

Contributos para o PLANO NACIONAL DE SAÚDE

Deteção precoce, Diagnóstico e Tratamento de Proximidade da Retinopatia Diabética

PLANO de GESTÃO INTEGRADA DA DIABETES

Esboço de uma política de saúde assente numa visão realista e de qualidade, eficaz e eficiente na gestão da doença crónica.

José Manuel Alves Henriques

Médico Oftalmologista

Versão 1.1 - Agosto 2010



Dr. José Henriques:

Ofthalmologista desde 1992. Retina Cirúrgica do IOGP. Cirurgião de retina e vítreo. Diploma Inter-Universitário do Laser Médico. Membro do Grupo de Estudos de Retina. Presidente da sociedade Interdisciplinar do Laser Médico. Director Clínico e Gestor do IRL – Instituto de Retina e Diabetes Ocular de Lisboa. Pósgraduação em Gestão de Unidades de Saúde. Director Adjunto e formador do Curso Pos Graduado de Laser Médico (SPILM-FE da Univ Católica Portuguesa). Coordenador do Grupo de trabalho que produziu em Dez 2009 as Guidelines do tratamento da RD do GER-SPO

© *Copyright* : todos os direitos reservados

AVISO: o conteúdo deste documento só poderá ser utilizado após prévia informação e pedido ao autor e não deve ser utilizado para outros fins senão os acordados previamente.

Índice

1 - A GESTÃO DA DOENÇA CRÓNICA - RETINOPATIA DIABETICA numa perspectiva moderna de Governação Clínica.....	4
A situação de partida e os dados do problema num contexto de planificação	4
A mudança que se impõe – a inserir no Plano Nacional de Saúde	4
Medidas concretas a implementar	5
O rastreio e tratamento precoce da Retinopatia Diabética é muito “cost- effective”	6
Análise custo-benefício	7
A - Custos/benefício associados a situação actual.....	7
B - Custos/benefício associados à solução proposta	8
Diferença entre os cenários A e B	8
O financiamento do plano de gestão integrada da Retinopatia Diabética e preços a praticar	9
2 - Conclusões e sugestões.....	9
ANEXO I.....	10
GESTÃO INTEGRADA DA DIABETES – a RETINOPATIA DIABÉTICA.....	10
ANEXO II.....	15
INDICADORES DE QUALIDADE: medidas de estrutura, do processo e dos resultados (estudo preliminar a ser testado pelo GER – Grupo de Estudos de Retina da SP Oftalmologia):.....	15

1 - A GESTÃO DA DOENÇA CRÓNICA - RETINOPATIA DIABÉTICA numa perspectiva moderna de Governação Clínica

A sociedade exige das instituições e dos prestadores clareza de procedimentos e responsabilidade pela qualidade dos cuidados de saúde, com clara adesão à melhoria contínua da qualidade, à satisfação do doente, à implementação de uma política de gestão do risco, nomeadamente, obviando o atraso no diagnóstico e no tratamento, em patologias sensíveis ao tempo.

A educação e formação contínua dos profissionais, a utilização de “Guidelines” e um forte investimento na melhoria do desempenho de todos os níveis de intervenção, com preocupações com a eficácia, com os níveis de efectividade, com a eficiência e a gestão correcta dos recursos, bem como a preocupação com os problemas da equidade e da acessibilidade aos cuidados, são outros tantos atributos de uma actuação em saúde em consonância com o modelo da governação clínica.

Como é sabido, na Diabetes (e na Retinopatia como complicação da Diabetes) a gestão da doença crónica torna-se imperiosa se quisermos atingir os objectivos antes enunciados.

O presente projecto pretende avaliar e quantificar o problema e apresentar sugestões que vão ao encontro dos objectivos da Governação Clínica e da Gestão Integrada da Diabetes como doença crónica, inserindo-se no desenvolvimento em curso da GID – Gestão Integrada da Doença conduzido pela DGS ¹.

A situação de partida e os dados do problema num contexto de planificação

A prevalência da Diabetes em Portugal é de 11,7% da população entre os 20 e 79 anos. Metade dos diabéticos já diagnosticados nunca foi ao Oftalmologista² e a RD é a complicação da diabetes mais frequentemente identificada, podendo existir em Portugal 250 mil doentes com Retinopatia Diabética (RD) em diabéticos de tipo 2, em vários estadios de gravidade da retinopatia. Este número tem tendência para aumentar nos próximos anos. ³ Estima-se que cerca de 90% dos casos graves de Retinopatia Diabética podem ser evitados se for feito um bom controlo metabólico (HbA1c <7%), da Tensão Arterial e um tratamento atempado da doença ocular.

A resposta actual ao problema da Retinopatia Diabética é ainda insuficiente, desarticulada e tendo por base a procura do doente pelo serviço que se encontra distante, para muitos dos doentes.

Existem já algumas iniciativas louváveis encetadas pelas ARS Norte, Centro e Alentejo bem como da Associação Protectora dos Diabéticos de Portugal (APDP) com diferentes modelos de intervenção, algumas das quais, privilegiam o **factor proximidade**.

Destacamos como benchmark o programa da ARS Centro que possui unidades móveis que se deslocam aos CS, enviam as imagens retinográficas ao centro de leitura que classifica e emite um termo de responsabilidade para as unidades prestadoras do SNS. Os tratamentos são financiados por uma linha vertical independente do financiamento do hospital com um valor definido por doente que necessita de avaliação e laser. São pagos aos profissionais que realizam o tratamento, de acordo com o trabalho efectivado, em horas extra e como actividade extra.

A mudança que se impõe – a inserir no Plano Nacional de Saúde

A necessidade de modernização e revitalização do Serviço Nacional de Saúde que pressupõe a adopção de uma gestão inovadora, com carácter empresarial sem descurar o facto de ter

¹ <http://gid.min-saude.pt/index.php>

² Isabel Marinho Falcão, Cristina Pinto, Joana Santos, Maria de Lourdes Fernandes, Leonor Ramalho, Eleonora Paixão, José Marinho Falcão. Estudo da prevalência da diabetes e das suas complicações numa coorte de diabéticos portugueses: um estudo na Rede Médicos-Sentinela. Rev Port Clin Geral 2008;24:679-92

³ Ling R, Ramsewak V, Taylor D, Jacob J.- Longitudinal study of a cohort of people with diabetes screened by the Exeter Diabetic Retinopathy Screening Programme. Eye (Lond). 2002 Mar;16(2):140-5.

© Copyright : todos os direitos reservados

AVISO: o conteúdo deste documento só poderá ser utilizado após prévia informação e pedido ao autor e não deve ser utilizado para outros fins senão os acordados previamente.

subjacente o primado do serviço social, orientada para a satisfação das necessidades do utente. Esta situação existente antes descrita, de pobre resposta a um problema relevante de saúde pública - a gestão da patologia oftalmológica responsável pela baixa da visão/cegueira no doente diabético - estimula-nos a delinear uma resposta em função do doente, com particular relevo para o factor “**resposta de proximidade**”, “**resposta ajustada à gravidade clínica**” e “**resposta total**” que satisfaça as condições do rastreio: detecção precoce, diagnóstico, tratamento e reabilitação.

Algo de muito importante já foi sugerido e considerado boa prática com a publicação do manual de Boas Práticas em Oftalmologia da DGS, particularmente em relação à Retinopatia Diabética. Mas estamos em período de planeamento, no tempo certo para sugerir medidas de relevante alcance. Estamos em pleno processo de planeamento da política de saúde e dos objectivos e indicadores a atingir e a plasmar no Plano Nacional de Saúde 2011-2016. Este contributo é, antes de mais, um exercício de cidadania, ética e responsabilidade social, porque são os oftalmologistas os peritos nesta área e, se não se manifestarem/sugerirem, estão a obstaculizar, pela omissão, o planeamento e a implementação das medidas mais adequadas.

Medidas concretas a implementar

Os problemas oftalmológicos no contexto da gestão integrada da diabetes são fulcrais dado que a Retinopatia Diabética (RD) é um determinante chave no sucesso da intervenção na Diabetes e é, claramente, um contributo para a melhoria dos indicadores de saúde. Desta forma, fica mais próximo alcançar as metas do Plano Nacional de Saúde relativas às doenças cardio-vasculares e Diabetes, com conseqüente melhoria da qualidade, da eficiência e dos ganhos em Saúde, em suma na **criação de VALOR** para o doente e para a comunidade.

Sugerimos como recomendações:

1. **A utilização da capacidade instalada pública, privada ou do terceiro sector**, quer no que respeita a estrutura: instalações e equipamentos, quer no que respeita a pessoal especializado e a know how e à capacidade de operar no imediato, faz todo o sentido. É uma medida que se impõe e corresponde a um desígnio nacional de gestão baseada na clínica. Num contexto de recursos escassos e de necessidade de respostas rápidas, ajustadas às necessidades e próximas dos doentes, esta abordagem, complementar ou supletiva da resposta do estado, traz elevados ganhos em saúde a curto prazo, aumenta a eficácia, a eficiência e a equidade na prestação de cuidados de saúde na área da saúde da visão (Retinopatia Diabética). Esta solução tem um conjunto de efeitos positivos: 1. Permite ao Estado prestar um serviço de saúde ajustado às necessidades, 2. Dinamiza a economia nacional, 3. Aumenta a receita em impostos, 5. Cria emprego, 6. Diminui os subsídios de desemprego e as pensões de invalidez, incapacidade ou ajuda a terceiros pagos aos doentes cegos por Retinopatia Diabética.
2. **O desenvolvimento de estratégias nacionais, regionais e locais, promovendo a criação de UEDTRD's – Centros de Excelência no Diagnóstico e Tratamento da Retinopatia Diabética em cada ACES (contando com o contributo da capacidade instalada pública, privada e social e da iniciativa privada)**, particularmente as iniciativas locais, usando a vantagem da proximidade aos cidadãos diabéticos, permitindo **resposta de proximidade**, se associada à qualidade dos serviços prestados e com boa relação custo-benefício permite ainda à sociedade (ao Estado como seu representante) ter um benefício imediato com um mínimo investimento. No contexto actual, não faz sentido, por razões de falta de avaliação da realidade existente em capacidade instalada, não aproveitar, por exemplo, o contributo que poderá ser dado pelo terceiro sector.

Está em causa responder ao problema da gestão do doente com Retinopatia Diabética na perspectiva do **superior interesse do doente** através da **melhoria da acessibilidade e conseqüente melhoria da equidade**, promovendo uma **resposta de proximidade**. A solução do problema da RD não passa por referenciar o doente ao

oftalmologista mas sim tratar efectivamente uma patologia complexa com níveis de intervenção diferenciados e cativar o doente como parceiro da intervenção. O primeiro passo é naturalmente chegar próximo ao doente e da sua família.

3. Consideramos que deveremos pugnar, em sede de planeamento, pela promoção das **BOAS PRÁTICAS NO TRATAMENTO DA RETINOPATIA DIABÉTICA**. Estas traduzir-se-ão na melhoria de qualidade dos actos médicos praticados e nos resultados, num contexto de uma doença crónica e evolutiva, com estádios de complexidade diferenciados. Como referem as “**Guidelines de tratamento da RD**”, recentemente aprovadas pelo Grupo de Estudos de Retina – GER da Sociedade Portuguesa de Oftalmologia, **é necessário adaptar a resposta a cada estadio da doença e fazê-lo precocemente, no início da doença, antes de evoluir para estadios mais graves de RD.**⁴

O recurso à auditoria clínica por pares, mesmo que aleatória e a monitorização dos indicadores de estrutura, processo e resultados (ver anexos), a ligação “on line” aos CS/USF como propomos na nossa proposta, garantem ao SNS que os serviços contratualizados externamente são eficazes, eficientes e de qualidade, sem risco de desvios dos objectivos.

Podemos afirmar, sem sombra de dúvida, que **tratar tarde é tratar mal – existe erro clínico/administrativo** – com repercussão na qualidade dos resultados (cegueira) e no aumento assustador dos custos.

4. É igualmente imperioso ajustar a resposta técnica e clínica de alta diferenciação, à especificidade e complexidade e sub especialização da intervenção e, ao mesmo tempo motivar os profissionais para lidar com esta patologia “pesada”. Assim sendo, vemos com grande vantagem **a valorização diferenciada dos actos relacionados com o tratamento da Retinopatia Diabética**. Essa valorização pressupõe a existência de níveis de complexidade clínica e níveis de complexidade terapêutica diferentes, ou seja, é necessária uma valorização com um ajustamento pelo risco e também um pagamento pela complexidade e pelo risco. Parece tentador o financiamento compreensivo por doente (contratos em bloco) mas a tendência será passarmos a uma especificação clara dos produtos e serviços utilizados (contratos custos por caso com preço por episódio de tratamento) ajustando o custo ao nível de intervenção e ao resultado esperado.

O rastreio e tratamento precoce da Retinopatia Diabética é muito “cost-effective”⁵.

A doença ocular diabética pode ser prevenida usando tecnologia existente e os custos envolvidos são centenas de vezes menores do que o custo do tratamento da cegueira provocada pela Diabetes. Estima-se em 5 a 10% o custo do tratamento precoce comparado com o tratamento em fases avançadas da RD⁶.

A detecção precoce da Retinopatia Diabética deve ser feita aos novos diabéticos ou para caracterizar as alterações retinianas dos diabéticos nunca observados em oftalmologia ou ainda como monitorização daqueles que, tendo sido já tratados, necessitam de manter a estabilização da RD conseguida.

A terapêutica precoce da RD, permite uma redução muito marcada do número de actos praticados ajustados à gravidade da doença ocular e, ao mesmo tempo, uma redução média significava do número de doentes a tratar, em cada grau de gravidade.

Dado que Retinopatia Diabética (RD) é a primeira causa de cegueira na idade activa, torna-se facilmente evidente que os custos com perdas de dias de trabalho, impostos e subsídios que o

⁴ Guidelines da Retinopatia Diabética – GER -Grupo de Estudos de Retina, Sociedade Portuguesa de Oftalmologia Dez de 2009.

⁵ James M, Turner DA, Broadbent DM, Vora J, Harding SP. Cost effectiveness analysis of screening for sight threatening diabetic eye disease. BMJ. 2000 Jun 17;320(7250):1627-31.

⁶ Guidelines da Retinopatia Diabética – GER -Grupo de Estudos de Retina, Sociedade Portuguesa de Oftalmologia Dez de 2009.

estado deixa de pagar ao doente incapacitado, mas também na redução dos gastos com o tratamento tardio, associado à melhoria dos resultados clínicos, à satisfação do doente, à melhoria da imagem e satisfação para com as instituições de saúde e o SNS, **torna o investimento realizado largamente compensado pelos ganhos.**

Outra vertente com elevada matriz financeira é a redução das queixas e indemnizações do Estado pelo **erro clínico que está subjacente ao atraso de tratamento da RD** e que a legislação recente sobre a responsabilidade extracontratual do estado vem dar relevo, tornando-se num factor de despesa pública muito relevante, à medida que as pessoas ficarem mais informadas e conscientes dos seus direitos.

Análise custo-benefício



A - Custos/benefício associados a situação actual

O mais importante factor de ineficácia e de ineficiência é o gravíssimo problema do atraso no tratamento que compromete a eficiência e os resultados de uma forma estrondosa, podendo mesmo falar-se de dano e efeitos adversos do tratamento ou do seu atraso.

Nº diabéticos em PORTUGAL em 2009

900000

CENÁRIO ACTUAL (A)	Custo doente	Custo tratamento	Custo viagens	Custo SNS TT+ viagens	Custo total
Cobertura 100% diabéticos	61.412.395 €	362.921.125 €	32.260.434 €	395.181.559 €	456.593.954 €
Cobertura 20% diabéticos	12.282.479 €	72.584.225 €	6.452.087 €	79.036.312 €	91.318.791 €

Consideramos como estimativa de custo real para o SNS o referente aos 20% dos doentes com RD.

Para o cenário de 20% do total de diabéticos tratados o custo para o SNS é de 79M€/ANO e o custo com viagens, pagos pela SNS (ARS's), é de 6,5M€/AMO aproximadamente. O doente suporta 12,2M€/ano.

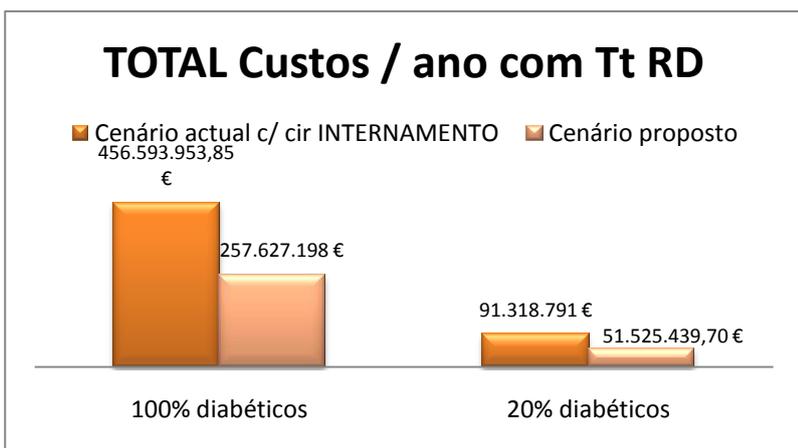
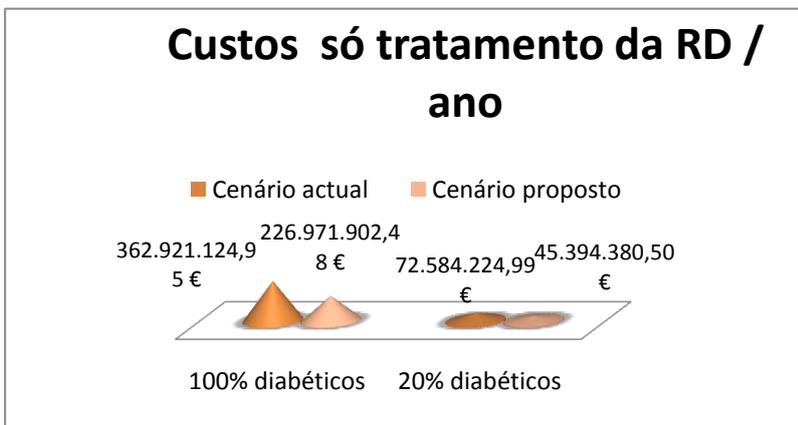


Fig. Inclui todos os custos: o custo para o doente, o custo das viagens e custo do tratamento propriamente dito.



ve ser utilizado para outros fins senão os acordados

Fig. Custos somente da parcela tratamento.

B - Custos/benefício associados à solução proposta

CENÁRIO PROPOSTO (B)	Custo doente	Custo tratamento	Custo viagens	Custo SNS TT+viagens	Custo total
Cobertura 100% diabéticos	27.927.562 €	226.971.902 €	2.727.734 €	229.699.637 €	257.627.198 €
Cobertura 20% diabéticos	5.585.512 €	45.394.380 €	545.547 €	45.939.927 €	51.525.440 €

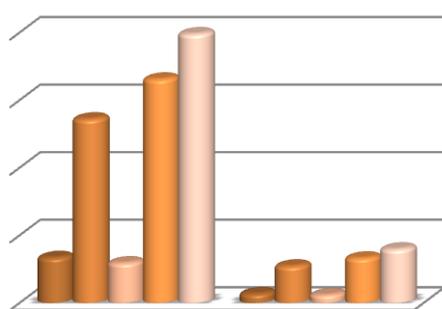
Diferença entre os cenários A e B

Com o cenário B e para uma cobertura de 20% dos diabéticos, conseguimos **redução de custos da ordem dos 33,4M€/ANO para o SNS (42%)**, 6,7M€/ANO para o doente (55%) e 5,9M€/ANO em viagens (92%). Para os 100% de cobertura deveremos multiplicar por cinco estes valores. Trata-se de um ganho em eficiência muitíssimo significativo!

8

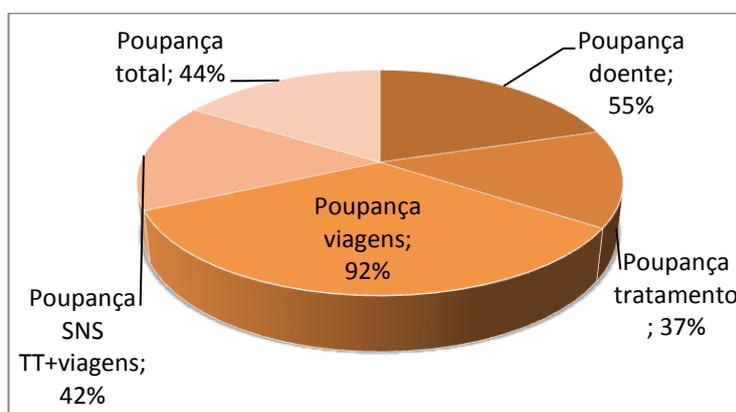
Diferença entre cenário A e B	Poupança doente	Poupança tratamento	Poupança viagens	Poupança SNS TT+viagens	Poupança total
Cobertura 100% diabéticos	33.484.833 €	135.949.222 €	29.532.700 €	165.481.922 €	198.966.755 €
Cobertura 20% diabéticos	6.696.967 €	27.189.844 €	5.906.540 €	33.096.384 €	39.793.351 €
Percentagem de poupança	55%	37%	92%	42%	44%

Valor de eficiência conseguida



Cobertura 100% diabéticos Cobertura 20% diabéticos

- Poupança doente
- Poupança tratamento
- Poupança viagens
- Poupança SNS TT+viagens
- Poupança total



Não estamos a considerar os ganhos indirectos de satisfação para o doente, ganhos em qualidade de vida saudável (QUALY), a repercussão que tem nos outros órgãos e sistemas um melhor controlo metabólico da diabetes, os dias de trabalho e rendimento familiar conseguido, os impostos que vai pagar e os subsídios que não vai receber do estado e das indemnizações por má prática clínica (não obrigatoriamente médica) pelo atraso de tratamento ou tratamento inadequado que o estado vai ter que pagar! Trata-se de um ganho socialmente importante embora sem uma tradução imediata nas contas do deve e haver da do SNS.

O financiamento do plano de gestão integrada da Retinopatia Diabética e preços a praticar

Sugerimos que ao financiamento seja efectuado como é feito actualmente para a Doença Renal Crónica, dispondo o SNS um programa de financiamento próprio para a terapêutica da Retinopatia Diabética, atribuindo um valor por doente, por cada ano, de acordo com a gravidade/estádio da doença e que será discutido com todas as partes interessadas: DGS, ACSS, Sociedade Portuguesa de Oftalmologia, Grupo Português de Retina e Vítreo, GER - Grupo de Estudos de Retina, Colégio de Especialidade de Oftalmologia, SPILM – Sociedade Portuguesa Interdisciplinar do Laser Médico.

O Modelo da Gestão da doença Renal Crónica deverá ser adoptado como benchmark, ajustado à realidade da Retinopatia Diabética.

2 - Conclusões e sugestões

A Retinopatia Diabética é um determinante major na gestão da Diabetes

A perda da visão é uma grande preocupação para o doente e isso permite que cuide melhor da gestão da sua Diabetes para além do facto de que se não tiver capacidade visual nem consegue avaliar a glicemia ou dosear as unidades de insulina!

Inovar na abordagem da Retinopatia Diabética - é necessário diferenciar pela situação clínica, planear em função do grau de gravidade e proceder ao tratamento em tempo útil uma vez que a doença é muito sensível ao tempo de demora no tratamento.

Inovação no tratamento da Retinopatia Diabética – trata-se de inovar em relação ao tratamento clássico que usa o laser de forma pouco padronizada. Pretende-se usar as Guidelines nacionais que o GER elaborou e avaliar os resultados através de indicadores que espelhem essa evolução clínica, em vez de usar somente indicadores de efectividade, como sejam os números de consultas.

Inovação no financiamento - para maximizar os investimentos e os ganhos em saúde, os serviços públicos devem usar os centros diferenciados que dão mais garantia de aplicar os recursos de forma eficiente. Para isso têm que ser justos a pagar a diferenciação, valoriza-la e estimula-la. Assim o pagamento deve ser compreensivo mas permitir que haja retribuição de acordo com complexidade dos actos praticados e em função dos resultados.

Construir indicadores de resultados e qualidade

Esta proposta quer mostrar o seu valor também pelos resultados alcançados. Se bem que no global, só 15% dos resultados se devam aos cuidados médicos, na RD é fundamental o apoio da medicina geral e familiar, o controle da TA, o controle metabólico e é bem nítida a distinção entre os bons e maus resultados com base na precocidade terapêutica e no tipo de procedimentos. Para se avaliar os resultados pressupõe-se a construção de bons indicadores ajustados à gravidade que propomos (Ver anexo nº2)

ANEXO I

GESTÃO INTEGRADA DA DIABETES – a RETINOPATIA DIABÉTICA

(Adaptado de ⁷ ANEXOS ao Contrato-Programa Hospitais SNS - Metodologia para a definição de preços e fixação de objectivos - Gestão Integrada da Doença Renal Crónica – Diálise, para a Retinopatia Diabética e integrada na Gestão Integrada da Diabetes)

Objectivo

Assegurar o acesso ao melhor e mais célere tratamento disponível para os doentes com Retinopatia Diabética, de acordo com o estado da arte e no respeito pelas boas práticas e pela segurança do doente, no quadro da efectiva implementação e operacionalização de um modelo de gestão integrada da doença que assegure equidade, acessibilidade e proximidade ao doente e, ao mesmo tempo que assegura sustentabilidade do SNS com modernas e justas formas de financiamento.

Fundamentação

A definição do modelo de financiamento “**pagamento por preço compreensivo ajustado pela gravidade clínica e complexidade do acto**” e a “**avaliação de resultados em função de indicadores robustos, relevantes e demonstrativos dos resultados obtidos**”, constitui uma modalidade que se aproxima ao modelo de pagamento pelo resultados que tem em conta a situação de partida ou seja, os resultados não são todos iguais para igual esforço terapêutico mas dependem do estadio e gravidade de doença no início do tratamento.

Existe um segundo fundamento para a associação do modelo de financiamento “pagamento por preço compreensivo ajustado pela complexidade” ao modelo de Gestão Integrada de Doença, aplicado à Retinopatia Diabética: é de que este funcione como uma alavanca para ultrapassar alguns dos constrangimentos e problemas dos actuais modelos de organização dos cuidados e de financiamento associados às doenças crónicas, destacando-se de entre eles :

- *Respostas desajustadas das necessidades: estabelecem-se planos de cuidados de acordo com a previsão das necessidades de cuidados para cada estadio da doença;*
- *Financiamento ao acto desligado dos resultados: avalia-se o atingir de resultados ajustados à gravidade da situação de partida, através de indicadores robustos;*
- *Deficiências no controlo de custos e de actividade: o prestador deverá ser eficiente pois o pagamento é “compreensivo” ajustado por grau de gravidade;*
- *Relações de mercado pouco claras para os vários intervenientes – estabelecem-se regras claras na especificação dos produtos e serviços a prestar, das responsabilidades e benefícios das partes, ajustadas ao risco;*
- *Integração insuficiente de cuidados com reflexos na qualidade dos serviços prestados: relação de parceria e cooperação com os Centros de Saúde - médicos de família – equipas de gestão da Diabetes de forma a otimizar e potenciar o contacto do doente com os cuidados de saúde e promovendo o seu auto-controlo ;*
- *Ausência de informação sistematizada e coerente tanto a nível clínico como económico-financeiro – ligação em rede entre os C. Saúde-USF e os UEDTRD para partilha de informação clínica e monitorização;*
- *Riscos de prestação somente de uma das partes, normalmente do SNS: dividir o risco da prestação entre prestador e financiador diminuindo o risco elevado para o prestador que o pagamento compreensivo puro encerra, ao distinguir níveis de valorização de acordo com a gravidade clínica de partida e a complexidade das intervenções e, ao mesmo tempo, partilha o risco associado a eventos não esperados;*
- *Centralizada e insuficiente resposta do SNS para uma necessidade de cuidados dispersa no território e célere: incentivar as respostas a vários níveis, públicas mas também privadas e sociais, descentralizar essas respostas no território e favorecer a*

⁷ ANEXOS Contrato-Programa 2009 Hospitais SNS - Metodologia para a definição de preços e fixação de objectivos, Administração Central do Sistema de Saúde - Unidade Operacional de Financiamento e Contratualização
Anexo V - Gestão Integrada da Doença Renal Crónica – Diálise – 2009.

proximidade, de modo a obter **resposta célere e eficaz** que na gestão do doente com RD, é um primeiro requisito para a resposta de QUALIDADE.⁸

O preço compreensivo ajustado à gravidade proposta neste estudo deverá ainda ser consensualizado pelos órgãos da Sociedade Portuguesa de Oftalmologia e Colégio de Especialidade, Grupo de Estudos de Retina, Grupo Português de Retina e Vítreo e Sociedade Portuguesa Interdisciplinar do Laser Médico, bem como a Direcção-Geral da Saúde/Administração Central do Sistema de Saúde.

Este preço engloba num período de 1 ano o diagnóstico e tratamento da Retinopatia Diabética: medicamentos e Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica, relativas à gestão do doente diabético, de acordo com o seu estágio/grau de gravidade: com ou sem Retinopatia Diabética activa, tratamento médico (excluindo o relativo ao controlo e tratamento da Diabetes ou outras patologias oftalmológicas para além da RD), laser, terapêutica combinada ou cirúrgica e às intercorrências oftalmológicas que possam surgir no decurso do respectivo tratamento e que são passíveis de serem corrigidas nos Centros de Excelência de Diagnóstico e Tratamento da RD (UCDTRD).

Todavia, este modelo de financiamento, ao agregar um conjunto de componentes não é inibitório do expectável investimento contínuo em novas terapias que venham, inevitavelmente, a surgir, uma vez que na sua definição, mais do que a monitorização da quantidade de actos/procedimentos/medicamentos efectuados, o que importa garantir é o acompanhamento e a monitorização dos resultados dessas actividades⁹.

O desenvolvimento do sistema de informação de gestão da Retinopatia Diabética, no âmbito da implementação do modelo gestão integrada da doença, permite acompanhar resultados e monitorizar a qualidade dos cuidados prestados, fornecer informação sobre todos os aspectos relevantes relacionados com os tratamentos e com a evolução da doença, constituindo-se, assim, com o instrumento essencial para a aplicação do preço compreensivo ajustado à gravidade clínica e complexidade do acto.

Por outro lado, passa a ser obrigatório para todos os hospitais e entidades convencionadas (UEDTRD) de tratamento da Retinopatia Diabética, registar todos os actos, procedimentos, medicamentos e exames relativos a cada doente no “sistema de informação”, com respeito pelas regras deontológicas, pelo segredo profissional e pela protecção dos dados pessoais, de forma a garantir a monitorização, acompanhamento e avaliação dos resultados dessas actividades.

Neste sentido, deverão estabelecidas metas e objectivos com implicações directas no pagamento dos serviços e na manutenção do contrato.

Pressupostos

Assim, esta modalidade assenta nos seguintes pressupostos:

- ✚ Os doentes com Diabetes têm acesso garantido aos cuidados de saúde na especialidade de Oftalmologia de que necessitem;
- ✚ Os cuidados de saúde serão prestados de forma integrada, com vista a aumentar a qualidade de vida e o bem-estar dos doentes;
- ✚ Os cuidados de saúde são prestados de acordo com elevados padrões de qualidade, efectividade e eficiência técnica;
- ✚ Os instrumentos de monitorização serão actualizados, com recurso ao sistema de informação de gestão da Retinopatia Diabética, assente na plataforma de gestão integrada da doença da Direcção-Geral da Saúde, de modo a permitirem a disponibilização de informação útil e atempada;
- ✚ Os doentes terão um papel activo no processo de gestão da sua doença;
- ✚ É fixado um montante financeiro compreensivo global por doente e por nível de gravidade clínica e complexidade dos actos, para um determinado período de tempo – 1 ano;

⁸ Ana Escoval, Tânia Matos – A Contratualização e Regulação nos Hospitais, in Governação Clínica dos Hospitais: Editores -Luís Campos, Margarida Borges, Rui Portugal Edição Casa das Letras Lisboa 1ª ed 2009

⁹ ANEXOS Contrato-Programa 2009 Hospitais SNS (ver referência completa em nota rodapé acima)

- ✚ É estabelecida uma relação directa e explícita entre financiamento e cumprimento dos parâmetros de serviços, em concordância com as metas e objectivos fixados.

Âmbito

Os preços agora estabelecidos aplicam-se ao universo de todos os doentes Diabéticos referenciados, necessitando de avaliação/tratamento da Retinopatia Diabética nos cinco níveis gravidade/complexidade anteriormente referidos, não podendo ser adoptados quaisquer critérios clínicos de exclusão de doentes por parte das UEDTRD.

Obrigações

1. As UEDTRD obrigam-se a:

- Desenvolver a sua actividade garantindo a humanização e qualidade dos serviços prestados, bem como a segurança dos doentes, aferidas através de indicadores definidos nos “Guidelines da Retinopatia Diabética” publicado em pela Sociedade Portuguesa de Oftalmologia, actualizados sempre que a evidência científica o aconselhe;
- Permitir aos organismos do Ministério da Saúde, através do seu sistema de informação de gestão da doença crónica, o acesso aos elementos relativos a cada doente necessários à gestão integrada da doença, no respeito pelas regras deontológicas e do segredo profissional;
- Prestar cuidados de saúde de qualidade aos utentes do Serviço Nacional de Saúde, em tempo útil, nas melhores condições de atendimento e a não estabelecer qualquer tipo de discriminação;
- Disponibilizar toda a informação necessária e prestar toda a colaboração na realização de inspecções e auditorias efectuadas pelos organismos do Ministério da Saúde.

2. O não cumprimento das obrigações referidas implica a suspensão dos pagamentos.

3. Os organismos do Ministério da Saúde obrigam-se a:

- Efectuar o pagamento dos cuidados de saúde prestados, de acordo com o disposto na Circular Normativa da Administração Central do Sistema de Saúde, I.P., relativa às regras de facturação e pagamentos;
- Monitorizar, acompanhar e avaliar os cuidados de saúde prestados;
- Divulgar junto dos hospitais os resultados das inspecções e auditorias realizadas pelos organismos do Ministério da Saúde.

Modalidade do Preço

O preço compreensivo ajustado à gravidade e complexidade dos actos médicos referido, abrange todos os encargos relativos ao diagnóstico e tratamento do doente diabético, ao controlo e avaliação, aos exames, às análises e aos medicamentos necessários ao tratamento da Retinopatia Diabética (excluindo o tratamento específico da Diabetes), bem como às intercorrências oftalmológicas que possam surgir no decurso do respectivo tratamento e que são passíveis de serem corrigidas nos Unidades de Excelência de Diagnóstico e Tratamento da RD.

Os elementos integrantes das componentes do preço que serviram de referência ao cálculo do preço compreensivo serão revistos sempre que a evidência científica o aconselhe, sendo a sua divulgação assegurada pela Direcção-Geral da Saúde, através de Circular Informativa.

Os indicadores de monitorização de resultados constarão de Circular Normativa, a emitir pela Direcção-Geral da Saúde, após audição das estruturas profissionais e técnicas neste âmbito, a qual poderá ser revista, anualmente e sempre que a evidência científica o aconselhe. Consideram-se indicadores de partida os constantes do anexo III.

O preço é fixado em função da gravidade/complexidade em 5 escalões/doente/ano e em cada ano desde 1 de Janeiro.

Caso haja necessidade de cirurgia de catarata, esta é paga às UEDTRD de acordo com regras do SIGIC.

Metas e Objectivos para Monitorização de Resultados em Retinopatia Diabética

© Copyright : todos os direitos reservados

AVISO: o conteúdo deste documento só poderá ser utilizado após prévia informação e pedido ao autor e não deve ser utilizado para outros fins senão os acordados previamente.

Todas as UEDTRD (públicas e privadas) que prestam cuidados a doentes Diabéticos no âmbito do rastreio, diagnóstico e tratamento da RD, estão vinculadas ao cumprimento das seguintes metas e objectivos de resultado¹⁰:

Metas Valor de Referência

1. Acuidade Visual

a. % de doentes com valorização dos indicadores de resultados realizada correctamente (algoritmo no anexo 2 – indicadores de resultados)	≥90%
b. % de doentes com AV ≥ 0,5 (20/40 ou score ETDRS 70) em binocularidade	≥70%
c. % de doentes com AV ≤ 0,32 (20/63 ou score ETDRS 60) num dos olhos	≤30%
d. % de doentes com AV ≤ 0,1 (20/200 ou score ETDRS 35) num dos olhos	≤25%
e. % de doentes com AV ≤ 0,1 (20/200 ou score ETDRS 35) em binocularidade	≤5%
f. % de doentes com AV ≤ 0,1 (20/400 ou score ETDRS 20) em binocularidade	≤1%

2. Edema Macular Diabético (Espessura Central da Mácula-ECM- no OCT em micras)

a. % de doentes com ECM ≥ a 250 micra em pelo menos um olho	≤20%
---	------

3. Evolução para Doença Diabética Ocular Avançada durante os cuidados e vigilância clínica

a. % de doentes com Hemovítreo/DR traccional/Rubeosis/GNV em pelo menos um olho	≤10%
---	------

4. Cirurgia

a. % de doentes com reintervenções no mesmo olho como sequência ou para completar tratamento no total das cirurgias, excluindo a cirurgia de catarata	≤30%
---	------

Objectivos Valor de Referência

1. Acesso

a. % de doentes com grau de gravidade 4 ou 5 e espera superior a uma semana	≤20%
b. % de doentes com grau de gravidade 3 e espera superior a 15 dias	≤20%

2. Ligação com USF-CS e comunidade

a. acções de formação/divulgação de temas relacionados com RD junto dos médicos da família do ACES	2/ano
b. acções de formação/divulgação de temas relacionados com RD junto da comunidade/imprensa local da área do ACES/autarquias	2/ano

3. Registo de informação clínica

a. % de registos incompletos ou não conformes/trimestre	≤10%
---	------

As metas e os objectivos, acima mencionadas, tendem a reflectir as orientações de boa prática, quer nacionais, quer internacionais, na área dos cuidados oftalmológicos ao doente com RD, sendo que as primeiras servirão de suporte à monitorização contratual e os segundos constituem marcos a atingir e a contratualizar no futuro.

No processo de gestão integrada da doença o doente deverá ser considerado um parceiro activo na gestão da evolução da sua própria doença devendo para tal ser proactivamente capacitado/empoderado pelos cuidadores e co-responsabilizado pela sua adesão aos regimes terapêuticos e adequação dos seus estilos de vida.

Metodologia de monitorização

1 - Atendendo a que como adenda às Guidelines do tratamento da Retinopatia Diabética está contemplado um conjunto de indicadores de monitorização da qualidade (ver anexo 2), que nos

¹⁰ No anexo II ao documento principal é proposta uma bateria de indicadores que o sistema de informação deverá ser capaz de responder para efeito de informação para melhor gestão clínica, aperfeiçoamento dos indicadores e gestão administrativa, bem como o algoritmo para se chegar ao SCORE GER da Acuidade Visual. Indicadores a serem testados pelo GER.

© Copyright : todos os direitos reservados

AVISO: o conteúdo deste documento só poderá ser utilizado após prévia informação e pedido ao autor e não deve ser utilizado para outros fins senão os acordados previamente.

termos da Lei têm de ser cumpridos pelas UEDTRD, são estabelecidos 3 níveis de alerta de correcção das metas, para a monitorização de resultados, a aferir semestralmente a partir de relatório produzido pelo Sistema de Informação de Gestão Integrada da Diabetes:

1.º nível de alerta – no âmbito do processo de monitorização, a UEDTRD é notificado pela Direcção-Geral da Saúde (DGS), se alguma das metas não for cumprida, com vista à justificação técnica do desvio verificado e correcção/normalização da(s) meta(s) em causa.

2.º nível de alerta - Caso a justificação técnica do desvio verificado não seja aceite pela DGS, esta notifica a entidade convencionada dessa decisão, para que no prazo de 6 meses, a contar da notificação, possa proceder à correcção e normalização da(s) meta(s) em causa, com a advertência de que, caso o não faça, decorrido aquele prazo, haverá lugar à suspensão dos pagamentos;

3.º nível de alerta - no âmbito do processo de acompanhamento, passados 6 meses se a situação não estiver corrigida, a DGS notifica a Administração Central do Sistema de Saúde, Instituto Público (ACSS) para suspender de imediato o pagamento. 1 Despacho n.º 14 391/2001 (2ª série) publicado no Diário da República N.º 158, II Série de 10 de Julho de 2001.

2 – Findo este prazo, caso o UEDTRD não proceda à correcção e normalização da(s) meta(s) em causa, a DGS solicitará à Inspecção-Geral das Actividades em Saúde (IGAS) uma auditoria/inspecção decorrendo daí as sanções que resultarem dos processos instaurados.

3 - Caso ocorra a suspensão dos pagamentos, a ACSS só pode retomá-los e pagar o valor correspondente aos meses em que vigorou a suspensão, após notificação da DGS, no mês seguinte àquele em que a unidade de diálise tenha corrigido e normalizado a(s) meta(s) em causa.

Lisboa - Agosto 2010
Documento editado e publicado pela SPILM
Sociedade Portuguesa Interdisciplinar do Laser Médico

Publicado em: www.spilm.com

ANEXO II

INDICADORES DE QUALIDADE: medidas de estrutura, do processo e dos resultados (estudo preliminar a ser testado pelo GER – Grupo de Estudos de Retina da SP Oftalmologia):

Medidas de Estrutura:

Permitem avaliar e monitorizar as acções desenvolvidas, o seu número (efectividade), ajustá-las à população em causa, comparar com outras instituições e medir a sua eficiência em função dos resultados:

1. Existência de cadeira de refração ou equivalente
2. Existência de escala ETDRS
3. Existência de Retinografia
4. Existência de Angiografia Fluoresceínica
5. Existência de OCT tipo stratus ou SD
6. Existência de laser térmico
7. Existência de laser de micropulsos
8. Existência de espaço dedicado a procedimentos minimamente invasivos em oftalmologia com monitorização cardíaca e recobro com gases medicinais e DEA
9. Existência de enfermeiro apoio
10. Existência de técnico ortoptista
11. Existência de avença com farmacêutico de apoio.
12. Existência de pelo menos um especialista com sub especialidade em retina e Curso Pos Graduado da SPILM com módulo clínico de oftalmologia
13. Garantia de que os médicos que tratam os doentes têm sub especialidade em retina e Curso Pos Graduado da SPILM com módulo clínico de oftalmologia
14. Existência de um Agente de segurança Laser que pode ser o Director Clínico
15. O CEDTRD está inscrito na ERS
16. O CEDTRD está licenciado ao abrigo do Dec Lei ... de 2009
17. Existe um Sistema de Informação compatível com o SAM ou outro em uso do ACES-CS-USF local e com contrato de manutenção assinado com o vendedor.
18. Foi comunicado à CNPD da Ass da República
19. O pessoal foi treinado para fazer SBV – foi realizado um curso no INEM
20. As funcionárias da recepção fizeram formação específica em atendimento, gestão de conflitos, segredo profissional na gestão da informação clínica.
21. Existe Regulamento Interno
22. Existência de Manual de Procedimentos
23. Existência de esterilização ou contrato com entidade externa
24. Existência de contrato com entidade de processamento de resíduos hospitalares
25. Existe Director Clínico e está designado substituto na sua ausência.
26. Existe WC para mobilidade reduzida e acessibilidade assegurada às instalações.
27. Existência de ar renovado e ar condicionado
28. Existência de sinalética para minimizar risco e consequências de incêndio
29. Existe Licença de Utilização emitida pela autarquia
30. Existe horário de abertura exposto
31. Existe e está exposta indicação de que existe livro de reclamações
32. Está exposta a certidão da ERS

Medidas de Processo:

Permitem avaliar e monitorizar as acções desenvolvidas, o seu número (efectividade), ajustá-las à população em causa, comparar com outras instituições e medir a sua eficiência em função dos resultados:

33. Percentagem da população diabética que realizaram exame do fundo ocular ou retinografia nos últimos 12 meses, indicador a avaliar em cada ano e confrontar a sua evolução.
34. Nº de doentes que estão a ser seguidos/tratados /diabéticos totais em cada ano
35. Quantidade de laser PRP efectuado por doente (área de retina tratada = nº impactos*área dos impactos/área da retina)/doente
36. Quantidade de laser macular efectuado por doente (sessões laser macular = nº tratamentos/doente)
37. % olhos com IIV = \sum do nº de inj IV realizadas em cada olho tratado/total olhos tratados $\times 100$ período de 1 ano
38. \sum do nº de tratamentos laser realizados em cada olho tratado/total olhos que fizeram laser
39. Nº de doentes que fizeram laser
40. Nº de sessões laser por doente/olho
41. Nº de doentes que fizeram Vitrectomia
42. Nº de doentes que estão a ser seguidos em Consulta de Diabetes ao fim de 1 ano e 3 anos
43. Doentes com HbA1c \leq 7% início / ao fim 1 ano
44. Doentes com HbA1c entre 7%-9% início / ao fim 1 ano
45. Doentes com HbA1c $>$ 9% início / ao fim 1 ano
46. Doentes com IMC $<$ 24 início / ao fim 1 ano
47. Doentes com IMC $>$ 24 início / ao fim 1 ano
48. Doentes com HTA controlada início / ao fim 1 ano
49. Doentes com HTA não controlada início / ao fim 1 ano
50. Doentes com lipídemia controlada início / ao fim 1 ano
51. Doentes com lipídemia não controlada início / ao fim 1 ano
52. Nº de doentes fotocoagulados em fase precoce (com RDNP grave ou RDP inicial+EMD ameaçando fóvea ou menor gravidade)
53. Nº de doentes fotocoagulados em fase tardia (com RDP de alto risco ou mais grave+EMD com compromisso foveal ou maior gravidade)
- 54.

Medidas de resultados

1. Satisfação do doente: não satisfeitos/todos enviados; satisfeitos/todos enviados; muito satisfeitos/todos enviados; excepcionalmente satisfeitos/total enviados
 2. Satisfação família: Não satisfeitos/todos enviados; satisfeitos/todos enviados; muito satisfeitos/todos enviados; excepcionalmente satisfeitos/total enviados
- Os indicadores de resultados deverão ter no seu conjunto uma ponderação que seja no máximo x pontos.**
- Algoritmo de valorização dos indicadores de resultados:
- Se score inicial ≤ 70 : se ≤ 15 vale -3; se ≤ 10 vale -2; se ≤ 5 vale -1; se = 0 vale 0; ≥ 5 vale 1; se ≥ 10 , vale 2; ≥ 15 vale 3.
- Se score inicial ≥ 70 : as perdas têm valorização igual; os ganhos se = 0 vale 1; ≥ 5 vale 2; se ≥ 10 , vale 3; ≥ 15 vale 4.
- Se score inicial ≥ 75 : as perdas têm valorização igual; os ganhos se = 0 vale 2; ≥ 5 vale 3; se ≥ 10 , vale 4.
- Se score inicial ≥ 80 : as perdas têm valorização igual; os ganhos se = 0 vale 3; ≥ 5 vale 4;
- Se score inicial ≥ 85 : as perdas têm valorização igual; os ganhos se = 0 vale 4; ≥ 5 vale 5;
- Cada ano de seguimento acresce 1 ponto à valorização
3. AV ao fim 1º ano de tratamento:
 - Acuidade Visual: score ao fim de 1º ano OD - score ETDRS inicial OD/nº olhos
 - Acuidade Visual: score ao fim de 1º ano OE - score ETDRS inicial OE/nº olhos
 - Acuidade Visual: score ao fim de 1º ano ODE -score ETDRS inicial ODE/nº olhos/2
 4. AV ao fim 2º ano de tratamento/seguimento:
 - Acuidade Visual: score ao fim de 2º ano OD - score ETDRS inicial OD/nº olhos
 - Acuidade Visual: score ao fim de 2º ano OE - score ETDRS inicial OE/nº olhos
 - Acuidade Visual: score ao fim de 2º ano ODE -score ETDRS inicial ODE/nº olhos/2
 5. AV ao fim 3º ano de tratamento/seguimento:
 - Acuidade Visual: score ao fim de 3º ano OD - score ETDRS inicial OD/nº olhos
 - Acuidade Visual: score ao fim de 3º ano OE - score ETDRS inicial OE/nº olhos
 - Acuidade Visual: score ao fim de 3º ano ODE -score ETDRS inicial ODE/nº olhos/2
 6. AV ao fim 4º ano de tratamento/seguimento:
 - Acuidade Visual: score ao fim de 4º ano OD - score ETDRS inicial OD/nº olhos
 - Acuidade Visual: score ao fim de 4º ano OE - score ETDRS inicial OE/nº olhos
 - Acuidade Visual: score ao fim de 4º ano ODE -score ETDRS inicial ODE/nº olhos/2
 7. AV ao fim 5º ano de tratamento/seguimento:
 - Acuidade Visual: score ao fim de 5º ano OD - score ETDRS inicial OD/nº olhos
 - Acuidade Visual: score ao fim de 5º ano OE - score ETDRS inicial OE/nº olhos
 - Acuidade Visual: score ao fim de 5º ano ODE -score ETDRS inicial ODE/nº olhos/2
 8. Em cada período de tempo(trimestre ou ano), nº de doentes com score ≥ 70 (5/10ou 20/40) em binocular / total dos doentes actualmente em tratamento no UEDTRD **META 90%**
 9. ECM ao fim 1º ano de tratamento: até 100 vale 1; se ≥ 100 , vale 2; se ≥ 250 , vale 3
 - OCT (ECM) espessura central mácula inicial OD / ECM ao fim do 1º ano OD
 - OCT (ECM) espessura central mácula inicial OE / ECM ao fim do 1º ano OE
 - OCT (ECM) espessura central mácula inicial ODE(soma) / ECM ao fim do 1º ano ODE(soma)
 10. ECM ao fim 2º ano de tratamento/seguimento: até 100 vale 1; se ≥ 100 , vale 2; se ≥ 250 , vale 3
 - OCT (ECM) espessura central mácula inicial OD / ECM ao fim do 2º ano OD
 - OCT (ECM) espessura central mácula inicial OE / ECM ao fim do 2º ano OE
 - OCT (ECM) espessura central mácula inicial ODE(soma) / ECM ao fim do 2º ano ODE
 11. ECM ao fim 3º ano de tratamento/seguimento: até 100 vale 1; se ≥ 100 , vale 2; se ≥ 250 , vale 3
 - OCT (ECM) espessura central mácula inicial OD / ECM ao fim do 3º ano OD
 - OCT (ECM) espessura central mácula inicial OE / ECM ao fim do 3º ano OE
 - OCT (ECM) espessura central mácula inicial ODE(soma) / ECM ao fim do 3º ano ODE
 12. ECM ao fim 4º ano de tratamento/seguimento: até 100 vale 1; se ≥ 100 , vale 2; se ≥ 250 , vale 3
 - OCT (ECM) espessura central mácula inicial OD / ECM ao fim do 4º ano OD
 - OCT (ECM) espessura central mácula inicial OE / ECM ao fim do 4º ano OE
 - OCT (ECM) espessura central mácula inicial ODE(soma) / ECM ao fim do 4º ano ODE
 13. ECM ao fim 5º ano de tratamento/seguimento: até 100 vale 1; se ≥ 100 , vale 2; se ≥ 250 , vale 3
 - OCT (ECM) espessura central mácula inicial OD / ECM ao fim do 5º ano OD
 - OCT (ECM) espessura central mácula inicial OE / ECM ao fim do 5º ano OE
 - OCT (ECM) espessura central mácula inicial ODE(soma) / ECM ao fim do 5º ano ODE
 14. Na 1ª Consulta de Diabetes Ocular nº doentes c/ RD em actividade / na Consulta de DO ao fim de 1 ano nº doentes c/ RD em actividade (que necessita de continuação de tratamento dentro de 6 meses). < 1 vale 0; se = 1 vale 1; se $\geq 1,5$ vale 2; se ≥ 3 vale 3; se ≥ 4 vale 4; se ≥ 5 vale 5; se ≥ 6 vale 6.