância na ligação ao utente, por serem o primeiro acesso deste aos cuidados de saúde. Na verdade, os centros de saúde constituem o primeiro acesso dos cidadãos à prestação de cuidados de saúde, assumindo importantes funções de promoção da saúde e prevenção da doença, prestação de cuidados na doença e ligação a outros serviços para a continuidade dos cuidados. A evolução da prestação de cuidados de saúde, caracterizada por uma crescente complexidade técnica, bem como a exigência de multidisciplinaridade na prestação de cuidados de saúde centrados no cidadão, e orientados para a obtenção de ganhos em saúde, tornaram inevitável a reestruturação dos centros de saúde, com especial ênfase para a criação de Unidades de Saúde Familiar (USF). As USF são pequenas unidades operativas dos Centros de Saúde com autonomia funcional e técnica, que contratualizam objectivos de acessibilidade, adequação, efectividade, eficiência e qualidade, e que garantem aos cidadãos inscritos,

uma carteira básica de serviços. Ora, os objectivos de desempenho assistencial estão relacionados com a gestão da doença crónica (i.e. cancro, diabetes, hipertensão) e programa de saúde das crianças, sendo que o seu cumprimento está associado à aplicação de incentivos financeiros. Adicionalmente, a remuneração dos profissionais, para além das áreas referidas, está também dependente do cumprimento de objectivos relacionados com a vigilância de mulheres em planeamento familiar e grávidas.



No contexto do sistema de saúde português, parece claro que, o sucesso dos mecanismos de gestão da doença está dependente da reforma em curso do cuidados de saúde primários e da forma como estes se articulam com os restantes níveis de cuidados. Como reconhece o grupo consultivo para a reforma dos cuidados de saúde primários, "às pessoas interessa circular facilmente, sem barreiras artificiais, entre os vários "sectores" dos Serviços de Saúde, de forma a assegurar a continuidade, e qualidade (bons resultados) dos cuidados de saúde"⁶². Ora neste contexto, os prestadores de cuidados de saúde primários devem adoptar uma abordagem de "navegador de doentes" pelo sistema de saúde. Papel este, já compreendido nos vastos conceitos de Médico de Família e Enfermeiro de Família, e previsto para as Unidades de Saúde Familiar.



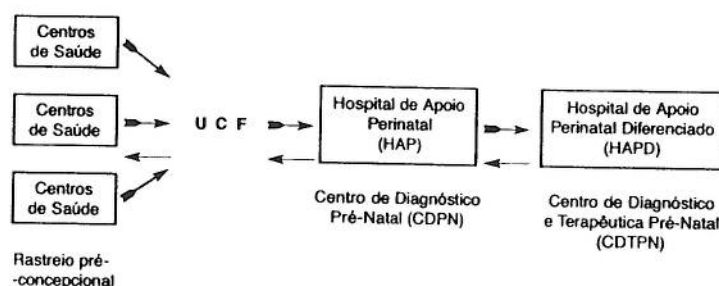


Paralelamente, no âmbito do desenvolvimento de cuidados de longa duração e ajuste de respostas adequadas ao envelhecimento individual e a alterações de funcionalidade, constituiu-se a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, RNCCI. Este novo modelo organizacional, criado pelos Ministérios do Trabalho e da Solidariedade Social e da Saúde, é formado por um conjunto de instituições públicas e privadas que prestam cuidados de saúde e de apoio social a pessoas que, independentemente da idade, se encontrem em situação de dependência e com perda de autonomia. A prestação de cuidados da rede é assegurada por unidades de internamento, unidades de ambulatório, equipas hospitalares e equipas domiciliárias. As unidades de internamento são organizadas de acordo com a sua finalidade clínica em unidades de convalescença, média duração e reabilitação, longa duração e manutenção, e cuidados paliativos. Desde 2005, foram criadas um total de 3.084 respostas de internamento e cerca de 3.600 respostas domiciliárias (ECCI+ECSCP).

Apesar deste recente esforço, o sistema de saúde continua, genericamente, avesso à mobilidade vertical do utente, demonstrando-se a necessidade de criação de mecanismos que favoreçam a recentralização do sistema no doente. Em alternativa a olhar os cuidados de saúde como uma série de episódios ou contactos esporádicos com o sistema de saúde, o sistema deve ver os doentes como entidades experimentando o curso da sua doença⁶³.

Excepcionalmente, o programa de saúde materno-infantil (PSMI) tem demonstrado uma preocupação especial na articulação entre os diferentes níveis de cuidados. Os cuidados de saúde materno-infantis implicam áreas de saber multidisciplinares e envolvem uma estrutura muito vasta e complexa de profissionais e serviços de nível primário e hospitalar, constituindo um factor determinante para o progresso dos indicadores neste domínio. Este conceito tem presidido ao desenvolvimento do PSMI, daí decorrendo a necessidade de uma constante e rigorosa articulação e integração funcional das actividades prosseguidas nos diferentes níveis de cuidados, bem como o estabelecimento de uma rede nacional de referência interinstitucional. Para facilitar a articulação funcional entre os dois níveis de cuidados, foram instituídas, em todo o território do continente, as Unidades Coordenadoras Funcionais (UCF), que se têm mostrado, na sua generalidade, instrumentos positivos no estabelecimento de uma metodologia dialogante entre instituições que devem actuar em complementaridade, quer na identificação de carências e constrangimentos locais, quer no garante da continuidade dos cuidados (Despachos 6/91, de 20 de Junho, e 12 917/98, de 27 de Julho). Foram, ainda, institucionalizados, como suporte e garantia da circulação eficaz da informação clínica entre o clínico geral e o especialista hospitalar, o Boletim de Saúde da Grávida e o Boletim de Saúde Infantil e Juvenil (Despacho 1/91, de 1 de Fevereiro).





Pelo exposto, importa reflectir no seio da ACSS a definição de orientações estratégicas e acompanhamento da implementação de processos de gestão da doença. Pelas relevâncias económica e epidemiológica da doença crónica na própria sustentabilidade do SNS, julga-se necessário um acompanhamento formal da gestão da doença ao nível do Conselho Directivo da ACSS com vista a desenvolver e implementar uma estratégia de longo prazo no seio do Serviço Nacional de Saúde. Esta estratégia deverá ser baseada num modelo de base populacional sustentado nos cuidados de saúde primários e capaz de abordar os problemas da coordenação de cuidados e como tal:

1. Melhorar o acesso aos cuidados, melhorando a cobertura e o acesso em tempo útil e equitativo;
1. Melhorar a qualidade de cuidados, particularmente os prestados a doentes crónicos e outros mais afectados pela descoordenação da prestação;
2. Reduzir a ineficiência;
3. Melhorar a participação dos cidadãos;
4. Melhorar a satisfação de cidadãos e prestadores;
5. Melhorar os resultados em saúde.

É neste contexto que se sugere que a definição de prioridades no campo da gestão da doença considere três áreas base: (1) modelo de base populacional; (2) modalidades de pagamento e aplicação de incentivos financeiros e (3) sistemas de informação.

Ao nível do modelo de base populacional cumpre explicitar três conceitos: "ligação", que deve operar entre as estruturas existentes; "coordenação", opera essencialmente através as estruturas existentes, apesar de ser uma abordagem mais estruturada e necessitar explicitamente de novos processos e/ou estruturas; "integração", pressupõe a criação de um sistema em que a responsabilidade por todos os serviços, recursos e financiamento está alocado a apenas uma única estrutura de gestão⁶⁴.



A coordenação de cuidados é atingida através do aprofundamento da implementação da reforma dos cuidados de saúde primários, nomeadamente pela criação das diferentes unidades funcionais e do contrato-programa com os Agrupamentos de Centros de Saúde. A integração de cuidados deve fundar-se no aprofundamento do modelo de ULS sustentada no papel coordenador dos cuidados de saúde primários. Nesta matéria, a ACSS deverá apoiar tecnicamente as ULS na prestação de cuidados no nível de cuidados mais adequado e efectivo - princípio de Leon.

As modalidades de pagamento têm importantes implicações na coordenação, qualidade e custos dos cuidados. A coerência de um modelo de base populacional apenas pode ser atingida através de uma modalidade de pagamento centrada no indivíduo e nas suas características: capitação com ajustamento do risco pela carga de doença. A aplicação de modelos de avaliação do risco vai para além da capitação ajustada pelo risco. As ferramentas de avaliação do risco podem ser úteis na melhoria da eficiência da prestação, identificação de candidatos para programas de gestão da doença, análise da qualidade e/ou produtividade dos clínicos, e pagamento de incentivos aos prestadores através da medição da efectividade. Frequentemente, as ferramentas de avaliação do risco servem mais como uma primeira análise para decisão do que como fim de linha.

Neste contexto propõe-se que a ACSS desenvolva um conjunto de actividades que permitam:

- Promover a mudança de paradigma de produção instalada de prestação de cuidados de saúde para um modelo de base populacional adequado às necessidades em saúde.
- Reforçar a compra/ contratualização de cuidados em saúde com base nas necessidades em saúde, através da capacitação dos Departamentos de Contratualização das Administrações Regionais de Saúde e sofisticação das modalidades de pagamento.
- Desenvolver a aplicação de modalidades de pagamento de base populacional ajustadas pelo risco de morbilidade aos prestadores de cuidados de saúde primários, tal como desenvolver componentes de pagamento por desempenho em áreas como a gestão da doença crónica (incluindo prevenção primária e secundária), fases do ciclo de vida, coordenação de cuidados e *gatekeeping*.
- Promover a participação activa do cidadão na gestão do seu estado de saúde, através da remoção de barreiras ao seu acesso (e.g. facilitação do acesso a programas/ meios de diagnóstico de rastreio), e desenvolvimento de ferramentas tecnológicas que fomentem o seu papel (e.g. alertas).
- Adequar os sistemas de informação à centralidade do doente, possibilitando a monitorização do cumprimento de indicadores de qualidade e resultados em saúde (associados ou não associados a incentivos financeiros nos sistema de saúde) e a circulação de informação entre diferentes níveis de prestação de cuidados.



- Promover a discussão do papel das novas profissões e novas competências em saúde no contexto da gestão da doença crónica.
- Reforçar o papel da gestão da doença crónica no seio dos cuidados de saúde primários e apoiar os parceiros (e.g. Direcção Geral de Saúde) no desenvolvimento de estratégias compreensivas de organização da prestação, adequadas ao curso da condição e nível de prestação de cuidados de saúde, de acordo com o melhor conhecimento disponível. Merece especial atenção, o estabelecimento de indicadores de desempenho e monitorização da actividade, tal como de indicadores de resultado em saúde. Dadas as limitações em termos de recursos materiais e humanos, a ACSS apenas se deverá centrar num condição/ ano. Propõe-se desde já a priorização dos esforços internos para o estudo da diabetes para 2010, e doença pulmonar obstrutiva crónica para 2011.
- Aprofundar os estudos de aplicação de ferramentas de ajustamento do risco e a sua possível utilização para a selecção de doentes para gestão de caso e os correctos incentivos à gestão da doença crónica.
- Reforçar a componente de monitorização e acompanhamento do consumo de medicamentos e meios complementares de diagnóstico, de acordo com a prevalência de doença crónica, e através dos contratos-programa e planos de desempenho dos diferentes prestadores.
- Estruturar e consensualizar um processo de acompanhamento das actividades desenvolvidas pelas unidades integradas com base em metodologias científicas, e apoiar as Unidades Locais de Saúde na organização da prestação de cuidados na óptica da integração de cuidados de saúde através de estudos independentes, nomeadamente na transferência da prestação de cuidados para os cuidados de saúde primários.
- Reforçar a monitorização dos incentivos associados às modalidades de pagamento utilizadas no SNS, nomeadamente ao nível das distorções (abandono de tarefas importantes), *gaming* (alterações no registo em detrimento de alterações da prática clínica), selecção de doentes (seleccionar de doentes com bons resultados e evitar doentes com possíveis maus resultados), dependência de incentivos financeiros (se os comportamentos não são assimilados, quando os incentivos desaparecem ou são introduzidos novos incentivos), e burocratização (os esquemas de pagamento por desempenho têm custos administrativos elevados associados à monitorização do desempenho e pagamento de incentivos).

À consideração superior,
O Director Coordenador

Alexandre Lourenço



Bibliografia

1. Robinson S. Financing healthcare: funding systems and healthcare costs. In: Walshe K, Smith J, eds. Healthcare Management. 1 ed. Maidenhead: Open University Press; 2006:32-52.
2. Pilnick A, Dingwall R, Starkey K. Disease management: definitions, difficulties and future directions. Bull World Health Organ 2001;79:755-63.
3. McKee M, Nolte E. Responding to the challenge of chronic diseases: ideas from Europe. Clin Med 2004;4:336-42.
4. Berk ML, Monheit AC. The concentration of health expenditures: an update. Health Aff 1992;11:145-9.
5. Berk ML, Monheit AC. The Concentration Of Health Care Expenditures, Revisited. Health Aff 2001;20:9-18.
6. Yu W, Ezzali-Rice T. Concentration of Health Care Expenditures in the U.S. Civilian Noninstitutionalized Population. In: Expenditure Panel Survey Agency for Healthcare Medical Research and Quality 2005.
7. Zuvekas SH, Cohen JW. Prescription drugs and the changing concentration of health care expenditures. Health Aff (Millwood) 2007;26:249-57.
8. DH. The NHS Improvement Plan - Putting People at the Heart of Public Services. London: Department of Health; 2004.
9. OMS. Prévention des maladies chroniques : un investissement capital. Genève: Organisation mondiale de la Santé; 2006.
10. OMS. Projections of mortality and burden of disease to 2030. Geneva: World Health Organization; 2006.
11. Cox P, Hemmer C, Mossialos E, et al. Securing Europe's healthcare future: Chronic disease management and health technology assessment. Prague: The initiative for sustainable healthcare financing in Europe; 2009.
12. Iglehart JK. Physicians and the growth of managed care. N Engl J Med 1994;331:1167-71.
13. Fairfield G, Hunter DJ, Mechanic D, Rosleff F. Managed care. Origins, principles, and evolution. Bmj 1997;314:1823-6.
14. Robinson JC, Casalino LP. Vertical integration and organizational networks in health care. Health Aff (Millwood) 1996;15:7-22.
15. Burns LR, Pauly MV. Integrated delivery networks: a detour on the road to integrated health care? Health Aff (Millwood) 2002;21:128-43.
16. DMAA Definition of Disease Management. Disease Management Association of America, 2007. (Accessed 8 de Setembro de 2007, 2007, at http://www.dmaa.org/dm_definition.asp.)
17. Goetzel RZ, Ozminkowski RJ, Villagra VG, Duffy J. Return on investment in disease management: a review. Health Care Financ Rev 2005;26:1-19.
18. Matke S, Seid M, Ma S. Evidence for the effect of disease management: is \$1 billion a year a good investment? Am J Manag Care 2007;13:670-6.
19. McCall N, Cromwell J, Bernard S. Evaluation of Phase I of Medicare Health Support (Formerly Voluntary Chronic Care Improvement) Pilot Program Under Traditional Fee-for-Service Medicare. Washington: RTI International; 2007.
20. DMAA. DMAA - The care continuum alliance Annual Report. Washington: DMAA; 2007.
21. Matheson D, Wilkins A, Psacharopoulos D. Realizing the promise of disease Management: Payer trends opportunities in the United States. Boston: Boston Consulting Group; 2006.
22. Bodenheimer T, Wagner EH, Grumbach K. Improving primary care for patients with chronic illness: the chronic care model, Part 2. Jama 2002;288:1909-14.
23. Cree M, Bell NR, Johnson D, Carriere KC. Increased continuity of care associated with decreased hospital care and emergency department visits for patients with asthma. Dis Manag 2006;9:63-71.
24. Fireman B, Bartlett J, Selby J. Can disease management reduce health care costs by improving quality? Health Aff (Millwood) 2004;23:63-75.
25. Crosson FJ, Madvig P. Does population management of chronic disease lead to lower costs of care? Health Aff (Millwood) 2004;23:76-8.
26. Rittenhouse DR, Grumbach K, O'Neil EH, Dower C, Bindman A. Physician organization and care management in California: from cottage to Kaiser. Health Aff (Millwood) 2004;23:51-62.
27. McCall N, Cromwell J, Urato C, Rabiner D. Evaluation of Phase I of the Medicare Health Support Pilot Program Under Traditional Fee-for-Service Medicare: 18-Month Interim Analysis. Washington: Centers for Medicare & Medicaid Services; 2009.
28. Nolte E, McKee M, Knai C. Managing chronic conditions: an introduction to the experience in eight countries. In: Nolte E, McKee M, Knai C, eds. Managing chronic conditions - experience in eight countries. 1st ed. Copenhagen: European Observatory on Health Systems and Policies; 2008:1-14.
29. Wagner EH, Austin BT, Von Korff M. Organizing care for patients with chronic illness. Milbank Q 1996;74:511-44.
30. Bodenheimer T, Wagner EH, Grumbach K. Improving primary care for patients with chronic illness. Jama 2002;288:1775-9.
31. Busse R. Disease management programs in Germany's statutory health insurance system. Health Aff (Millwood) 2004;23:56-67.
32. Velasco-Garrido M, Busse R, Hisashige A. Are disease management programmes (DMPs) effective in improving quality of care for people with chronic conditions? Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2003.
33. Greiner W. Health economic evaluation of disease management programs: the German example. Eur J Health Econ 2005;6:191-6.
34. Guterma S. U.S. and German case studies in chronic care management: an overview. Health Care Financ Rev 2005;27:1-8.
35. Greb S, Focke A, Hessel F, Wasem J. Financial incentives for disease management programmes and integrated care in German social health insurance. Health Policy 2006;78:295-305.
36. Stock SA, Redaelli M, Lauterbach KW. Disease management and health care reforms in Germany - does more competition lead to less solidarity? Health Policy 2007;80:86-96.



37. Sandier S, Paris V, Polton D. Health systems in transition: France. Copenhagen: WHO; 2004.
38. Plan pour l'amélioration de la qualité de vie des maladies chroniques 2007-2011. Paris: Ministère de la Santé, Jeunesse, Sports e Vie Associative; 2007.
39. Vrijhoef HJ, Spreeuwenberg C, Eijkelberg IM, Wolffenbuttel BH, van Merode GG. Adoption of disease management model for diabetes in region of Maastricht. *Bmj* 2001;323:983-5.
40. Singh D. Wich staff improve care for people with long-term conditions? A rapid review of the literature. Birmingham: NHS Modernisation Agency
University of Birmingham; 2005.
41. van der Linden BA, Spreeuwenberg C, Schrijvers AJ. Integration of care in The Netherlands: the development of transmurial care since 1994. *Health Policy* 2001;55:111-20.
42. DH. The new NHS: modern, dependable. In: London: Department of Health; 1997.
43. Lewis R, Dixon J. Rethinking management of chronic diseases. *Bmj* 2004;328:220-2.
44. Epstein AM, Lee TH, Hamel MB. Paying physicians for high-quality care. *N Engl J Med* 2004;350:406-10.
45. Bodenheimer T, Grumbach K. Understanding health policy - a clinical approach. Fifth edition ed: McGraw Hill Lange; 2009.
46. Porter ME, Teisberg EO. Redefining health care - creating value-based competition on results. Boston: Harvard Business School Publishing; 2006.
47. Millenson ML. Pay for performance: the best worst choice. *Qual Saf Health Care* 2004;13:323-4.
48. Campbell S, Reeves D, Kontopantelis E, Middleton E, Sibbald B, Roland M. Quality of primary care in England with the introduction of pay for performance. *N Engl J Med* 2007;357:181-90.
49. Steel N, Maisey S, Clark A, Fleetcroft R, Howe A. Quality of clinical primary care and targeted incentive payments: an observational study. *Br J Gen Pract* 2007;57:449-54.
50. Christianson JB, Leatherman S, Sutherland K. Lessons from evaluations of purchaser pay-for-performance programs: a review of the evidence. *Med Care Res Rev* 2008;65:5S-35S.
51. Langenbrunner JC, Orosz E, Kutzin J, Wiley MM. Purchasing and paying providers. In: Figueras J, Robinson R, Jakubowski E, eds. Purchasing to improve health systems performance. Maidenhead: Open University Press; 2005:236-64.
52. Hellinger FJ. Selection bias in health maintenance organizations: analysis of recent evidence. *Health Care Financ Rev* 1987;9:55-63.
53. Billi JE, Wise CG, Sher SI, Duran-Arenas L, Shapiro L. Selection in a preferred provider organization enrollment. *Health Serv Res* 1993;28:563-75.
54. Feder J, Hadley J, Zuckerman S. How did Medicare's prospective payment system affect hospitals? *N Engl J Med* 1987;317:867-73.
55. Melnick GA, Zwanziger J, Bradley T. Competition and cost containment in California: 1980-1987. *Health Aff (Millwood)* 1989;8:129-36.
56. Newhouse JP. Patients at risk: health reform and risk adjustment. *Health Aff (Millwood)* 1994;13:132-46.
57. Langenbrunner JC, Wiley MM. Hospital payment mechanisms: theory and practice in transition economies. In: McKee M, Healy J, eds. Hospitals in a changing Europe. Buckingham: Open University Press; 2002:150-76.
58. Fowles JB, Weiner JP, Knutson D, Fowler E, Tucker AM, Ireland M. Taking health status into account when setting capitation rates: a comparison of risk-adjustment methods. *Jama* 1996;276:1316-21.
59. Berenson RA. Capitation and conflict of interest. *Health Aff (Millwood)* 1986;5:141-6.
60. Martin CJ, Taylor P, Potts HW. Construction of an odds model of coronary heart disease using published information: the Cardiovascular Health Improvement Model (CHIME). *BMC Med Inform Decis Mak* 2008;8:49.
61. DGS. Plano Nacional de Saúde 2004-2010: mais saúde para todos. Lisboa: Direcção Geral de Saúde; 2004.
62. Sakellariades C, Gonçalves C, Cunha FAe, Dussault G, Biscaia JL, Santa L. Acontecimento extraordinário - Relatório do grupo consultivo para a reforma dos cuidados de saúde primários. Lisboa: Grupo consultivo para a reforma dos cuidados de saúde primários; 2009.
63. Hunter DJ, Fairfield G. Disease management. *Bmj* 1997;315:50-3.
64. Oxman A, Bkordal A, Flottorp S, Lewin S, Lindahl A. Integrated health care for people with chronic conditions - a policy brief. Oslo: Kunnskapssenteret - Norwegian Knowledge Centre for the Health Services; 2008.

