

## QUEREMOS MEDIR RESULTADOS EM SAÚDE ORAL?

“You can’t manage what you can’t measure”. Peter Drucker



Orlando Monteiro da Silva, Presidente da Associação Nacional dos Profissionais Liberais, Antigo Bastonário da Ordem dos Médicos Dentistas

**A** implementação de modelos de financiamento e reembolso baseados em resultados envolvem uma transformação significativa na prestação de cuidados e na gestão financeira de todo o processo. Para uma implementação e adoção adequada destes modelos, a literacia, educação e a divulgação de informação desempenharão um papel crítico. Adicionalmente, é fundamental uma infraestrutura de tecnologia de informação e comunicação (TIC) apropriada, análises e métodos para prever a utilização e os custos inerentes a cada um dos procedimentos, independentemente da sua natureza.

### A nossa realidade

No essencial, são prevalentes em Portugal duas fontes de financiamento dos cuidados de saúde oral:

- Privado, através de:

- pagamentos *out of the pocket* (diretos), a grande maioria, com liberdade de escolha por parte do utente;
- e em comparticipação, ex: seguros de saúde, ADSE (funcionários públicos e dependentes) e subsistemas de saúde, com algum grau de liberdade de escolha por parte dos utilizadores.

- Público, através do orçamento de Estado, no contexto:

- do Serviço Nacional de Saúde (SNS) e Serviços Regionais de Saúde dos Açores e Madeira, sem liberdade de escolha do prestador por parte do utente;
- do Cheque Dentista para prestação de cuidados a grupos pré-definidos da população na prática clínica privada dos médicos dentistas aderentes, com liberdade de escolha do prestador;
- e da Segurança Social, neste caso para grupos desfavorecidos em risco e população idosa de baixo rendimentos, para procedimentos de reabilitação através de prótese dentária e alguns tratamentos básicos, mediante aprovação prévia.

As despesas por pagamentos diretos dos cidadãos no âmbito da prestação de cuidados de saúde oral constituem uma das mais relevantes em Portugal no que respeita a pagamentos diretos; recorde-se que, apesar do Serviço Nacional de Saúde português ser teoricamente universal, geral e tendencialmente gratuito, a acessibilidade está muito limitada e condicionada no acesso a várias áreas da saúde, nomeadamente, e aqui em particular, a área da saúde oral.

Estes pagamentos diretos, efetuados por privados, constituem-se já muito próximos de 40% da despesa total da saúde em Portugal, englobando o medicamento, análises e meios auxiliares de diagnóstico, dispositivos médicos, próteses e tratamentos de medicina dentária, saúde visual, de entre várias outras rubricas.

### De que forma são efetuados os pagamentos de procedimentos clínicos por parte das pessoas e das famílias?

Na área da saúde oral fundamentalmente através de duas vertentes:

- Por Ato, (*fee for service*). Ex: prática privada convencional, ADSE, Seguros e Planos de Saúde;
- Por Capitação. Ex: Cheque Dentista ou *Plafonds* de Seguros de Saúde, com tetos, usualmente anuais, fixos para os prestadores.

### E a questão fundamental da avaliação dos resultados decorrentes dos procedimentos efetuados estará ligada à forma de pagamento?

É consensual que sim. Repare-se que:

- os pagamentos por ato recompensam no geral a quantidade, mas não a qualidade ou eficiência do atendimento clínico; conduzem frequentemente ao sobre-tratamento;
- os pagamentos por capitação tornam-se frequentemente desconectados das necessidades reais dos pacientes/utentes, que surgem ou evoluem ao longo do tempo; levam ao sub-tratamento.

### Qual será então a forma mais eficiente de financiar cuidados de medicina dentária?

Todas têm vantagens e desvantagens. O pagamento por ato é a nossa cultura, a norma, o nosso mantra. Tende a induzir sobre tratamento. Como tal, governos, subsistemas e companhias de seguros introduziram regras “cegas” para reduzir o excesso de serviços, sem acautelar a qualidade e as boas práticas clínicas, uma vez que mecanismos de monitorização adequados têm uma implementação dispendiosa, requerendo capacidade humana e infraestrutura adicional para medir e monitorizar a utilização (ou possível sobre utilização) de serviços.

Noutro contexto, ao nível dos cuidados de saúde primários do SNS, os pagamentos por ato foram sendo substituídos por mecanismos de capitação e por alguma forma de pagamento por “ocorrência ou tipo de episódio”, como os designados grupos de diagnósticos homogéneos nos hospitais do SNS.

A capitação (ex. em Portugal, o Cheque Dentista) envolve o pagamento de um valor fixo por pessoa inscrita com um prestador ou instituição para um determinado período de tempo, com serviços e procedimentos previamente definidos. No entanto, o controle de custos tem-se feito neste programa, erroneamente, à custa de abordagens e práticas que tendem a evitar procedimentos preventivos, dispositivos, testes, materiais e tratamentos de reabilitação, mais dispendiosos e consumidores de mais tempo e recursos humanos, em detrimento de uma avaliação cuidada dos ganhos em saúde obtidos.

Nesta fase, considera-se que para uma realidade como a portuguesa, diversificar os modelos de pagamento e reembolso adicionando modalidades de pagamento por valor/resultados obtidos será mais salutar e permitirá testar a aceitação por parte de todos os *stakeholders* envolvidos, prestadores, cidadão, financiadores e reguladores.

**Mas como podemos então avaliar o essencial? Os resultados clínicos decorrentes de diferentes modelos?**

Desde logo é fundamental uma avaliação prévia e personalizada do risco individual e coletivo decorrente das patologias existentes, do estado geral de saúde, dos hábitos comportamentais e outros fatores influenciadores. Para tal, é preciso que os financiadores, Estado, Seguros Públicos e Privados se disponibilizem a pagar essa avaliação.

A introdução do reembolso baseado em valor, em função do risco calculado e dos resultados obtidos, serve como uma alavanca para alinhar melhor os incentivos aos prestadores para uma prestação com qualidade dos serviços de saúde.

Alinhar o reembolso com o valor desta forma recompensa os prestadores pela eficiência na obtenção de bons resultados, ao mesmo tempo que responsabiliza pelo seu inverso, penalizando a prestação de cuidados de qualidade inferior.

O conceito de reembolso baseado em Valor parte de uma abordagem de pagamento radicalmente diferente: pagamentos agrupados.

Num sistema de pagamentos agrupados, os prestadores são pagos por linha de patologia de um cliente ao longo de todo o ciclo de atendimento, ou seja, todos os serviços, procedimentos, testes, medicamentos e dispositivos usados para tratar um paciente.

**Vejamos um exemplo genérico de cadeia de valor aplicado à “Extração Cirúrgica em Ambulatório de Dente do Siso Incluso” e as fases a levar em conta:**

1. Integração de cuidados ao longo da organização. Ex: triagem, análise de risco, planificação e operacionalização e *follow up*;

2. Comunicação multidisciplinar. Ex: Rececionista, Assistente Dentário, Médico Dentista, Higienista Oral, Protésico Dentário, Médico Assistente, Nutricionista;

3. Partilha de informação em plataforma tecnológica. Ex: Programa Informático de Medicina Dentária com elevado grau de interoperabilidade;

4. Pagamento em Banda ou Modular. Ex: atribuição de 3 a 5 níveis de pagamento decorrentes de análise prévia de risco, em função de morbilidades, idade, perfil do paciente, localização do dente, proximidade de estruturas nervosas e vasculares, de entre outros fatores;

**5. Medição:**

a) Custos. Ex: mapeamento e registo de todos os custos e unidades de tempo afetadas por todos os intervenientes, e



b) Resultados. Ex: recorrência de alveolite (inflamação e infeção pós-operatória, dor, inchaço, impedimento de atividade mastigatória, limitação de movimento, etc.);

6. Expansão de melhores práticas e serviços de excelência. Ex: atribuição de um índice de resultados e qualidade a profissionais e unidades de referência de cirurgia oral nesta linha de procedimento;

7. Valor social reconhecido. Ex: avaliação através do financiamento público deste procedimento, tantas vezes incapacitante das funções mastigatórias, causando dor, cefaleias e infeções repetidas.

Em conclusão, para alcançar um sistema de prestação baseado em Valor, é necessário seguir uma série de etapas que se reforçam mutuamente:

- Avaliar o risco individual e coletivo decorrente das patologias em questão, do estado geral de saúde dos utentes, dos hábitos comportamentais, e outros fatores concorrentes;

- Medir e divulgar os resultados de saúde para todos os prestadores e todas as condições médicas. Estes resultados não só impulsionarão os prestadores e seguradores de saúde a melhorar a eficácia e eficiência, mas também ajudarão os pacientes e financiadores a escolherem as

melhores equipas de prestadores para as suas circunstâncias médicas. Os resultados devem ser medidos ao longo de todo o ciclo de tratamento de uma condição médica, não separadamente para cada intervenção. Os resultados são inerentemente multidimensionais, incluindo não apenas o impacto direto da intervenção, mas também o grau de saúde ou recuperação alcançado, o tempo necessário para a recuperação, o desconforto do tratamento e a sustentabilidade da recuperação;

- Reexaminar radicalmente como organizar a prestação de serviços de tratamento e reabilitação, mas também de prevenção, bem-estar, triagem e manutenção de saúde de rotina.

O modelo de prestação de serviços de saúde no qual os prestadores são reembolsados de forma digna e tangível com base nos resultados de saúde do paciente, na qualidade e no custo dos cuidados (pagamento por desempenho) é entendido como modelo de saúde baseado em valor.

**O que pretendem os doentes, o que é que realmente lhes importa?**

Resultados. Fáceis de compreender, identificar, de sentir, de avaliar e comparar. ■