

Sobre a Gestão do Doente Crónico

Notas informativas: análises do setor da saúde | 08

BPI | "la Caixa" Foundation Chair in Health Economics



Esta nota faz parte da Cátedra em Economia da Saúde, enquadrada na **Iniciativa para a Equidade Social**, uma parceria entre a Fundação “la Caixa”, o BPI e a Nova SBE, que nasceu em 2019 e visa apoiar o desenvolvimento do Sector Social em Portugal com uma visão de longo prazo, através da investigação e do apoio à capacitação das organizações sociais.

A cátedra em Economia da Saúde foi atribuída ao Professor Pedro Pita Barros e tem como objetivo promover a investigação sobre o sector da saúde, bem como o conhecimento e discussão da sociedade portuguesa quanto a tendências, desafios e políticas do setor da saúde. Consulte mais informações e documentos [aqui](#).



PEDRO PITA BARROS

Professor

Sobre a Gestão do Doente Crónico

Notas informativas: análises do setor da saúde | 08

Principais mensagens:

1. A revisão de diferentes abordagens para a gestão de doenças crónicas realça a ausência de um modelo único. Apesar da diversidade de modelos de gestão de doença crónica existentes, é possível encontrar quatro grandes regularidades nos diferentes modelos usados: procura por um modelo de integração de cuidados; crescente aposta na autogestão por parte do doente; transformação digital em saúde; mecanismos de pagamento que procuram recompensar o melhor desempenho em termos de saúde da população.
2. Não existe um “melhor” modelo universalmente aceite para a gestão de doenças crónicas, uma vez que a eficácia de um modelo pode variar com base no contexto específico de um sistema de saúde, incluindo os seus recursos, necessidades de saúde da população e fatores socioeconómicos.
3. A escolha do mecanismo de pagamento de modelos de gestão de doenças crónicas depende dos objetivos e das condições existentes, nomeadamente em termos de informação disponíveis a usar para este fim. Independentemente do mecanismo de financiamento implementado, é fulcral garantir que os elementos organizacionais e financeiros do modelo de gestão de doenças crónicas estão alinhados e muito bem definidos.
4. O modelo de pagamento por desempenho – intuitivamente apelativo por se pagar melhor quando se faz melhor e esperando que essa estrutura do mecanismo de pagamento leve os prestadores a “fazerem melhor” – tem-se revelado relativamente desapontante nos resultados produzidos. Não só, frequentemente, os efeitos esperados não se concretizam como surgem efeitos não antecipados (normalmente, por não se terem contemplado explicitamente todas as formas de reação e de ajustamento dos agentes envolvidos).

Sobre a Gestão do Doente Crónico

Notas informativas: análises do setor da saúde | 08

1. Sumário

O presente texto, uma visão sobre a gestão de doenças crónicas nos sistemas de saúde europeus, sublinha a diversidade dos modelos existentes e os seus elementos-chave.

A revisão de diferentes abordagens para a gestão de doenças crónicas realça a ausência de um modelo único. Esta diversidade reflete a complexa natureza das condições crónicas em si e as respostas necessárias para atender às variadas necessidades dos doentes e às capacidades dos sistemas de saúde.

A ênfase em sistemas de cuidados integrados como pedra angular para uma gestão eficaz de doenças crónicas é particularmente relevante nas atuais circunstâncias do sistema de saúde português, e no caminho escolhido para o Serviço Nacional de Saúde (SNS), em particular. Este caminho alinha-se com a defesa pela Organização Mundial de Saúde (OMS) da continuidade dos cuidados como princípio base, destacando a necessidade de uma coordenação entre os serviços de saúde primários, secundários e terciários, juntamente com os cuidados sociais.

Além disso, o foco no crescente papel da autogestão pelo doente e na transformação digital da saúde reflete os paradigmas em mudança na saúde. Estes elementos são cruciais para fomentar um maior papel do doente e aproveitar a tecnologia para melhorar a prestação de cuidados de saúde e os resultados dos doentes. A discussão sobre o impacto dos registos de saúde eletrónicos, telemedicina e ferramentas digitais de saúde na gestão de doenças crónicas sublinha a importância da inovação nas estratégias de saúde. Antecipa-se que haverá mais investigação e mais discussão sobre a implementação eficaz de soluções de saúde digital dentro de programas de gestão de doenças crónicas.

A análise sobre os vários mecanismos de pagamento e o seu alinhamento com a prestação de cuidados de saúde complementa a discussão sobre os aspetos económicos da gestão de doenças crónicas.

A experiência internacional evidencia a importância do contexto de cada sistema de saúde para a definição do melhor modelo de gestão de doença crónica. Um elemento central de sucesso é a coerência entre os elementos organizacionais e os elementos financeiros que sejam escolhidos para o modelo de gestão de doença crónica. Como exemplo atual do SNS, a escolha de um modelo de pagamento baseado em capitação obriga que se desenvolvam simultaneamente os mecanismos organizacionais de comunicação de informação e de decisão, pois alterar apenas um dos elementos não será suficiente para fazer funcionar novos modelos de gestão da doença crónica.

2. Introdução

Os sistemas de saúde europeus utilizam vários modelos de gestão de doenças crónicas. Não há um modelo único, e têm sido tentadas diferentes combinações de elementos base. Nolte e Knai (2014) analisaram 50 iniciativas e 12 países europeus (Portugal não se encontra incluído nesse conjunto de países). Desde então, mais iniciativas de gestão de doença crónica surgiram, na Europa e noutras geografias. Ainda assim, apesar dessa diversidade, é possível encontrar quatro grandes regularidades nos diferentes modelos usados.

A primeira ideia-chave é a procura de um modelo de integração dos cuidados (no sentido de continuidade de cuidados promovido pela OMS). A gestão eficaz das doenças crónicas requer sistemas

de cuidados integrados, coordenando os serviços de cuidados de saúde primários, secundários e continuados, juntamente com os cuidados sociais.

A segunda ideia-chave é a crescente autogestão por parte do doente. A implicação em termos de ação é a capacitação dos doentes crónicos (e suas famílias) por meio de intervenções que levem a literacia em saúde, específica à condição do doente.

O terceiro elemento, mais recente, é a transformação digital em saúde. A utilização do registo de saúde eletrónico e da telemedicina pode melhorar a coordenação dos cuidados de saúde prestados, a monitorização e o envolvimento do doente no processo de cuidados de saúde.

O quarto elemento é a utilização de mecanismos de pagamento diversos que procuram recompensar o melhor desempenho em termos de saúde da população e de custos de satisfazer as necessidades da população, e sinalizar que caminho deve ser procurado. Estes mecanismos de pagamento devem remunerar melhor o que for mais valorizado (no que se tem denominado na literatura anglo-saxónica por *pay-for-performance* – P4P), e também permitir a partilha de poupanças que sejam alcançadas com um melhor desempenho (sendo que desempenho tem, na prática, recolhido elementos de processo e de elementos de resultados).

3. O que se vai fazendo pelo mundo...

Nos últimos 20 anos, vários países, ou regiões de saúde com autonomia para definirem políticas de saúde próprias, iniciaram processos de reorganização de serviços de saúde que procuraram uma maior coordenação (integração) de cuidados de saúde destinados às pessoas com condições crónicas.

Essas reorganizações envolveram aspetos muito similares nos vários processos, independentemente da sua abrangência geográfica ou profundidade dentro da cadeia de cuidados de saúde. Presentes na maioria desses processos estiveram as preocupações com o aumento e melhoria das intervenções de prevenção, a melhoria do conhecimento sobre a(s) doença(s) para o sistema de saúde e para o doente, utilização crescente das possibilidades de tecnologias digitais (para recolha e partilha de informação, para monitorização, para definição de perfis de doentes mais ou menos complexos, etc.) e procurar facilitar a vida normal das pessoas com múltiplas condições crónicas no seu ambiente habitual.

Exemplos de programas nas duas últimas décadas que tiveram algumas (ou todas) estas características podem ser encontradas em França (*Amélioration de la qualité de vie des personnes atteintes de maladies chroniques*), na Catalunha (*Chronicity Prevention and Care Programme, Catalan Expert Patient Program*), no País Basco (*Strategy to Tackle the Challenge of Chronicity*), na Alemanha, em países da Europa de Leste. Nalguns casos, como a Inglaterra, os próprios modelos de remuneração e avaliação dos cuidados de saúde primários integram a preocupação com as doenças crónicas, como é o caso do *Quality and Outcomes Framework* (QOF) que inclui indicadores alinhados com a gestão das doenças crónicas, no sentido de intervenções de prevenção (frequentemente, com indicadores de processo). Além disso, houve a iniciativa POPP – *Partnerships for Older People Project*, com recurso a equipas multidisciplinares (da área da saúde, mas também de apoio social), em que durante três anos foi possível ensaiar diferentes modelos de apoio à população idosa, procurando promover a sua saúde e independência, evitando a institucionalização das pessoas.

Na Alemanha, desde 2003 que existem programas de gestão de doenças crónicas, utilizando protocolos padronizados de cuidados de saúde para estabelecer planos de tratamentos estruturados de acordo com a evidência disponível, e promovendo a coordenação entre diferentes profissionais de saúde. Esses planos envolvem intervenções de prevenção e aconselhamento e literacia em saúde para ajudar os

doentes a viver com a(s) sua(s) doença(s) crónica(s). Em particular, é mencionado em várias avaliações a importância dada a que as pessoas com doenças crónicas possam expressar as preferências e necessidades. É, por isso, similar ao que se procurou fazer noutros países, mesmo que com diferente estrutura e nomenclatura. Há, em geral, satisfação com o funcionamento do modelo, sobretudo no que se refere à informação dos doentes e a (consequente) maior adesão às terapêuticas.

As opções relativamente a um tratamento específico dos doentes com condições crónicas não são desligadas do desenho geral do sistema de saúde. Por exemplo, em Singapura, o MediSave é um sistema de conta de poupança, para efeitos de despesas em cuidados de saúde, e as regras de utilização desta conta são diferentes para beneficiários que tenham condições crónicas (cuja lista é publicada), quer no valor que podem movimentar da conta quer nos apoios financeiros adicionais que recebem.

Nos Países Baixos, a gestão da doença crónica encontra-se centralizada nos médicos de família, que estabelecem redes com especialistas para os quais referenciam os doentes crónicos segundo as necessidades específicas em cada momento. Recebem uma remuneração por capitação. Adicionalmente, existem mecanismos de pagamentos agrupados para grupos de cuidados de saúde integrados, cobrindo, entre outras condições crónicas, a diabetes ou a Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica (DPOC).

Em Itália, na região da Lombardia, também foi introduzido um modelo de gestão da doença crónica, baseado em planos individualizados e flexíveis (*Piani di cura*) para várias doenças crónicas. Para a aplicação deste modelo, desenvolveram os CReG (*Chronic Related Group*), para efeitos de mecanismo de pagamento. Os CReG são um sistema de classificação de doentes crónicos, de acordo com o uso esperado de recursos para a severidade da sua situação, seguindo a lógica que está subjacente aos grupos de diagnóstico homogéneo usados em ambiente hospitalar: classificação de doenças, um sistema de agrupamento para juntar condições com utilização similar de recursos, e preços atribuídos a cada categoria (grupo). Os CReG permitem, por isso, o uso de um mecanismo de pagamento por capitação baseado em despesas esperadas ajustadas pelos riscos de saúde associados com cada doente. São usados para pagamentos prospetivos, cobrindo despesas de vários tipos (cuidados de ambulatório, próteses, despesas farmacêuticas, etc.).

O modelo da Kaiser Permanente esteve, e está, presente em várias iniciativas em países europeus, com a sua divisão em quatro faixas: primeiro, a prevenção para a população em geral; segundo, a gestão pelo próprio doente da sua condição crónica, com apoio dos cuidados de saúde primários; terceiro, uma gestão ativa da situação dos doentes de elevado risco; e, por fim, quarto a existência de um gestor de caso para doentes de elevada complexidade. Este modelo obriga a uma segmentação clara das pessoas (aspeto habitualmente discutido) e a uma definição clara do que constitui transição de um grupo para outro.

Os modelos de gestão de doença crónica ensaiados vão desde o modelo mais pequeno, baseado na comunidade, que assentava na cooperação entre prestadores de cuidados, centrava-se nos cuidados domiciliários e comunitários e desempenhava um papel ativo na coordenação dos cuidados de saúde e sociais, até ao modelo de grande escala que poder ser aplicado a nível nacional/provincial/estadual, ou com uma autoridade regional de saúde, uma única autoridade administrativa e um único orçamento para os vários serviços abrangidos.

Não existe um “melhor” modelo universalmente aceite para a gestão de doenças crónicas, uma vez que a eficácia de um modelo pode variar com base no contexto específico de um sistema de saúde, incluindo os seus recursos, necessidades de saúde da população e fatores socioeconómicos.

4. Os mecanismos de pagamento

Falando-se em integração de cuidados, vários modelos têm evoluído no sentido de pagamento por episódio, agregando as várias fases de intervenção. O pagamento agregado (por episódio) tende a incentivar o trabalho colaborativo entre os vários profissionais e os vários níveis de cuidados de saúde, desde que exista liberdade de repartir os ganhos (financeiros) para os prestadores de cuidados entre os diversos intervenientes.

Falando-se em autogestão do doente, ou participação do doente na definição e aplicação do seu plano de cuidados, surge como natural a capitação como mecanismo de pagamento.

Sob capitação, os prestadores recebem um valor fixo para cada pessoa inscrita durante um período pré-determinado, independentemente do número de serviços prestados. Este mecanismo de pagamento pode motivar os prestadores a focarem-se em atividades de prevenção e na educação dos doentes. Manter os doentes saudáveis e sem crises é melhor para o doente e beneficia diretamente a sustentabilidade financeira do prestador. Incentiva o desenvolvimento de intervenções com efeitos a longo prazo junto dos doentes, crucial para a autogestão das doenças crónicas, dado que a menor despesa futura se traduz em maior volume de fundos livres num contexto de valor de pagamento pré-determinado.

Este panorama de diversidade de modelos de gestão da doença crónica não deixa de ter, como se procurou descrever, elementos centrais comuns e aparentemente consensuais.

Dado que o modelo organizacional adotado tem de ser suportado por fluxos financeiros adequados – receitas que permitam pagar os custos associados e remunerar apropriadamente os intervenientes, é importante também detalhar os fundamentos económicos que podem ditar preferência por um ou por outro mecanismo de pagamento.

Como ponto de partida, toma-se como adquirido que sem uma capacidade muito grande de verificação dos cuidados de saúde prestados, da sua adequação a cada situação concreta e do estabelecimento de uma relação causal forte e direta entre atividades realizadas e desempenho observado, um mecanismo de pagamento que seja de reembolso integral de custos – isto é, pagar integralmente todas as faturas que sejam apresentadas pelos prestadores de cuidados de saúde sem escrutínio ou aprovação prévia de valores – levará a custos excessivos. São custos excessivos no sentido de serem pagos cuidados de saúde desnecessários ou até mesmo prejudiciais, que surgiriam apenas como forma de assegurar receita adicional ao prestador.

Daí que o mecanismo de pagamento acabe por recair numa escolha entre pagamento por ato (*fee-for-service*), pagamento por episódio (*bundled payment*, em que “episódio” toma aqui um sentido lato), e pagamento por capitação (um valor por pessoa para um período pré-definido, usualmente um ano).

Estes mecanismos de pagamento têm sido usados quer isoladamente quer em combinação entre si.

As propriedades económicas destes vários mecanismos de pagamento, no sentido de decisões económicas que induzem nos diferentes intervenientes, são distintas e têm potencial impacto nos objetivos dos modelos organizacionais com que são associados. Estas observações gerais aplicam-se igualmente aos modelos de gestão da doença crónica. Por exemplo, se o modelo de gestão da doença crónica pretende a realização regular de atividades, o pagamento por ato permite facilmente atingir esse objetivo. Por outro lado, se o modelo de gestão da doença crónica pretende evitar a agudização de situações e evitar o recurso a hospitais, por maior atividade de prevenção, que inclui a monitorização adequada de cada doente de acordo com as suas circunstâncias, então um mecanismo de capitação será mais favorável a esse objetivo do que o pagamento por episódio ou por ato. O pagamento por

capitação permite que os ganhos financeiros das atividades de prevenção que sejam desenvolvidas fiquem com o prestador. E se há o receio de serem prestados “cuidados a menos” ou de menor qualidade, apenas com o objetivo de o prestador poupar custos, então o mecanismo de pagamento terá de ser acompanhado de controle de indicadores de qualidade e de estado de saúde do doente.

A escolha do mecanismo de pagamento irá depender dos objetivos e das condições existentes, nomeadamente em termos de informação disponíveis a usar para este fim.

Em modelos com integração de cuidados de saúde onde ocorre uma integração vertical das entidades que prestam os diversos tipos de cuidados de saúde relevantes para o doente, o modelo de capitação tem sido visto como mais vantajoso, por deixar maior liberdade à entidade de como se organizar para garantir a melhor saúde para os doentes crónicos abrangidos. E a remuneração dos diferentes níveis de cuidados é decidida internamente na organização.

Um pagamento por episódio de tratamento – mesmo que agregando os diferentes tipos de intervenção debaixo de um valor de pagamento pré-definido – faz com que haja menos preocupação em evitar episódios agudos do doente crónico.

Os pagamentos por episódio, com diferenciação de acordo com o resultado que venha a ser observado, o denominado P4P (*pay for performance*), intuitivamente apelativo por se pagar melhor quando se faz melhor e esperando que essa estrutura do mecanismo de pagamento leve os prestadores a “fazerem melhor” tem-se revelado relativamente desapontante nos resultados produzidos. Não só, frequentemente, os efeitos esperados não se concretizam como surgem efeitos não antecipados (normalmente, por não se terem contemplado explicitamente todas as formas de reação e de ajustamento dos agentes envolvidos).

É útil percorrer dois exemplos, num caso de doença crónica – a Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica (DPOC) –, em que modelos muito similares acabam por levar a resultados distintos.

Um exemplo bem documentado e ilustrativo é o mecanismo de pagamento aplicado pelo Medicare (dos Estados Unidos) para gestão de doentes crónicos com DPOC. O ponto de partida é comum à maioria dos sistemas de saúde: os doentes crónicos com DPOC têm um custo anual mais elevado, decorrente de maior frequência de hospitalizações associadas com situações agudas (têm situações de hospitalização mais frequentes, têm maiores taxas de readmissão depois de um episódio de internamento e têm maior mortalidade a um ano). O programa adotado continha os elementos habituais de uma intervenção multidisciplinar e de um mecanismo de pagamento com penalização baseada na faturação global do prestador sempre que registasse taxas de readmissão acima dos valores históricos.

A intervenção multidisciplinar envolveu materiais de literacia em saúde para os doentes, incluindo identificação e interpretação de sintomas de alerta, os fumadores receberam informação sobre cessação tabágica, havia um sistema de chamadas telefónicas de monitorização no período pós-internamento, e referenciação para intervenção da unidade clínica em caso de deterioração de sintomas do doente.

Na componente financeira, o episódio que dá origem a pagamento passou a ser definido por “hospitalização e todas as intervenções relacionadas num período de 90 dias após internamento”. Se a despesa ficasse abaixo de um valor de referência, as poupanças eram partilhadas. Se a despesa exceder esse valor de referência, não há lugar a pagamento integral.

O objetivo traçado, de redução de readmissões, não foi alcançado e não foram conseguidos menores custos. Apesar da construção do modelo ser muito específica e direcionada para um objetivo bem

definido, a realidade não correspondeu às expectativas. O motivo para este resultado não esteve na falta de cumprimento das regras estabelecidas. A análise detalhada do programa mostrou que houve efeitos não previstos na forma como os hospitais reagiram: para minimizar os riscos de readmissão (e consequentemente de penalização), prolongaram o tempo de internamento dos doentes com DPOC, acabando dessa forma por gerar mais custos, embora não atribuídos a situações de readmissão (que seriam penalizadas financeiramente).

Também para DPOC, um programa realizado em Taiwan, incluindo incentivos financeiros e intervenção de equipas multidisciplinares para reduzir a ocorrência de situações agudas.

A intervenção multidisciplinar incluiu treino específico de profissionais de saúde, seguimento regular (cada 3 meses) de cada doente pelo mesmo médico, a definição de orientações clínicas para uso de medicamentos, definição de intervenções não farmacológicas (cessação tabágica, literacia em saúde, reabilitação pulmonar) incluiu a atribuição de um “gestor de caso” para adaptar o programa à situação específica de cada doente e estabeleceram um sistema de referência bidirecional entre hospital e cuidados de saúde primários. A equipa de apoio era constituída por um médico, um fisioterapeuta, um farmacêutico, um especialista em cessação tabágica e um gestor de casos. Os incentivos monetários tinham prémios por se alcançarem os objetivos antecipadamente determinados. Este programa registou efeitos positivos em termos de menor taxa de ida a serviços de urgência (-3 p.p.), menos internamentos (-1.6 p.p.) e sem efeito distinto de zero nos internamentos em unidades de cuidados intensivos. Contudo, não foram analisados os custos do programa, pelo que não é possível dizer se foi, ou não, uma intervenção custo-efetiva (isto é, se as verbas teriam sido mais bem usadas noutra parte do sistema de saúde).

No caso concreto de modelos de gestão de DPOC, encontram-se outros exemplos de intervenção com efeitos variados, sendo que a conclusão global resultante é da necessidade de ter elementos organizacionais e financeiros alinhados e muito bem definidos.

Ou seja, não é suficiente afirmar que se integram cuidados de saúde para uma gestão da doença crónica. É necessário, embora não suficiente, que haja mudanças organizacionais alicerçadas em mecanismos de pagamento que sejam coerentes entre si. Não há uma solução única e universal para estes elementos.

5. O que se aprendeu

As principais conclusões destas duas décadas de muitas iniciativas são menos acutilantes e prescritivas de um caminho do que se poderia eventualmente esperar. Uma primeira grande conclusão é que estes programas precisam de tempo e paciência até produzirem resultados. Embora os resultados tendam a ser positivos, frequentemente estas iniciativas não produzem efeitos que sejam suficientemente fortes para se poder afirmar que os doentes que são abrangidos por elas ficam melhor e ou que resultam menores custos. Muitos dos estudos realizados revelam-se inconclusivos, ainda que apontando para efeitos favoráveis em termos de saúde e frequentemente omissos quanto aos custos envolvidos (e logo quanto a uma apreciação sobre se os custos das iniciativas são compensados pelas melhorias de saúde da população ou pela redução de custos em outros pontos do sistema de saúde).

A segunda grande conclusão é em termos de fluxos financeiros. Os diversos modelos procuram, em geral, reforçar o papel dos cuidados de saúde primários. Nesse reforço dos cuidados de saúde primários encontra-se, por vezes, a transferência de orçamento (verbas, pagamentos, a terminologia exata depende do sistema de saúde) dos cuidados hospitalares para os cuidados de saúde primários. Nalguns

casos (poucos) essa transferência foi explícita e assumida. Em geral, essa transferência decorre de maiores pagamentos, ou maior crescimento de pagamentos, para os cuidados de saúde primários.

A terceira grande conclusão é a relevância crescente da transformação digital, incluindo o papel dos registos de saúde eletrónicos, por um lado, e com a telemedicina e monitorização remota dos doentes, por outro lado. Os elementos da transformação digital estão mais presentes nos últimos anos e vão certamente reforçar-se na próxima década.

A transformação digital pode alterar significativamente a forma de gestão das doenças crónicas, e como está ainda em desenvolvimento e crescimento, é útil revisitar rapidamente os vários tipos de contributo que tem e virá a ter.

Um primeiro elemento, atualmente em difusão, é o das ferramentas digitais que permitem a monitorização remota dos parâmetros de saúde dos doentes, levando a intervenções em tempo adequado e reduzindo a necessidade de visitas frequentes ao hospital (ou visitas domiciliárias de profissionais de saúde). O desenvolvimento destas ferramentas digitais tem duas linhas distintas de evolução – a utilização de equipamentos dedicados, criados especialmente para monitorização, e que podem vir a incluir sensores em roupa, por exemplo, e a utilização de equipamentos do dia-a-dia das pessoas, como telemóveis e relógios de pulso ou pulseiras digitais. As consultas de telessaúde, por seu lado, facilitam o acesso aos profissionais de saúde, especialmente para aqueles que se encontram em zonas remotas ou com problemas de mobilidade. Requerem a existência de equipamentos para fazer a comunicação e também acesso a e capacidade de rede de comunicações suficientes.

Numa outra linha, as aplicações móveis de saúde e as plataformas online podem apoiar os doentes, proporcionando-lhes um maior controlo e compreensão das suas condições de saúde. Esses instrumentos geralmente podem ser usados para rastrear sintomas, bem como disponibilizar lembretes de medicamentos e informações de saúde personalizadas, que promovem o envolvimento do doente na gestão da sua doença crónica. Tratando-se de uma população idosa, os aspetos de disponibilidade de equipamentos, conhecimentos para os usar e a (ciber)segurança de utilização dos mesmos são cruciais.

Nos bastidores dos cuidados de saúde prestados surgem mais potenciais contributos da transformação digital, nomeadamente a crescente integração e análise de dados por sofisticados algoritmos. Os sistemas de saúde digitais podem integrar diversas fontes de dados, incluindo registos de saúde eletrónicos (RSE), dados comunicados pelos doentes e dados biométricos. Análises avançadas e inteligência artificial podem ser aplicadas a esses dados para estabelecer planos de tratamento personalizados, ajustáveis com a informação que seja prestada pelo próprio doente, e identificação de fatores de risco. O crescente armazenamento de informação digital sobre o doente e as suas condições crónicas irá facilitar uma melhor comunicação e partilha de informações entre os diferentes prestadores de cuidados de saúde, crucial para a gestão coordenada dos cuidados de doentes com múltiplas condições crónicas que requerem intervenção de vários especialistas.

Por fim, no campo dos custos do sistema de saúde, ao reduzir a necessidade de visitas presenciais, simplificar processos e permitir uma gestão mais eficaz da doença, as tecnologias digitais de saúde podem conduzir a poupanças de custos tanto para os sistemas de saúde como para os doentes.

Em resumo, a saúde digital tem o potencial de tornar a gestão de doenças crónicas mais centrada no doente, orientada por dados e eficiente, conduzindo, em última análise, a melhores resultados de saúde e qualidade de vida para os doentes. Mais do que mecanismos de pagamento a profissionais de saúde, o desenvolvimento dos elementos de transformação digital vai exigir o financiamento de uma despesa que tenderá a ser concentrada no desenvolvimento dos instrumentos a usar, uma elevada despesa fixa

à cabeça, seguida de custos relativamente baixos da participação de doentes e de profissionais de saúde no manuseamento desses instrumentos. Daqui pode decorrer a necessidade de formas distintas de remuneração dos diferentes intervenientes. Por exemplo, um prestador público terá de conseguir realizar o investimento inicial, enquanto um prestador privado poderá procurar formas de financiamento do investimento inicial, recuperando depois esse investimento através de remuneração baseada em modelos de subscrição.

6. O que concluir para Portugal e para o SNS?

Desta breve análise, há quatro conclusões a retirar. Primeiro, copiar modelos de gestão de doença crónica de outros contextos sem verificar cuidadosamente as condições de sucesso dos mesmos não será boa ideia. É necessário fazer sempre um teste de adequação à realidade nacional. Segundo, é necessário estar preparado para o inesperado: antecipar o melhor possível o que poderá ser o ajustamento de comportamento e de decisão dos intervenientes, ter capacidade de acompanhamento permanente e de interpretação do que for sendo observado, e ter rapidez de decisão e de ajustamento, se for requerido. Terceiro, ter paciência e dar tempo a que se produzam resultados. Quarto, garantir a coerência entre elementos organizacionais e elementos financeiros (mecanismos de pagamento).

Referências

Nolte, E., & Knai, C. (2014). Approaches to chronic disease management in Europe. *European Observatory on Health Systems and Policies Observatory Studies Series*, (37).

Créditos de imagem

Imagem de capa: "Diabetic person checking their glucose level" [https://www.freepik.com/free-photo/diabetic-person-checking-their-glucose-level_65654094.htm#fromView=search&page=2&position=14&uuid=4814a7c1-a256-43fc-aea7-efdb24b1ede4]