



ADMINISTRAÇÃO CENTRAL
DO SISTEMA DE SAÚDE, IP

OTIMIZAR RECURSOS
GERAR EFICIÊNCIA



ESTRATÉGIA PARA A ESTRATIFICAÇÃO DA POPULAÇÃO PELO RISCO

3 de janeiro de 2022



REPÚBLICA
PORTUGUESA
SAÚDE



SNS SERVIÇO NACIONAL
DE SAÚDE

ÍNDICE

| | | |
|------|---|----|
| 1. | Introdução..... | 4 |
| 2. | Estratificação da população pelo risco..... | 7 |
| 2.1. | Porquê implementar a estratificação pelo risco em Portugal? | 7 |
| 3. | Ajustamento pelo risco..... | 10 |
| 4. | Objetivos da implementação da estratificação pelo risco em Portugal | 12 |
| 5. | Instrumentos de estratificação | 14 |
| 6. | Plano de implementação | 17 |
| 7. | Monitorização e avaliação da implementação da estratificação pelo risco | 19 |
| 8. | Bibliografia | 20 |

Siglas e acrónimos

ACG – Adjusted Clinical Groups

ACSS – Administração Central do Sistema de Saúde

CRG – Clinical Risk Groups

JADECARE – Joint Action on Digitally Enabled Integrated Person Centered Care

OCDE – Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico

PRR – Plano de recuperação e resiliência

1. Introdução

Um pouco por todo o mundo, entre os países desenvolvidos, os sistemas de saúde estão a lidar com um conjunto de desafios tais como o envelhecimento da população, o aumento da cronicidade, expectativas mais elevadas da população quanto à sua saúde e às respostas de saúde, a carência de profissionais de saúde e a pressão da inovação terapêutica, associada a progressivo aumento da despesa, que constitui uma ameaça à sustentabilidade.

Por outro lado, assistimos hoje a um conjunto de novas tendências que podem ter um papel relevante para assegurar cuidados de qualidade, centrados nas pessoas e nas suas necessidades, mais próximos e mais convenientes, contribuindo simultaneamente para assegurar não só a sustentabilidade do sistema, como também a sua reação na resposta a futuras ameaças globais de saúde.

As doenças crónicas representam uma importante limitação na qualidade de vida e na independência funcional das pessoas que delas padecem, sendo um propulsor do incremento da despesa em saúde. Muitas destas doenças resultam da exposição acumulada e prolongada das pessoas a fatores de risco capazes de gerar doenças crónicas. O envelhecimento e os estilos de vida menos saudáveis acentuam o aumento da prevalência da doença crónica. O padrão de doença mudou, sendo cada vez maior a proporção da despesa em saúde relacionada com doenças crónicas. O futuro dos cuidados de saúde irá ser dominado pelo repto das doenças crónicas complexas, sendo na coexistência de múltiplas condições crónicas que se apresentam os maiores desafios para os atuais sistemas de saúde. Haverá um número crescente de pessoas com problemas múltiplos de saúde, mais comum entre os mais idosos. Portugal atravessa um momento de transição demográfica e epidemiológica importante, com o envelhecimento da população e aumento da cronicidade, realidade à qual o sistema de saúde ainda não se adaptou, com prejuízo para os doentes e para a sustentabilidade do sistema.

De acordo com dados da OCDE, Portugal é o quarto país com maior percentagem da população com mais de 65 anos (22,3%). A esperança média de vida aos 65 anos é elevada, vivendo as pessoas cerca de mais 20 anos, valor ligeiramente acima da média da OCDE. Contudo, 13 desses anos são vividos com incapacidade, acima da média da OCDE (9,9). Adicionalmente, 50% da população com mais de 65 anos tem, pelo menos uma doença crónica e 17%, pelo menos duas. Nestes doentes com maior carga de doença concentra-se maior consumo de recursos, sendo que a literatura indica que os doentes com multimorbilidade consomem 50 vezes mais recursos que um doente não crónico¹.

Não obstante os esforços desenvolvidos, para adequar a prestação de cuidados a esta realidade, continua a observar-se fragmentação, por vezes com intervenções episódicas, descontinuadas, reativas e centradas no tratamento da doença. Vários estudos têm concluído que tais características conduzem a atrasos nos diagnósticos, nomeadamente nas doenças crónicas mais prevalentes (diabetes, cardiovasculares, oncológicas, respiratórias), à duplicação de cuidados, a admissões hospitalares evitáveis, a pior qualidade de vida e a custos mais elevados. Nos doentes com multimorbilidade este problema é particularmente crítico. Os doentes percorrem diversas especialidades, para cada patologia que têm, realizando exames complementares, por vezes repetidos,

e recebendo prescrições terapêuticas que, muitas vezes, não são a combinação ótima, para o conjunto das suas necessidades.

No que respeita ao desafio da cronicidade, o modelo de cuidados de saúde requer todo um realinhamento que passa pela promoção da saúde desde os primeiros anos e ao longo de toda a vida, evitando ou protelando a ocorrência de doenças futuras, assim como pela prevenção da doença, apostando nos rastreios e diagnóstico precoce, e ainda na gestão da doença, evitado e mitigando as agudizações.

Sabendo da importância que os determinantes sociais têm na saúde, as autarquias têm um papel fundamental a desempenhar, conforme diploma que concretiza o quadro de transferência de competências para os órgãos municipais (Decreto-Lei n.º 23/2019). Ao abrigo do documento, está prevista uma parceria estratégica entre os municípios e o SNS relativa aos programas de prevenção da doença, com especial incidência na promoção de estilos de vida saudáveis e de envelhecimento ativo.

A pandemia veio demonstrar que as autarquias são atores chave nesta dimensão mais lata da saúde, porque conhecem o seu território e populações e, por isso, podem mobilizar os recursos existentes na comunidade para dar resposta a necessidades que, não sendo diretamente de saúde, têm um impacto muito significativo na mesma.

A transformação do sistema passa também pela integração saúde-social, potenciando a continuidade de cuidados e organização dos percursos de cuidados centrados no doente e não nas especialidades profissionais, bem como a valorização das decisões dos doentes.

Todo este novo paradigma beneficia do suporte das tecnologias. O desenvolvimento da telemedicina permite hoje prestar mais cuidados no domicílio, evitar deslocações desnecessárias dos utentes e dos profissionais e rentabilizar recursos. Alguns destes exemplos bem conhecidos são o telerastreio, a telemonitorização, as teleconsultas, as teleconsultadorias e, mais recentemente, a telereabilitação, como resposta às dificuldades de acesso decorrentes do COVID.

Em Portugal beneficiamos hoje de uma panóplia imensa de sistemas de informação, sem precedente noutros países Europeus, que ajudam os profissionais na sua atividade. No entanto persiste o desafio de fazer todos estes sistemas comunicarem entre si, não só para ajudar a coordenar e articular cuidados, mas também para suportar a gestão nos vários níveis do sistema de saúde. Transformar dados em conhecimento, permite tomar melhores decisões, planejar com base em evidência concreta e antecipar os acontecimentos.

No sentido de prosseguir o *quadruple aim*, tornando 1) os sistemas de saúde mais integrados e centrados no doente, 2) adotando uma abordagem populacional, 3) considerando a satisfação dos profissionais e 4) mantendo o seu equilíbrio financeiro, tem vindo a ser adotada em vários países/regiões a estratificação da população pelo risco, uma abordagem populacional, sistemática e preditiva com a identificação de grupos com necessidades semelhantes, recorrendo a ferramentas específicas. Após a identificação desses grupos, são delineadas intervenções dirigidas a cada um, sendo possível, deste modo, adequar os níveis de recursos, em função das necessidades.

A estratificação da população pelo risco é usada desde há muito nos Estados Unidos, principalmente para efeitos de financiamento². Na Europa, a sua utilização encontra-se numa fase menos desenvolvida, sendo usada para financiamento, mas sobretudo para investigação, planeamento e gestão em termos de saúde pública. Reconhecendo a importância deste instrumento para uma gestão mais eficiente da saúde populacional e dos recursos, a ACSS tem como objetivo implementar a estratificação da população pelo risco. A sua importância é de tal forma estruturante que faz parte dos compromissos assumidos no âmbito do Plano de Recuperação e Resiliência (PRR).

A estratificação pelo risco insere-se no PRR como um meio para fomentar a integração de cuidados, fazendo evoluir o atual modelo de cuidados no sentido de organizar processos assistenciais ajustados às características individuais de cada utente e com os seus percursos de vida, garantindo intervenções preventivas, antecipatórias e mais adequadas ao bem-estar de cada um, robustecendo também a capacidade de identificar situações de risco e de articulação com outros serviços de saúde e respostas sociais competentes. Não menos importante é a sua contribuição para uma alocação mais equilibrada dos recursos, ajustada às necessidades específicas de cada grupo populacional e para a melhoria contínua do desempenho.

Em Portugal, já foram desenvolvidas iniciativas no âmbito da estratificação da população pelo risco. Em 2010 foi desenvolvido um trabalho de validação dos dados e de aplicação do ajustamento pelo risco pela empresa Verisk³.

Em 2016/2017 foi efetuado um estudo com o agrupamento dos utentes da ARS Norte e das ULS em Adjusted Clinical Groups (ACG), da IASIST e Clinical Risk Groups (CRG), da 3M HIS⁴ tendo essa informação sido utilizada para demonstrar que o dimensionamento das listas de utentes dos médicos de medicina geral e familiar⁵ podia ter em conta critérios mais robustos e conseqüentemente mais justos. Posteriormente foi desenvolvida uma ferramenta nacional – o Índice de Complexidade do Utente (ICU)⁶ – que, em função de um conjunto de variáveis, permite calcular para cada utente inscrito, um valor/índice que tem capacidade preditiva da carga de trabalho dos profissionais de saúde dos cuidados de saúde primários, consumo de medicamentos, MCDT, utilização da rede de urgência, de consultas e internamentos hospitalares.

Para suportar o processo de implementação da estratificação pelo risco, a ACSS participa de uma Joint Action da Comissão Europeia sobre integração de cuidados e cuidados centrados nas pessoas (JADECARE), cujo objetivo geral é disseminar boas práticas em termos de integração de cuidados, sendo uma das componentes principais, a estratificação pelo risco.

2. Estratificação da população pelo risco

A estratificação da população pelo risco não é um fim em si mesmo, mas antes uma abordagem sistemática, de abrangência populacional, usada para prever necessidades futuras, sejam elas morbidade, consumo de recursos, custos, ocorrência de eventos adversos (admissões não planeadas que são potencialmente evitáveis) ou outro tipo de riscos. Apesar de a estratificação permitir calcular o consumo de recursos atual, a sua grande mais valia é, com base em dados históricos, calcular o consumo de recursos futuro. Com esta informação, a governação clínica hoje, torna-se mais efetiva, por permitir colocar os doentes em maior risco no radar, monitorizando-os e antecipando cuidados, intervindo à menor alteração, por forma a evitar descompensações.

Em termos práticos, a estratificação classifica e agrupa os indivíduos, permitindo identificar subpopulações com risco comparável. Tipicamente a estratificação segue a lógica da pirâmide de Keiser Permanent. A subpopulação de mais elevado risco compreende apenas uma pequena percentagem da população total (5%), seguindo-se um grupo de menor risco (cerca de 20%), depois um grupo de baixo risco (cerca de 60% da população).

Numa perspetiva de gestão da saúde da população, o objetivo é maximizar a saúde dos cidadãos, apostando na promoção da saúde, prevenção da doença e gestão da doença crónica, atuando de uma forma proactiva, monitorizando os utentes de mais elevado risco e atuando precocemente para minimizar intervenções evitáveis.

Diferentes subgrupos da população têm diferentes necessidades, pelo que, para obter melhores resultados de saúde na população total, é necessário personalizar as intervenções para as diferentes necessidades. A estratificação da população permite a identificação dos diferentes grupos e das respetivas necessidades, podendo assim ser definidos programas dirigidos a essas mesmas necessidades e consequentemente alocar os recursos de forma diferenciada. Por exemplo, no topo da pirâmide estão os doentes mais complexos, que requerem um maior acompanhamento, pelo que, habitualmente estes doentes são incluídos em programas de gestão de caso. Na faixa seguinte da pirâmide, os doentes são crónicos, mas com menor complexidade, sendo, por isso, habitualmente incluídos em programas de gestão da doença (insuficiência cardíaca, diabetes, doença pulmonar obstrutiva crónica e multimorbidade). O grupo mais abaixo beneficia de intervenções que o capacitem para a autogestão e os saudáveis, na base da pirâmide, requerem ações de promoção de saúde e prevenção de doença, evitando que transitem de nível.

O facto de se personalizarem as intervenções em função das necessidades específicas dos grupos, permite uma distribuição mais equitativa dos recursos, mas também dos *outcomes* no global da população, sendo assim, útil a uma abordagem de gestão da saúde da população no seu todo, como detalhado no capítulo seguinte.

2.1. Porquê implementar a estratificação pelo risco em Portugal?

Implementar uma nova intervenção requer considerar a situação atual no contexto do Sistema, identificar os fatores ambientais e organizacionais e compreender a influência desses fatores. Da análise surgem *inputs* relevantes para suportar o planeamento estratégico e a decisão. Neste sentido, com o objetivo de ter uma boa perceção da situação atual em termos de cuidados integrados, centrados nos cidadãos, e contribuir para conhecer

fatores facilitadores e barreiras à implementação, no âmbito da participação na JADECARE, foi feita uma análise SWOT, cujos resultados se apresentam de seguida.

| FORÇAS | FRAQUEZAS |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> - Temos muitos dados sobre atividade assistencial - Já se recolhe informação sobre muitas variáveis que podem ser incorporadas no instrumento de estratificação; - Alguma informação sobre os utentes já é partilhada entre níveis de cuidados - Estão já implementadas algumas boas práticas de integração – programas de gestão de caso, Programas de conciliação terapêutica, Percursos assistenciais integrados, Programa de Telessaúde, Programa de Prescrição antibiótica entre internamento e ambulatório (incluindo CSP); Telefarmácia hospitalar, entre outros. - Existem projetos de autonomia gestonária em alguns ACeS - Há um alinhamento do discurso profissional sobre integração de cuidados, nas instituições, e disponibilidade para discutir - Existência de lideranças ao nível local, comprometidas com a integração de cuidados - Estão disponíveis várias ferramentas que facilitam estes modelos de cuidados (teleconsulta, prescrição eletrónica, telemonitorização, etc...) | <ul style="list-style-type: none"> - Os dados que temos não estão traduzidos em conhecimento, não estão organizados de forma a poderem ser utilizados pelos profissionais - A informação sobre o risco, assim como outra informação útil à governação clínica não está disponível aos profissionais - A informação atualmente partilhada entre níveis de cuidados é insuficiente (por exemplo enfermagem, plano individual de cuidados) - Falta processo saúde eletrónico único - Faltam instrumentos para gestão da informação - Os SI atualmente existentes não dão resposta às necessidades da prática centrada no doente, não foram criados para essa finalidade - Os profissionais não estão motivados para registar a informação codificada/standardizada, necessária à estratificação - Falta analisar o que já se faz bem nos projetos nacionais relacionados com integração de cuidados que já são boa prática, para melhorar - Falta de autonomia das instituições - Dificuldades de alocação de recursos no âmbito dos sistemas de informação e comunicação e falta de planificação atempada |
| OPORTUNIDADES | AMEAÇAS |
| <ul style="list-style-type: none"> - O plano de recuperação e resiliência prevê 345M€ para transformação digital na saúde - O plano de recuperação e resiliência inclui a definição de uma estratégia para a estratificação pelo risco e financiamento para incrementar a capacidade dos cuidados de saúde primários prestarem cuidados na comunidade/domicílio - A DGS já tem trabalho feito em termos de coordenação de cuidados - percursos assistenciais - A pandemia veio alavancar o trabalho interprofissional e interinstitucional e a necessidade de integração e coordenação de cuidados | <ul style="list-style-type: none"> - Ausência de estratégia concertada do MS para a Integração de Cuidados/cuidados centrados no cidadão - Os percursos assistenciais definidos pela DGS não são <i>user friendly</i> - Falta de ligação dos dados de todas as áreas assistenciais, por doente - Falta alinhamento do financiamento com os modelos de cuidados centrados no cidadão/integração de cuidados - Falta de alinhamento dos objetivos entre níveis de cuidados |

| | |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none">– A pandemia veio alavancar a utilização de ferramentas que facilitam a integração e os cuidados centrados no doente, nomeadamente e telesaúde.– Existência de 2 BI em funcionamento - hospital e cuidados de saúde primários – com possibilidade de ter uma plataforma que agregue ambos.– A SPMS tem tido experiência com outros projetos internacionais em termos de SI.– Potencial de a SPMS aproveitar fundos internacionais para alavancar projetos locais, em termos de SI, beneficiando este projeto– É possível usar algoritmos de inteligência artificial que podem facilitar a codificação– Apoio do País Basco para melhorar a nossa prática– Existência de ULS – realidades já integradas | |
|--|--|

Entre os vários aspetos salientados surge, desde logo, como área de intervenção estratégica a classificação e identificação dos doentes através de uma abordagem populacional, sistemática e preditiva do risco. A estratificação foi considerada como um dos fatores-chave, sem a qual qualquer abordagem, para melhorar os cuidados centrados nos cidadãos e integrar cuidados, fica comprometida, por não ser possível identificar os grupos populacionais e os indivíduos que requerem intervenções dirigidas às suas necessidades específicas e consequentemente planear e alocar os recursos que permitam dar as respostas adequadas.

3. Ajustamento pelo risco

Enquadradas naquilo que são modelos prospetivos de *casemix*, as ferramentas de ajustamento pelo risco permitem responder ao carácter de incerteza (“risco”) que caracteriza a utilização futura de cuidados de saúde por parte de uma população, na medida em que possibilitam prever essa utilização tendo em consideração as características da população em causa, ou seja, a sua “carga de doença” (*burden of disease*) e, logo, a sua necessidade de utilização de cuidados de saúde. Trata-se de um processo estatístico utilizado para ajustar a variação na utilização de cuidados (entre as instituições prestadoras de cuidados de saúde) em função da diferença das características (ou fatores de risco) da população.

O ajustamento pelo risco é um mecanismo que garante um incentivo para a prestação de cuidados a utilizadores com elevado risco de consumo em cuidados de saúde, evitando a seleção adversa de utentes (ou seja, a escolha preferencial de utentes com menor complexidade, menor coexistência de múltiplas condições de doença). Ao prestador de cuidados será indiferente ter na sua lista utentes com elevado risco ou com baixo risco de consumo de cuidados, na medida em que o ajustamento pelo risco garante uma adequação dos recursos financeiros em função das características do utente e da maior probabilidade de consumo de cuidados e de recursos financeiros (como seja o caso dos mais idosos, doentes crónicos e com multiplicidade de patologias e que, em consequência, têm maiores custos em saúde). Ou seja, permite uma discriminação positiva das populações com maiores níveis de necessidades em saúde, procedendo a uma afetação mais justa de recursos ao garantir ao prestador de cuidados um pagamento maior se a probabilidade de consumo de cuidados de saúde por parte do utente for também maior.

Ao ter por base um ajustamento em função das características do utente, este tipo de ferramentas têm como exigência imediata a necessidade de se caracterizar a população “a servir” em função de um conjunto de aspetos individuais, características do ser humano capazes de afetar o seu risco relativamente a determinados resultados em saúde e ao consumo de cuidados. Ao terem em linha de conta as patologias existentes, permitem a respetiva estratificação da população em função do risco de vir a necessitar de cuidados de saúde e em função da despesa *per capita* prevista associada a esses cuidados e, assim, fomentar a criação de medidas e políticas de saúde mais equitativas e adequadas às necessidades em saúde da população. Ao combinarem informações sobre diagnósticos, prescrições clínicas, custos e utilização histórica do sistema de saúde, entre outras, permitem explicar uma parte significativa da variabilidade que existe na utilização por parte da população dos serviços de saúde, possibilitando a definição de modelos preditivos da necessidade de cuidados de saúde e dos custos que lhe estão associados.

Desta forma, a utilização de uma ferramenta de ajustamento pelo risco tem como resultado imediato a caracterização sistematizada da população relativamente àquelas variáveis, fornecendo informação ao planeamento e monitorização dos serviços de saúde bem como uma medida do *casemix* de cada prestador de saúde. Ou seja, da complexidade em termos clínicos e de consumo de recursos da população que lhe está adstrita.

As ferramentas de ajustamento pelo risco, na sequência da criação de modelos de *casemix*, tiveram a sua origem nos E.U.A. sendo os modelos criados naquele país os que se encontram a ser ensaiados internacionalmente e que se pretende ensaiar para Portugal e comparar com o ICU. Todos se constituem como sistemas de classificação que atribuem a cada doente um grupo coerente em termos clínicos e exclusivos entre si, tendo por base dados de episódios de agudos em hospitais e informação relativa aos contactos com os cuidados de saúde primários. Na sua essência, os modelos de ajustamento pelo risco seguem a lógica comum aos sistemas de classificação de doentes, tendo como objetivo tornar compreensíveis as suas semelhanças e diferenças. Ou seja, numa ferramenta de ajustamento pelo risco, doentes que pertençam ao mesmo grupo terão risco semelhante quer em termos dos recursos de saúde que venham a consumir quer da despesa que potencialmente virá a ser gerada. Mediante a atribuição de um peso relativo a cada grupo de doentes que traduza o custo esperado no tratamento desses doentes, um sistema de classificação de doentes permite relacionar este *casemix* com os custos incorridos no tratamento dos doentes assistidos, servindo para caracterizar a “procura” de cuidados de saúde e podendo servir de base a um modelo de financiamento ajustado à complexidade dos doentes tratados.

4. Objetivos da implementação da estratificação pelo risco em Portugal

A estratificação da população pelo risco pode ter várias aplicações, sendo que no contexto Português se identificaram um conjunto de objetivos principais, por forma a focar a implementação em função dos mesmos:

1. Apoio à governação clínica;
2. Financiamento ajustado pelo risco;
3. Alocação de recursos ajustada pelo risco;
4. Avaliação de desempenho ajustada pelo risco.

A estratificação da população pelo risco permite apoiar a governação clínica e a gestão em saúde, na medida em que qualquer profissional destas áreas, em qualquer contexto de cuidados, tem acesso imediato ao nível de risco de cada um dos doentes, e deste modo, consegue ter uma visão daqueles que necessitam de um acompanhamento mais frequente, mais proactivo. Neste seguimento, os doentes podem ser encaminhados para programas populacionais dirigidos às suas necessidades, tais como os programas de gestão de caso ou programas específicos para a insuficiência cardíaca, doença pulmonar obstrutiva crónica ou diabetes. Esta funcionalidade é particularmente relevante para a organização nacional, regional e ao nível dos municípios deste tipo de programas de integração de cuidados entre os cuidados de saúde primários, hospitalares e continuados de saúde.

Na medida em que as ferramentas de ajustamento pelo risco, baseando-se em características demográficas, socioeconómicas e de morbilidade, permitem caracterizar a população e conseguem ter capacidade preditiva da utilização de recursos em saúde e consequentemente dos custos dessas prestações, possibilitam um ajustamento do financiamento pelo risco, com uma alocação de recursos financeiros mais justa e adequada, às necessidades de cada população. O ajustamento pelo risco cria um contexto em que é possível adequar o financiamento das instituições prestadoras de cuidados de saúde em função das características específicas dos indivíduos e dos diferentes estados de saúde das populações. Ou seja, o financiamento passa a estar focado no risco, em função da idade, género e carga de doença. Quando articuladas com o processo de contratualização, as ferramentas de ajustamento pelo risco potenciam a definição de respostas mais adequadas às necessidades efetivas da população, facilitando maior foco na promoção de saúde, prevenção de doença e gestão proactiva da doença crónica, contribuindo para a melhoria da eficiência das organizações de saúde individualmente e do SNS em termos globais.

De forma semelhante ao financiamento, o ajustamento pelo risco também permite uma alocação mais adequada dos recursos físicos e humanos, em função das necessidades dos residentes. Uma população com risco mais elevado vai requerer necessariamente uma combinação diferente de recursos, nomeadamente nos cuidados de saúde primários, no sentido de gerir proactivamente o risco, reinventando até os papéis desempenhados pelos

profissionais no seio da equipa de saúde multidisciplinar. Uma população com estas características requer também recursos que assegurem a continuidade de cuidados e profissionais que garantam a ligação entre os vários contextos de cuidados, importantes, por exemplo, na gestão da alta.

O risco permite ainda avaliar o desempenho dos prestadores de uma forma mais justa. Atualmente, a um prestador que tenha custos mais elevados está associado um pior desempenho, quando na realidade esse custo adicional pode estar simplesmente relacionado com maior carga de doença da sua população de influência. O risco vem permitir ajustar esse, bem como outros indicadores, permitindo, deste modo, comparar o desempenho para carga igual de doença.

5. Instrumentos de estratificação

Os diversos os instrumentos usados para estratificar a população pelo risco diferem quanto ao objetivo para o qual foram construídos, metodologia usada e modo de implementação. Um estudo de revisão da literatura identificou, pelo menos, 21 modelos de ajustamento pelo risco⁷, sendo alguns deles versões diferentes dos originais. Para efeitos do presente documento, vamos abordar apenas três.

Considerando que o ICU, embora necessitando ainda de ser desenvolvido, já se encontra implementado centralmente, calculando valores mensalmente para todos os utentes inscritos nos CSP. Considerando ainda que em 2016/2017 se procedeu ao estudo preliminar dos ACG e CRG (dois dos instrumentos mais utilizados no contexto Europeu, nomeadamente em Espanha) torna-se relevante proceder à comparação destes instrumentos em termos da caracterização da população e das respetivas capacidades preditivas da utilização do sistema de saúde. Importa, por isso, aplicar os três instrumentos a uma mesma população de forma retrospectiva com o objetivo de comparar resultados e perceber qual melhor caracteriza essa população e o que melhor explica o respetivo consumo de recursos global, na nossa realidade.

Assim, passamos a descrever sumariamente estes três instrumentos e a apresentar, bem como se sistematizam alguns elementos comparativos, no Quadro 1⁸⁻¹⁰.

Adjusted Clinical Groups (ACG)

Trata-se de um sistema de classificação de doentes que surge na sequência dos projetos de investigação de Barbara Starfield no anos 70, quando se analisou a relação entre carga da doença e utilização de cuidados de saúde por parte da população infantil¹¹. Desde então a Bloomberg School of Public Health da John Hopkins University tem desenvolvido este sistema, consistindo na aplicação dum algoritmo que permite classificar os indivíduos em categorias de morbilidade mutuamente exclusivas, definidas de acordo com os padrões de doença esperados e recursos necessários, atribuindo um de 100 ACG a cada utente.

Clinical Risk Groups (CRG)

Trata-se de um sistema de classificação de doentes, desenvolvido pela 3M Health Information Systems, EUA¹². É um sistema de classificação de doentes conciso e de base clínica, que relaciona o percurso clínico e as características do indivíduo com a quantidade e tipo de cuidados que serão consumidos no futuro, explicitando a interação de duas ou mais condições crónicas de forma a determinar os níveis de gravidade associados. Em função das variáveis utilizadas e da interação entre as mesmas, a cada indivíduo é atribuído um dos 1.080 grupos exclusivos entre si.

Índice de Complexidade do Utente (ICU)

Desenvolvido pela ACSS permite calcular para cada utente inscrito, em função de um conjunto de variáveis, um valor/índice que tem capacidade preditiva da carga de trabalho dos profissionais de saúde dos cuidados de saúde primários, consumo de medicamentos, MCDT, utilização da rede de urgência, de consultas e internamentos hospitalares. Durante 2020 foi sujeito a uma análise/auditoria externa, financiada pela Comissão Europeia, tendo sido produzido um relatório que atesta a robustez dos métodos estatísticos usados bem como

a capacidade preditiva da carga de trabalhos dos médicos de família no ano seguinte (Coeficiente de correlação de 69%) e recomendando um conjunto de melhorias designadamente através da incorporação de um conjunto extra de variáveis de morbilidade que permitam aumentar ainda mais a capacidade preditiva da utilização do sistema de saúde. Considerando que o ICU foi desenvolvido com um conjunto restrito de variáveis e foi calibrado para ter maior capacidade preditiva do trabalho médico futuro nos cuidados de saúde primários, considera-se relevante aumentar a respetiva robustez para conseguir prever outras vertentes de utilização futura do sistema de saúde, tornando-o assim mais útil para a avaliação do desempenho das unidades de saúde, para a gestão dos recursos nos vários níveis de decisão ou ainda para ajustar modelos de cuidados personalizados para grupos específicos.

Quadro 1. Elementos comparativos de três ferramentas de estratificação pelo risco

| Ferramenta | Origem | Objetivo | Metodologia | Resultados |
|---|--|--|--|---|
| Adjusted Clinical Groups (ACG) System | John Hopkins University (Estados Unidos), comercializado em Portugal pela IASIST | - Prever a morbilidade futura e estimar custos – Sujeito a licença | - Utiliza registos administrativos e médicos de cuidados de saúde primários e hospitalares, nomeadamente códigos de diagnóstico e procedimentos para medir o estado de saúde e estratificar a população em grupos com diagnósticos clínicos semelhantes, idade e género. - 92 grupos - modelo estatístico multivariado - Para cada ACG, um peso relativo indica os custos de saúde típicos para esse ACG relativamente à média individual na população | - Demonstra capacidade preditiva robusta para utilização de recursos de saúde |
| Clinical Risk Groups (CRG)⁹ | 3M HIS (Estados Unidos), comercializado em Portugal pela 3M Espana | - Prever utilização futura de cuidados de saúde e explicar a utilização passada de cuidados e custo – Sujeito a licença | - Utiliza registos administrativos e médicos de cuidados de saúde primários e hospitalares, nomeadamente códigos de diagnóstico e procedimentos, dados de prescrição de medicamentos e estado funcional, para alocar cada indivíduo a um grupo de severidade ajustada - 392 CRG e 1470 grupos de risco, incluindo os níveis de severidade - Para cada CRG, um peso relativo indica os custos de saúde típicos para esse CRG relativamente à média individual na população. | - Demonstra capacidade para obter poupanças, melhora a capacidade preditiva, estratifica a população de uma forma clara, facilita o alinhamento das intervenções de saúde, melhorando a saúde da população e experiência dos doentes - Em estudos comparativos no Canadá, demonstra melhor performance em termos de relevância clínica e adequação do peso relativo dos recursos em comparação com ferramentas semelhantes (ACG e HCC) |
| Índice de complexidade do utente (ICU) | ACSS | Na sua versão atual, prevê carga de trabalho médica nos CSP | - Utiliza registos médicos dos cuidados de saúde primários, bem como prescrição de medicamentos, para calcular um índice relativo por utente, face à média da população (utente padrão) - modelo estatístico bivariado, baseado na combinação das diferentes variáveis, fazendo correlações entre a variável dependente e as independentes | - Demonstra elevada capacidade preditiva da carga de trabalho médica nos cuidados de saúde primários |

6. Plano de implementação

A presente estratégia para a estratificação da população pelo risco é acompanhada de um plano de implementação, com a duração prevista de três anos, e no qual são detalhadas as atividades, os atores envolvidos, o contexto onde se vai realizar cada uma, os prazos e KPI para monitorizar.

Objetivo 1: Até fevereiro de 2023, a ACSS terá desenvolvido uma abordagem populacional baseada na estratificação pelo risco, com impacto na qualidade dos cuidados e sustentabilidade do SNS

| Atividades | Atores | Contexto | Timeline | KPI |
|---|---|---|--------------------------------------|--|
| a) Definir os pilotos para disponibilização de uma ferramenta de estratificação | <ul style="list-style-type: none">ACSS | <ul style="list-style-type: none">ACSS10 Entidades piloto (conforme previsto no PRR) | 1 mês Início em janeiro 2022 | Nº e tipo de entidades |
| b) Definir um plano de formação, conforme previsto no plano de ação da JADECARE | <ul style="list-style-type: none">ACSSENSP | <ul style="list-style-type: none">Entidades piloto | 1 mês Início em janeiro 2022 | Plano de formação (S/N) |
| c) Construir o caderno de encargos para aquisição da licença das ferramentas comerciais, e respetiva consultoria, para utilização na população definida | <ul style="list-style-type: none">ACSS | <ul style="list-style-type: none">ACSS | 2 meses Início em janeiro 2022 | Nº de especificações no caderno de encargos |
| d) Realizar sessões de formação, conforme previsto no plano de ação da JADECARE | <ul style="list-style-type: none">ACSSENSP | <ul style="list-style-type: none">Entidades piloto | 2 meses Início em fevereiro 2022 | Nº e perfil dos profissionais formados |
| e) Desenvolver o <i>dashboard</i> com a informação sobre o risco, para os pilotos | <ul style="list-style-type: none">ACSS | <ul style="list-style-type: none">ACSS10 Entidades piloto (conforme previsto no PRR) | 1 mês Início em fevereiro 2022 | <i>Dashboard</i> disponível no SDM (S/N) ¹ |
| f) Desenvolver o ICU para prever consumo de recursos global | <ul style="list-style-type: none">ACSS | <ul style="list-style-type: none">ACSS | 12 meses Início em fevereiro 2022 | Output do ICU para prever consumo de recursos global (S/N) |

¹ Conforme previsto no PRR, será disponibilizado o acesso a instrumento de estratificação do risco para apoio à Governação Clínica nas unidades funcionais dos ACES: pelo menos 10 unidades até T3/2022 e pelo menos 900 unidades até T4/2023.

| | | | | |
|--|--|--|------------------------------------|--|
| g) Estratificar a amostra da população pelo risco, com ICU, ACG e CRG | <ul style="list-style-type: none"> ACSS | <ul style="list-style-type: none"> ACSS Entidades piloto | 1 mês Início em novembro 2022 | População estratificada (S/N) |
| h) Relatório estudo comparativo do ICU (em agrupamentos de doentes), CRG e ACG | <ul style="list-style-type: none"> Entidade externa | <ul style="list-style-type: none"> ACSS | 2 meses Início em novembro 2022 | Nº de critérios de seleção da ferramenta |

Objetivo 2: Até setembro de 2023, a ACSS terá definido uma proposta para ajustamento do financiamento e da contratualização pelo risco, melhorando a alocação de recursos

| Atividades | Atores | Contexto | Timeline | KPI |
|--|--|--|-----------------------------------|--|
| a) Testar cenários para ajustar o modelo de financiamento das ULS, ajustado pelo risco | <ul style="list-style-type: none"> ACSS ULS Ministério Finanças | <ul style="list-style-type: none"> ACSS ULS | 3 meses Início em janeiro 2023 | Proposta para o modelo de financiamento das ULS, ajustado pelo risco (S/N) |
| b) Testar cenários para ajustar o modelo de financiamento das ARS, ajustado pelo risco | <ul style="list-style-type: none"> ACSS ARS Ministério Finanças | <ul style="list-style-type: none"> ACSS ARS | 3 meses Início em janeiro 2023 | Proposta para o modelo de financiamento das ARS ajustado pelo risco (S/N) |
| c) Criar grupo para definir indicadores mensuráveis para a avaliação de desempenho, ajustados pelo risco | <ul style="list-style-type: none"> ACSS | <ul style="list-style-type: none"> ACSS | 1 mês Início março 2023 | Nº e perfil dos profissionais que constituem o grupo |
| d) Definir indicadores mensuráveis para a avaliação de desempenho, ajustada pelo risco | <ul style="list-style-type: none"> ACSS | <ul style="list-style-type: none"> ACSS Entidades piloto | 1 mês Início abril 2023 | Nº de indicadores de avaliação ajustados pelo risco |

Objetivo 3: Até dezembro de 2024 a academia, em colaboração com a ACSS, terá publicado um estudo de avaliação dos resultados da implementação da estratificação pelo risco

| Atividades | Atores | Contexto | Timeline | KPI |
|--|--|---|------------------------------------|---------------------------|
| e) Realizar um estudo sobre os resultados da implementação da estratégia de estratificação | <ul style="list-style-type: none"> ACSS Academia | <ul style="list-style-type: none"> ACSS pilotos | 12 meses Início em janeiro 2023 | Relatório do estudo (S/N) |

7. Monitorização e avaliação da implementação da estratificação pelo risco

A implementação da estratégia de estratificação da população pelo risco seguirá uma metodologia Plan, Do, Study, Act (PDSA). A primeira fase de planeamento está refletida no presente documento, seguindo-se a implementação, monitorizada mensalmente. No final do primeiro semestre de aplicação será feita uma avaliação global sobre o cumprimento do plano, identificando barreiras e fatores facilitadores, seguida de ajustamento, se necessário, iniciando-se novo ciclo.

8. Bibliografia

1. Yoon J, Zulman D, Scott JY, Maciejewski ML. Costs associated with multimorbidity among VA patients. *Med Care*. 2014;52(3 SUPPL. 2).
2. Kansagara D, Englander H, Salanitro A, Kagen D, Theobald C, Freeman M, et al. Risk prediction models for hospital readmission: A systematic review. Vol. 306, *JAMA - Journal of the American Medical Association*. American Medical Association; 2011. p. 1688–98.
3. Andreakis A., Leonhardt R., McLure A., A F. Implementação da metodologia de ajustamento do risco no sistema de cuidados de saúde de Portugal, Relatório final. 2010.
4. ACSS/DPS. Estudo de adequação de ferramentas de ajustamento pelo risco à realidade Portuguesa - 1º relatório. 2014.
5. ACSS. Organização das listas de utentes inscritos nos cuidados de saúde primários. 2017.
6. ACSS. Índice de Complexidade dos Utentes Dimensionamento das Listas de Utentes dos Médicos de Família. 2018.
7. Juhnke C, Bethge S, Mühlbacher AC. A Review on Methods of Risk Adjustment and their Use in Integrated Healthcare Systems. *Int J Integr Care*. 2016 Oct 26;16(4).
8. Commission E. Patient Complexity. Report on methodological properties, statistical robustness and deployment simulation results. 2020.
9. 3M. Measuring Population Health Status in Portugal : The Choice of a Population Health Status Grouper 1 . How Well Does the Methodology Explain and Predict Population Health. 2021.
10. Berlinguet M, Preyra C, Dean S. Comparing the Value of Three Main Diagnostic-Based Risk-Adjustment Systems (DBRAS). *Can Heal Serv Res Found [Internet]*. 2005 [cited 2021 Nov 28];(March):7. Available from: <https://www.hopkinsacg.org/document/comparing-the-value-of-three-main-diagnostic-based-risk-adjustment-systems-dbras/>
11. The John Hopkins University. Bloomberg School of Public Health. The Johns Hopkins ACG® System. 2011.
12. Hughes, J.; Averill, R.F.; Eisenhandler, J.; Goldfield,, N.I.; Muldoon, J.; Neff, J.M.; Gay JC. Clinical Risk Groups (CRGs): a classification system for risk-adjusted capitation-based payment and health care management. *Med Care*. 2004;42(1).

3 de janeiro de 2022

ADMINISTRAÇÃO CENTRAL DO SISTEMA DE SAÚDE, IP

Parque de Saúde de Lisboa | Edifício 16, Avenida do Brasil, 53

1700-063 LISBOA | Portugal

Tel Geral (+) 351 21 792 58 00 Fax (+) 351 21 792 58 48



**REPÚBLICA
PORTUGUESA**

SAÚDE



SNS SERVIÇO NACIONAL
DE SAÚDE