

Acompanhamento do modelo de implementação, desenvolvimento e monitorização das ULS

RUI SANTANA

CLÁUDIA NELAS ALMEIDA

Índice

Introdução.....	4
PARTE I.....	6
FUNDAMENTOS E EXPERIÊNCIAS DE INTEGRAÇÃO DE CUIDADOS.....	6
1. Integração de Cuidados – Conceitos Fundamentais.....	7
1.1. O que é a integração de cuidados?	8
1.2. Dimensões da integração de cuidados.....	9
1.3. Porque se justifica?	11
1.4. Principais barreiras e facilitadores.....	13
1.5. Population Health Management	15
1.6. Estratificação e ajustamento pelo risco	18
2. Experiência do NHS inglês.....	19
2.1. O que são os <i>Integrated Care Systems (ICS's)</i> ?	22
2.2. Quais são os objetivos estratégicos?	23
2.3. Como foi estruturado o plano de implementação?.....	23
2.4. Framework de Trabalho dos ICS's.....	25
2.5. A Relação com a População	28
2.6. Financiamento.....	29
2.7. Avaliação	30
2.7.1. Resultados	31
2.8. Principais Dificuldades.....	31
2.9. Conclusões.....	32
Anexo I.....	34
3. A Experiência das Accountable Care Organizations nos Estados Unidos da América.....	35
3.1. O que são as Accountable Care Organizations?	36
3.2. Objetivos Estratégicos	37
3.3. Como foi estruturado o processo de implementação?	38

3.4.	Framework de Implementação	40
3.5.	Financiamento.....	41
3.6.	Beneficiários	42
3.7.	Método de Avaliação.....	42
3.7.1.	Resultados	45
4.	<i>A Experiência Espanhola – o caso do País Basco.....</i>	46
4.1.	O que são as organizações de cuidados de saúde integrados?	49
4.2.	Objetivos Estratégicos	50
4.3.	Como decorreu o processo de implementação?	51
4.4.	Framework de Implementação	53
4.5.	Financiamento.....	54
4.6.	Avaliação	55
4.7.	Pontos positivos e aspetos a melhorar	57
5.	<i>Austrália – o caso da região de New South Wales.....</i>	58
5.1.	O que é a Framework Estratégica para a Integração de Cuidados?	61
5.2.	Objetivos Estratégicos	62
5.3.	Como utilizar a framework?	63
5.4.	Financiamento.....	64
5.5.	Principais Projetos Desenvolvidos.....	65
5.6.	Avaliação	66
5.6.1.	Resultados Alcançados.....	67
	<i>Anexo II.....</i>	68
6.	<i>Canadá – o Caso da Região do Quebec.....</i>	69
6.1.	O que são os “Integrated health and social services centres (CISSS)”? 72	
6.2.	Objetivos Estratégicos	73
6.3.	Como foi estruturada o plano de implementação?	74
6.4.	Financiamento.....	75

6.5. Avaliação	76
7. Principais Ideias.....	77
Anexo III.....	80
PARTE II	85
FRAMEWORK DO MODELO DE ACOMPANHAMENTO E MONITORIZAÇÃO	85
1. Enquadramento.....	86
1.1. A reforma do Serviço Nacional de Saúde Português	86
1.2. Avaliação do desempenho nas organizações de saúde	88
1.2.1. Medição do Grau de Integração	91
2. Acompanhamento e Monitorização – Notas Metodológicas	93
2.1. Âmbito e delimitação	94
2.2. Princípios do Modelo de Acompanhamento e Monitorização.....	94
2.3. Características do Modelo de Acompanhamento	96
2.4. Elementos-Chave dos Modelos de Acompanhamento e Monitorização	98
2.4.1. Objetivos	98
2.4.2. Dimensões	99
2.5. Indicadores de Desempenho	101
2.5.1. Quantos indicadores	101
2.5.2. Quais os indicadores?	102
3.1. Dos modelos de prestação de cuidados de saúde integrados	103
3.1.1. Processo de produção baseado no continuum de cuidados	103
3.1.2. Natureza geo-demográfica.....	104
3.1.3. Financiamento.....	104
3.1.4. Necessidades em saúde.....	106
Conclusão	107
Referências Bibliográficas	111

Introdução

No âmbito do protocolo estabelecido entre a Escola Nacional de Saúde Pública e a Direção Executiva do Serviço Nacional de Saúde, em setembro de 2023, iniciou-se um projeto cujo tema principal é a “Definição de um modelo de acompanhamento das Unidades Locais de Saúde”. De entre o conjunto de trabalhos a desenvolver, os objetivos previstos numa primeira fase deste projeto consubstanciam-se basicamente em: *i)* descrever o estado de arte da integração de cuidados; *ii)* realizar uma análise dos elementos-chave e características dos modelos de acompanhamento e monitorização das experiências de integração de cuidados;

O presente documento constitui o primeiro relatório do projeto e corresponde à sua primeira fase. Para o efeito realizou-se uma revisão de literatura que pretende descrever o estado de arte internacional no que respeita aos temas fundamentais implícitos ao projeto: a conceptualização de integração em cuidados de saúde e a sua relação com os instrumentos e mecanismos de organização, financiamento e avaliação de desempenho de unidades integradas, assim como a análise das boas práticas em matéria de acompanhamento e monitorização de unidades integradas.

Trata-se de uma fase importante do projeto, porque para além de enquadrar teoricamente o tema, permite conhecer os principais conceitos, metodologias e modelos existentes a nível internacional sobre a matéria em estudo. É um ponto de partida que deverá encontrar-se de forma ubíqua às restantes fases subsequentes previstas no estudo.

A estrutura deste relatório encontra-se dividida em duas partes principais: após esta breve introdução, podemos encontrar o enquadramento do tema, a definição de integração, suas dimensões e modelos assim como uma descrição de experiências internacionais de integração, com particular enfoque nos Integrated Care Systems, existentes no Reino Unido, as Accountable Care Organizations nos Estados Unidos da América, as Organizações Sanitárias Integradas no País Basco, a Framework Estratégica de Integração de Cuidados desenvolvida em New South West na Austrália, e os Integrated Health and Social Services Centres no Quebec, Canadá. Na segunda parte encontra-se uma análise e reflexão sobre os princípios, os elementos-chave, características e indicadores que devem ser ponderados na definição de um modelo de

acompanhamentos e monitorização de experiências de integração de cuidados, sem descurar a análise dos pontos críticos do processo.

PARTE I

FUNDAMENTOS E EXPERIÊNCIAS DE INTEGRAÇÃO DE CUIDADOS

1. Integração de Cuidados – Conceitos Fundamentais

Ao longo dos últimos anos Portugal tem-se confrontado com intensas alterações demográficas, sociais e de saúde. Verificou-se um aumento do número de doenças crónicas o que associado ao envelhecimento da população faz com que a procura por cuidados de saúde aumente. Este facto é ainda reforçado pelo facto de este tipo de doenças exigirem cuidados contínuos e mais prolongados. Em 2019, num estudo realizado pelo Instituto Ricardo Jorge, conclui-se que 3.9 milhões de indivíduos em Portugal tinham pelo menos uma doença crónica (1).

Esta situação coloca uma grande pressão nos serviços de saúde que se vêm confrontados com a dificuldade de ampliar a resposta de forma a cobrir todas as necessidades da população. É por isso necessário encontrar novos modelos organizacionais que se consigam adaptar a um novo paradigma de prestação de cuidados onde impera a cronicidade. As respostas têm de ter um reforço da componente multidisciplinar, olhando para o utente como um todo.

Esta problemática é também geradora de um aumento de custos. Segundo dados do INE, em 2022 a despesa pública corrente em saúde aumentou 6,6%, o que pode colocar em causa a sustentabilidade do sistema (2). Neste sentido, a fragmentação de serviços que se verifica e favorece a duplicação de cuidados, o que promove a ineficiência nos serviços para além ter um impacto negativo na experiência do utente.

As dificuldades pelas quais Portugal atravessa são transversais, encontrando-se exemplos destas dificuldades um pouco por toda a Europa. São por isso também transversais os movimentos de integração de cuidados. Os países ao verem-se confrontados com a necessidade de respostas multidisciplinares iniciaram um caminho de integração, de articulação entre diferentes tipos de serviços de forma a proporcionar uma melhor experiência ao utente e melhores resultados em saúde. No entanto, o caminho da integração não seguiu o mesmo rumo em todos os casos tendo sido adaptado à forma de organização de saúde já existente, nomeadamente, à organização geopolítica, com países a criar um modelo organizacional mais transversal e outros com o foco em projetos direcionados a populações ou patologias específicas identificadas como sendo aquelas que causavam maior pressão nos serviços de saúde.

1.1. O que é a integração de cuidados?

Falar de integração é falar de um conjunto infinito de soluções que pretendem melhorar a qualidade da prestação de cuidados, que pretendem contribuir para um incremento dos resultados em saúde, é prestar cuidados de proximidade, de forma holística, compreensiva, adaptável e flexível, é articular níveis e setores.

Definir integração pode constituir-se como um trabalho árduo na medida em que este conceito não é único nem estanque e pode servir vários objetivos, e como tal, não atinge o consenso na literatura. No trabalho desenvolvido por Armitage et al. (3) foram encontradas 175 definições para este conceito de integração, uma diversidade promovida pelas diferentes perspetivas e expectativas dos diferentes *stakeholders* do Sistema de Saúde (utentes, profissionais de saúde, gestores, decisores, entre outros) (4).

Porém, todas as definições encontradas têm, implicitamente, em comum o facto de realçarem a coordenação entre os diferentes elementos da equipa multidisciplinar e de considerarem as necessidades, não só, do doente, mas também das famílias e dos cuidadores que o acompanham (5).

Frequentemente, o conceito de integração de cuidados é abordado com especial enfoque nos cuidados de saúde, ficando o conceito restringido a esta vertente. Contudo, atualmente ao abordar este tema devemos fazê-lo numa perspetiva mais ampla, conceptualizando a integração dos cuidados, não apenas com foco na doença e nos cuidados de saúde que esta requer, mas sim no doente, considerando todas as suas dimensões (6,7).

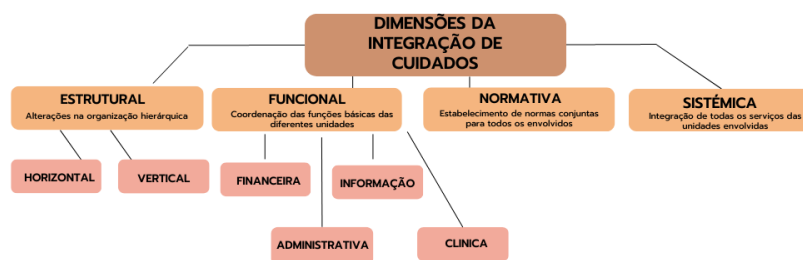
Tal como existe uma variabilidade grande nas definições, a forma de criar a integração é também muito variada. Existem um pouco por todo o mundo um conjunto de experiências com enfoque na melhoria da prestação de cuidados, dos resultados em saúde e consequentemente da qualidade de vida das populações. Podemos encontrar países com um maior ou menor desenvolvimento, com estratégias nacionais para a integração de cuidados, com trabalho através de sistemas locais de saúde ou através de projetos direccionados a determinadas populações ou patologias, ou seja, conseguimos encontrar modelos organizacionais de base populacional como é o caso das unidades locais de saúde ou modelos organizacionais de base individual, como a gestão de caso ou a gestão da doença.

Ao longo deste documento as experiências abordadas baseiam-se essencialmente em modelos de base populacional.

1.2. Dimensões da integração de cuidados

O movimento de integração pode também ser explanado através de diferentes dimensões. Apesar desta organização não ser consensual, uma grande parte da literatura divide a integração em 4 dimensões básicas: estrutural, funcional, normativa e sistémica, que depois também se dividem formas mais específicas conforme figura abaixo:

Fig. 1 – Principais dimensões de integração de cuidados



Fonte: Adaptado de (8)

Os movimentos de integração podem ocorrer em várias dimensões em simultâneo, por exemplo quando ocorre uma mudança organizacional profunda. Nestes casos, normalmente são atingidos melhores resultados apesar de mais demorados pelas barreiras que podem ser encontradas ao longo de todo o processo.

Nestes processos pode também ser abordada apenas uma dimensão. Isto verifica-se em processos mais pontuais, conseguindo-se operacionalizar a mudança de forma mais rápida, visto tratar-se de uma alteração de menor amplitude.

Relativamente à dimensão estrutural, podemos dizer que estamos perante um processo de integração estrutural quando os elementos que constituem a estrutura organizacional do sistema sofrem alterações no sentido da modificação dos organigramas individuais

das entidades que constituem a nova estrutura, sendo alteradas responsabilidades, relações de comando e controlo, poder hierárquico (8).

No caso da dimensão estrutural apresentam-se como exemplos mais paradigmáticos os Centros Hospitalares, onde se fundem unidades prestadoras dos mesmos níveis de cuidados (*integração horizontal*) e as Unidades Locais de Saúde, onde a fusão implica organizações prestadoras de diferentes níveis de cuidados com vista a melhorar a qualidade de vida de uma determinada população (*integração vertical*).

Já a integração funcional consiste na coordenação, comunicação e cooperação efetiva das funções e atividades básicas desenvolvidas nas unidades operacionais do sistema de produção através da prestação de cuidados de saúde com valor para o utente. Esta dimensão é uma componente fundamental da integração vertical, pois sem a coordenação entre as diferentes unidades e prestadores dificilmente se atingirão as potenciais vantagens, ganhos de eficiência ou se reduzirão custos.

Comparativamente com a dimensão estrutural da integração, esta realidade é mais difícil de ser alcançada e de ser medida, nomeadamente *«porque se torna mais fácil juntar as peças do que fazer com que elas funcionem juntas»*. Por outro lado, apesar da lógica estratégica assim o indicar, a integração funcional não implica necessariamente uma integração estrutural, uma vez que os elementos organizacionais ou individuais podem manter a sua independência, mas criar interligações funcionais tendentes a garantir maior consistência na gestão de um episódio de doença, partilhando a responsabilidade por um problema coletivo.

A integração funcional pode dividir-se em integração clínica, financeira, administrativa e de informação e por isso os mecanismos utilizados pela dimensão funcional no sentido de promover a coordenação entre as atividades/funções desenvolvidas pelas organizações em saúde, poderão, entre outros, passar pela:

- Criação de programas de gestão da doença;
- Partilha de planos de atividades e de orçamento;
- Partilha de procedimentos administrativos;
- Integração dos dados clínicos;
- Implementação de sistemas de comunicação;
- Gestão de casos (*case management*);
- Formação de equipas interdisciplinares;

- Programas de formação envolvendo os diferentes profissionais médicos;
- Criação de sistemas de referenciação dos doentes.

A integração funcional é, portanto, constituída basicamente pela integração clínica (contribui para a efetividade da prestação de cuidados de saúde), pela integração da informação, pela integração financeira e pela integração ao nível administrativo. Sobretudo as primeiras três dimensões são a verdadeira rede de suporte funcional de uma organização (clínica, financeira, informação) que pretende caminhar para uma realidade integrada, pois permitem a criação/desenvolvimento de mecanismos tendentes a suportar/melhorar o funcionamento conjunto do sistema, com especial enfoque nas suas interligações (8).

Quando falamos em integração normativa falamos da integração de um conjunto de procedimentos e normas escritas conhecidas por todos os elementos que a constituem, permitindo a uniformidade de procedimentos internos e o estabelecimento de um sistema de referência de valores comuns.

O sistema de saúde trata-se de um sistema complexo, composto por vários elementos que, através do seu funcionamento conjunto harmonioso, beneficiam de sinergias para alcançar um determinado objetivo comum, num determinado contexto ambiental. Neste sentido, e não existindo linearidade entre os movimentos e as relações dos sistemas, é fundamental que eles comuniquem entre si e trabalhem de forma conjunta e é neste sentido que se constitui a integração sistémica de cuidados de saúde (8).

1.3. Porque se justifica?

Os sistemas de saúde são sistemas muito complexos e estão cada vez mais sujeitos a novos desafios. O envelhecimento da população, o aumento da procura por cuidados de saúde cada vez mais diferenciados, o aumento do número de pessoas com doenças crónicas que necessita de um acompanhamento global e permanente coloca uma forte pressão nos sistemas de saúde, não sendo por isso as respostas atualmente existentes as mais adequadas e capazes para ir ao encontro daquilo que são as necessidades da população.

A par disto a questão financeira é também um ponto a ser considerado, pois todas as condições inumeradas anteriormente têm também influencia naquilo que é o consumo de recursos, com impacto no financeiro nas contas das organizações e do sistema como um todo. Os recursos são um elemento finito e escasso e por isso um aumento da despesa pode colocar em causa a prestação adequada de cuidados e a sustentabilidade do sistema, é por isso necessário gerir de forma eficiente os recursos, não impedindo que todos recebam os cuidados adequados no momento e no local correto, mas garantindo que não existem desperdícios ou duplicações.

Neste sentido, é necessário repensar os modelos existentes e transformá-los de forma a ir ao encontro das necessidades populacionais, ou seja, é necessário trabalhar em modelos mais compreensivos onde impere a multidisciplinariedade, onde se fomente o trabalho em rede de forma a responder às necessidades completas da população, e se garanta a prestação de cuidados adequados no momento e local adequados, sem esquecer a garantia da sustentabilidade financeira do sistema.

A integração de cuidados é neste sentido uma forma de responder a estes objetivos. É através de processos de integração que conseguimos atingir reformas, novas respostas que olhem para o utente como um todo e não como um conjunto de doenças isoladas entre si, para os quais muitas vezes existe duplicação de ações, duplicação recursos físicos e humanos para atender a uma mesma necessidade, que põem em causa a continuidade do processo curativo, mas também a qualidade dos cuidados, os resultados em saúde e a experiência e satisfação dos utentes.

O processo de integração é um processo que reveste em si alguma complexidade mediante a dimensão e o grau de integração que se pretende atingir, no entanto, é uma das principais formas de responder aos desafios atuais com que os sistemas de saúde se defrontam (9).

Podemos desta forma elencar como principais potencialidades e objetivos dos processos de integração de cuidados:

- Abordagem global – centralização no tratamento da pessoa no seu todo, em vez de abordagem de questões de saúde isoladas, assim como trabalhar na prevenção da doença e promoção da saúde.

- Melhores resultados em saúde e melhor qualidade assistencial - os cuidados coordenados e integrados permitem atingir melhores resultados em saúde e promover cuidados de melhor qualidade, pois quando os prestadores de cuidados de saúde

trabalham em conjunto e partilham informações, podem criar planos de tratamento mais eficazes, reduzir o risco de erros e aumentar a segurança dos doentes (5,10).

- Maior eficiência - a integração de cuidados permite otimizar processos e reduzir a duplicação de serviços, o que resulta numa utilização mais eficiente dos recursos assim como numa redução de custos e um melhor desempenho do sistema (11).

- Melhoria da experiência do utente – uma abordagem global da situação dos utentes, uma melhor comunicação entre níveis de cuidados e até uma melhor comunicação com os próprios utentes incrementa os níveis de satisfação dos mesmos, pois sentem-se compreendidos e vêem os seus problemas serem resolvidos de forma mais ágil e completa (12,13).

- Melhoria do acesso aos serviços – a integração dos cuidados de saúde permite um melhor acesso aos serviços, pois ao ter mais eficiência na resposta é possível tratar mais e melhor, mas também referenciar de forma mais rápida, evitando um excesso de burocracia que atrasa a prestação de cuidados aos utentes (14).

Assim, podemos concluir que a integração de cuidados é o instrumento fundamental para garantir uma prestação de cuidados de saúde com maior eficiência, qualidade e satisfação ao utente no sentido de acrescentar valor ao processo de produção e gerar ganhos em saúde para a população.

1.4. Principais barreiras e facilitadores

A ação de integrar, nas suas diferentes formas e dimensões, está dependente de um conjunto diversificado de circunstâncias que podem constituir-se como barreira ou como facilitador dependendo do contexto em que tal se insere.

Tem sido feito um esforço por parte dos diferentes agentes no sentido de reunir na literatura um conjunto de experiências e avaliação dos seus resultados de forma a incentivar o aparecimento de novos projetos e novos modelos organizacionais. Este esforço resultou também na identificação das barreiras e facilitadores em diversos contextos.

Estas barreiras e facilitadores são de tipo muito diverso e podem ser encontrados em várias fases do processo de integração, sendo por isso essencial manter uma monitorização e acompanhamento constante para que nos momentos-chave possam

ser implementadas as medidas adequadas para mitigar os problemas e dar espaço às ações de incremento.

Neste campo, os recursos humanos e as lideranças são protagonistas, pois é através deles que se dá o processo de integração e é através de uma correta e eficaz gestão da mudança que várias barreiras podem ser ultrapassadas.

Se não existir um alinhamento entre os vários níveis de decisão e de operacionalização o processo de integração pode ser posto em causa e por isso são necessárias estratégias de gestão da mudança que permitam capacitar todos os envolvidos para a transformação inerente e necessária num processo de integração.

Fig. 2 – Barreiras e facilitadores da integração de cuidados

Barreiras	Facilitadores
Complexidade organizacional;	Identificação das Necessidades Específicas da População Intervencionada;
Objetivos organizacionais contraditórios;	Objetivos partilhados pelos diferentes intervenientes;
Diferenças culturais intra – e inter-organizações;	Profissionais Comprometidos;
Falta de visão estratégica;	Estratégia de Longo Prazo;
Escassez de recursos humanos;	Incentivos Financeiros Alinhados com os Objetivos de IC;
Falta de interoperabilidade dos sistemas informáticos;	Alinhamento das lideranças;
Dificuldades na recolha e tratamento de dados;	Incentivos ao trabalho em conjunto;
Instabilidade dos sistemas de saúde;	Adesão de utentes e Cuidadores.
Metodologias de financiamento inadequadas;	Avaliação e monitorização do desempenho e qualidade dos cuidados prestados.
Falta de conhecimento das temáticas de integração de cuidados.	
Resistência à mudança.	

Fonte: (15–17)

1.5. Population Health Management

A integração de cuidados pode revestir diferentes formas, com modelos em que o foco é o indivíduo, ou uma doença, e outros onde o foco é uma população. No caso concreto das Unidades Locais de Saúde implementadas em Portugal falamos de um modelo de gestão de base populacional. O mesmo acontece com as experiências abordadas ao longo do documento.

Uma gestão de base populacional traduz-se num processo de melhoria dos resultados em saúde de um grupo definido de indivíduos, uma população, através de uma melhor coordenação dos cuidados e do envolvimento dos doentes, apoiados por modelos financeiros e de cuidados adequados. Trata-se, portanto, de uma abordagem interdisciplinar com foco nas necessidades de uma população.

Neste contexto, surge o conceito de “*triple aim*”, que consiste nos objetivos major deste tipo de intervenção, sendo eles, melhorar a saúde da população, melhorar a experiência do utente e reduzir os custos dos cuidados de saúde (18).

A definição de uma população pode ser feita de formas muito diferentes, pode ser um país, uma região, uma freguesia ou um outro conjunto populacional claramente definido com base em critérios específicos e claros. Contudo, estamos sempre perante um conjunto de indivíduos com características diferentes entre si, mas com elementos em comum que permitem uma abordagem conjunta. Neste sentido, a recolha e o tratamento dos dados da população são um elemento-chave para que se conheça o indivíduo, e possam ser implementadas estratégias que respondam aos desafios identificados.

Depois de identificada a população devem os prestadores de cuidados reunir esforços para integrar e coordenar os cuidados de saúde, mas também trabalhar na prevenção e promoção da saúde, na medida em que os objetivos major destes modelos de gestão são a maximização da 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.

Para que possa haver um trabalho interdisciplinar é essencial quebrar as barreiras dos hospitais e fomentar a cooperação de outros tipos de instituições, tendo especial relevância a saúde pública e o setor social. Esta abordagem multifatorial deve ter em conta muitos componentes diferentes da vida em geral, incluindo as condições socioeconómicas, a saúde comportamental e o ambiente físico.

Os modelos de gestão de base populacional cobrindo uma gama populacional com características e necessidades diferentes entre si organiza-se em diferentes frentes de forma a adaptar as respostas a cada momento do plano de cuidados dos indivíduos. Estas componentes podem dividir-se em:

- Saúde Preventiva – A prevenção é um dos pilares essenciais desta abordagem, abrangendo toda a população de forma a evitar o aparecimento de uma patologia ou retardar a evolução de uma patologia já existente.

- Gestão da Doença – Apesar de o foco ser a melhoria da saúde da população, não é possível descurar aqueles que já se encontram doentes e que precisam de apoio na gestão da sua condição e por isso dentro destes modelos é essencial a criação de projetos direcionados para a gestão do utente e da sua patologia, nomeadamente, através da capacitação para a autogestão, monitorização dos indicadores ou reconciliação terapêutica.

- Cuidados Agudos – No contexto da gestão de base populacional não pode ser excluída a resposta a necessidades agudas. Apesar do objetivo ser reduzir o recurso a este tipo de cuidados por parte dos utentes a sua necessidade é inegável e como tal deve ser organizada, porém a sua forma de organização deve ir de encontro àquilo que são os objetivos do modelo e por isso deve ser garantida uma prestação de cuidados agudos de proximidade, com respostas apesar de menos específicas mais próximas, nomeadamente através do reforço dos cuidados de saúde primários, deixando a resposta aguda mais diferenciada para casos de maior gravidade e complexidade.

- Transição de Cuidados – Garantir uma transição dos cuidados de saúde adequada entre os diferentes níveis é muitas vezes uma dificuldade após a prestação de serviços de urgência, mas é essencial para o sucesso destes modelos. Várias medidas-chave para este movimento incluem a partilha de responsabilidades através da colaboração e comunicação multidisciplinares; planos, procedimentos e formulários de transição padronizados; avaliação de risco ao longo do internamento no hospital. Desta forma, não pode ser descurado o acompanhamento, apoio e coordenação atempados após a alta do doente. Alguns programas baseiam-se por exemplo na identificação dos utilizadores frequentes dos cuidados de saúde e simplificação o processo de transição, ao mesmo tempo que colmatam as lacunas existentes. Estes programas muitas vezes ocorrem dentro dos programas de gestão de caso.

A comunicação e a partilha de informação são também um elemento-chave neste modelo e transversais a todas as áreas de abordagem anteriormente elencadas. Fomentar a comunicação e garantir a existência de sistema de informação comuns que permitam um acesso rápido e fácil a toda a informação no momento adequado constituem um dos passos para o sucesso destes modelos.

Neste caminho, a avaliação e monitorização das intervenções não pode ser descuidada, para que se perceba aquilo que está a correr bem e aquilo que tem de ser adaptado para que os objetivos definidos sejam cumpridos, deve por isso ser feito um acompanhamento e medição dos indicadores de saúde e uma reflexão sobre os resultados obtidos. Para que tal ocorra é essencial que no momento da implementação dos modelos de gestão populacional seja definido o modelo de avaliação da intervenção, assim como a definição dos indicadores a monitorizar e avaliar, para que este processo ocorra desde o dia um. Sendo que nos modelos de gestão de base populacional o principal objetivo passa por melhorar os resultados em saúde da população devem ser privilegiados os indicadores focados no estado de saúde da população em detrimento de indicadores mais focados na produção.

Outro ponto que tem de ser tido em conta é a questão do financiamento. Embora à primeira vista este possa não ser o foco do modelo, o tipo de financiamento pode influenciar comportamentos e por isso tem de ser estudado e ponderado de forma a ir de encontro aos objetivos dos modelos de gestão de base populacional. Tal como na avaliação, no financiamento a definição do modelo é feita no momento inicial e tem de ter em conta os objetivos de melhoria da saúde da população e da experiência do utente que não passa necessariamente por produzir mais, ou seja, por fazer mais consultas ou cirurgias, mas sim por gerir de forma mais eficiente a saúde e doença das populações.

Nos modelos tradicionais o financiamento é definido com base na produção, ou seja, pagamento é feito com base nos atos prestados. Contudo, se o objetivo passa não por cuidar mais, mas cuidar melhor, o financiamento tem de ser mais compreensivo, mais integrado, e neste campo surgem por exemplo os *bundled payments* ou o pagamento por capitação, onde o financiamento não está adstrito ao ato, mas sim à pessoa, população, patologia. No caso concreto do pagamento por capitação é pago à organização um valor por utente da população abrangida, valor esse definido com base numa análise das características e consumos dos utentes. Este valor é pago anualmente e é independente dos atos praticados pelas unidades, o que incentiva estas

organizações a focarem a sua abordagem na promoção da saúde e no controlo das patologias da sua população.

Assim, o que se pretende com a integração de cuidados e com a aplicação de modelos de gestão de base populacional é o “*triple aim*”: melhorar simultaneamente a saúde da população, melhorar a experiência do utente e reduzir os custos dos cuidados de saúde, prestando os cuidados adequados no tempo e local certos, devendo para isso fornecer-se as ferramentas adequadas e alinhadas com os objetivos definidos.

1.6. Estratificação e ajustamento pelo risco

Como referido no ponto anterior os modelos organizacionais de base populacional surgem de forma a dar resposta a necessidades específicas de uma população, pretende-se gerir os cuidados de saúde tendo em conta as características da população que se pretende servir. Porém para que isto aconteça, é necessário responder a algumas questões essenciais, nomeadamente, quais são as reais necessidades da população que estou a servir? ou qual é a carga de doença da população em causa?, sendo que dentro de uma mesma população não há uma resposta única e há necessidade de subagrupar de forma a direcionar os recursos numa mesma organização.

Para que seja possível responder a estas questões é necessário fazer um exercício de estratificação do risco da população. A estratificação do risco “*trata-se de uma abordagem sistemática, de abrangência populacional, usada para prever necessidades futuras, sejam elas morbilidade, consumo de recursos, custos, ocorrência de eventos adversos (admissões não planeadas que são potencialmente evitáveis) ou outro tipo de riscos. Através da estratificação do risco classifica-se e agrupam-se os indivíduos, de forma a identificar subpopulações com risco comparável*” (19) e assim direcionar de forma mais eficiente os recursos para a população que deles necessita.

Esta ferramenta surgiu nos EUA para auxiliar os mecanismos de financiamento, tendo depois sido adotado na Europa para fins de financiamento, mas também de gestão e planeamento dos cuidados de saúde.

Ao estratificarmos o risco de uma população estamos a dividi-la em subgrupos, onde cada subgrupo tem riscos e necessidades específicas e consequentemente tipos de intervenções diferentes entre si, isto é, através deste mecanismo conseguimos personalizar as intervenções de acordo com as características populacionais encontradas.

Normalmente, e tendo em conta a pirâmide de Kaiser é possível afirmar que a maioria da população, cerca de 60%, se encontra num grupo de baixo risco e apenas 5% da população se encontra num grupo de risco elevado, sendo que neste as intervenções terão de ser mais e com uma maior abordagem, enquanto num grupo de baixo risco o foco deve estar sobretudo na prevenção e capacitação (20)(19).

Esta personalização das intervenções em função das necessidades específicas dos grupos, permite uma distribuição mais equitativa dos recursos e dá ênfase aos resultados em saúde da população.

Nesta linha, surge também o ajustamento pelo risco. Enquanto a estratificação do risco se foca em garantir uma personalização dos cuidados tendo em conta o risco de uma determinada população, o ajustamento pelo risco permite prever a utilização de recursos com base no risco, nas características de uma determinada população.

Trata-se de um mecanismo que tem como objetivo controlar fatores relacionados com o doente (p ex. idade, sexo, carga de doença) e que podem afetar o resultado, ou seja, pretende-se evitar que questões como a avaliação e o financiamento seja posta em causa por fatores que lhe são alheios, sobre os quais não têm qualquer influência, e desta forma evitar que uma unidade seja penalizada pelo facto de tratar doentes mais graves e consequentemente estes morrerem mais ou terem de ficar mais tempo na unidade (21). Neste sentido, incentiva-se a prestação de cuidados a populações com maior risco e consequentemente maior consumo de recursos, evitando a seleção adversa dos utentes, pois o ajustamento pelo risco garante que o valor definido para o pagamento por capitação tem em conta os gastos dos utentes.

O ajustamento pelo risco pode ser feito de formas muito variadas, indo desde modelos mais simples, isto é, englobando um conjunto menor de dados, até modelos mais complexos, conseguindo-se integrar mais elementos, essencialmente ligados às características dos utentes (21,22). Aliás uma revisão de literatura realizada por Juhnke, Susanne Bethge e Mühlbacher identifica 21 modelos diferentes para realizar o ajustamento pelo risco (23), devendo por isso ser escolhido aquele que mediante as suas características e necessidade de indicadores, melhor se adapta à realidade em causa.

2. Experiência do NHS inglês

Dentro dos exemplos que iremos abordar o que mais se aproxima à realidade portuguesa é o do NHS inglês. O NHS inglês apresenta uma configuração semelhante

à do SNS português e recentemente passou por uma mudança organizacional profunda levando a um sistema mais integrado.

O sistema de saúde encontrava-se fragmentado, o que conjugado com a maior complexidade dos utentes e a maior especialização dos recursos, dificultava a implementação de novas políticas, a criação de novos modelos organizacionais e a inovação dentro das organizações de forma a dar resposta às necessidades existentes.

As semelhanças entre o SNS português e o NHS inglês no caminho da integração são claras e evidentes. Desde 1999 que foram sendo introduzidas medidas pontuais no sentido de flexibilizar a prestação de cuidados e favorecer a interligação entre os cuidados de saúde e os cuidados sociais. Todavia, em Inglaterra o grande passo foi dado em 2008 com uma estratégia de implementação de projetos piloto, no sentido de incentivar as equipas a implementar projetos que fossem de encontros às necessidades específicas de cada organização.

Estes projetos piloto foram divididos em três grandes linhas. A primeira fase designada de *Integrated Care Pilots* consistiu em 2008 num “concurso” para que fossem selecionados projetos de integração de cuidados que seriam apoiados pelo governo central, não existindo qualquer base para a partida, pretendia-se incentivar a inovação livre numa abordagem “bottom-up” (15,24). Dos projetos a “concurso” foram selecionados 16 focados nas populações com mais comorbilidades e nas patologias crónicas mais frequentes, de forma a potenciar uma melhor transição de cuidados, uma redução das urgências hospitalares, aumento da qualidade assistencial e redução de custos (25).

Em 2012 foi aprovado um “*Health and Care Act*” onde se criaram os “*Clinical Commissioning Groups*” (CCG), entidades locais com objetivos específicos relativamente à saúde da população abrangida, ou seja, eram compostos por médicos de família (GP) e enfermeiros de proximidade que definiam as estratégias locais, priorizavam necessidades e eram responsáveis pela medição dos resultados em saúde da população. Neste âmbito, os CCG’s tinham autonomia orçamental para adquirir serviços mais especializados em caso de necessidade dos seus utentes, ou seja, eram responsáveis pela gestão dos utentes e pela ligação aos cuidados especializados contratando serviços de entidades parceiras e sendo financeiramente responsáveis por estes contratos.

Os CCG’s foram abolidos em 2022 com o “*Health and Care Act*” que criou os ICS’s.

Os projetos (*Pioneers e Vanguarda*) seguintes mantiveram os mesmos objetivos gerais dos projetos anteriores, embora, em termos de objetivos específicos existisse pouco detalhe. Nestes projetos houve uma maior tentativa de envolver as autoridades locais e instituições de apoio social, e apesar de nas zonas intervencionadas se verificarem bons resultados, continuava a existir limitações em termos geográficos e pelo facto de se centrarem em intervenções organizacionais ou introdução de novas formas de tratamento em vez de se focarem naquilo que os utentes e profissionais identificavam como principais necessidades (25,26).

Estes projetos piloto foram desenvolvidos durante mais de uma década, com um enorme esforço para testar a melhor forma de conceber e implementar cuidados integrados, e desafiando todos os envolvidos a aprender e a retirar conclusões em contextos muito heterogéneos e complexos. A par destes projetos piloto eram constantemente lançadas medidas pontuais onde eram atribuídas verbas ao poder local e às instituições sociais com vista a fomentar a sua interligação e até mesmo permitir a partilha de competências. Este caminho foi muito longo, tendo sido dados passos muito pequenos ao longo dos anos, com o objetivo de criar uma cultura de integração de cuidados e colocar os profissionais dentro daquilo que deveria ser a ação futura do sistema.

Todavia, tornou-se claro que a integração de cuidados não pode ser um projeto de curto prazo e como tal os projetos piloto pelo seu carácter limitado não seriam a resposta mais eficaz às necessidades do sistema.

Um estudo realizado por Magnan (27) demonstrou que são as condições gerais da vida das pessoas (habitação, recursos financeiros, educação, emprego) que têm o maior impacto na saúde e no bem-estar.

Um outro ponto que tem de ser tido em conta é que as desigualdades em matéria de saúde são grandes e estão a aumentar, mas não são inevitáveis, uma abordagem concertada, que combine o SNS e políticas mais amplas que se foquem nas causas sociais e económicas da falta de saúde, podem fazer a diferença (28,29).

Foi por isso foi iniciada a criação de uma estratégia nacional na área da integração de cuidados, um caminho mais sistemático, onde se permitisse avaliar resultados de forma mais consistente, dando o tempo necessário para se chegar a uma fase de maturação

e atingir o objetivo de melhoria da saúde da população e maior foco nas medidas de prevenção da doença e melhoria das condições de vida da população.

Esta estratégia tinha como plano uma mudança organizacional profunda, passando a tónica da autonomia organizacional, da concorrência e da separação entre financiadores e prestadores, para uma tónica de colaboração, partilha e concentração nos locais e nas suas populações, sendo estas forças matrizes da melhoria que se pretende atingir.

Assim, foram formalmente criados, em 2022, os *Integrated Care Systems* (ICS's).

2.1. O que são os *Integrated Care Systems* (ICS's)?

Os ICS's são parcerias/acordos voluntários entre as organizações do Serviço Nacional de Saúde inglês (NHS), autoridades locais e outras entidades comunitárias e privadas de forma a assumirem a responsabilidade coletiva pelo planeamento dos serviços (30).

Estes foram formalmente criados em 2022, apesar de já existirem sobre a forma de acordos informais desde 2016, recorrendo apenas aos poderes informais e à influência para o cumprimento dos objetivos, depois de um longo período de discussão pública e da existência de acordos informais, através do *Health and Care Act*. Foram implementados 42 ICS, sendo que cada um abrange uma população entre os 500.000 mil e os 3 milhões de habitantes.

Estes ICS's têm duas componentes principais:

Os *Integrated Care Boards* com responsabilidade sobre o financiamento e planeamento dos serviços do NHS;

Os *Integrated Care Partnerships*, um órgão colegial que reúne o ICB e as autoridades locais da região. Reúne um vasto conjunto de parceiros do sistema para apoiar o trabalho em parceria e desenvolver uma "estratégia de cuidados integrados", um plano para responder às necessidades da população em matéria de cuidados de saúde, saúde pública e organizações sociais, ou seja, assumem a responsabilidade pelo planeamento e estratégia. Existe uma total flexibilidade para a organização do seu modo de trabalho, tendo o ICB que ter em conta todo o seu planeamento aquando da tomada de decisões.

2.2. Quais são os objetivos estratégicos?

Com a criação dos ICS's pretendia-se mudar a tônica do sistema, passando para uma organização colaborativa, onde não só estivesse na mão dos decisores as questões de saúde, mas também outras questões da vida quotidiana das populações que interferem nos resultados em saúde.

Neste sentido, foram definidos como objetivos estratégicos da implementação dos ICS's:

- Melhorar os resultados no domínio da saúde da população e do acesso;
- Combater as desigualdades em termos de resultados, experiência e acesso;
- Aumentar a produtividade e a relação custo-benefício;
- Promover a coordenação entre serviços hospitalares e comunitários, setor social e da saúde pública;
- Ajudar o NHS a apoiar um desenvolvimento social e económico mais amplo.

A par destes objetivos foi deixado espaço para que cada ICS's definisse objetivos próprios adaptados à realidade populacional de cada um.

2.3. Como foi estruturado o plano de implementação?

Desde 2016 que foram sendo criadas parcerias entre as instituições prestadoras de cuidados de saúde, instituições sociais e autoridades locais. Estas parcerias foram criadas numa base informal, muito fomentada por aqueles que se encontravam no terreno e sentiam que trabalhar em conjunto para objetivos comuns, em vez de competir, era a melhor forma de unir os serviços para satisfazer as necessidades das pessoas, combater as desigualdades e melhorar os resultados em termos de saúde. Assim, já se verificavam alguns resultados que incentivaram a que as lideranças apoiassem a formalização destas parcerias e se disseminasse numa estratégia nacional.

Criaram conselhos de saúde e bem-estar de forma a trabalhar em conjunto para a promoção da saúde e prevenção da doença.

A formalização destas parcerias ocorreu em 2022 com o *Health and Care Act*. Contudo, a decisão de formalizar estas estruturas foi anunciada em 2021 e a partir daí foram sendo criadas estruturas de apoio à implementação, ou seja, antes de haver legislação, já existiam estruturas e linhas de orientação para a integração.

Criaram-se vários guias de apoio à implementação, com detalhe sobre o processo, mesmo antes de se efetivar a legislação em relação aos ICS's. Apesar da existência de guias e de modelos que todos os ICS's deveriam seguir, tentou-se garantir um equilíbrio entre a harmonização e a garantia de flexibilidade, para que cada estruturação pudesse adaptar as medidas às necessidades da população abrangida, ou seja, que pudesse criar formas de trabalho que refletissem as circunstâncias locais.

Este equilíbrio foi conseguido através de guias que descrevem as disposições "fundamentais" que o NHS esperava ver em cada sistema e definindo também quais os pontos em que era esperado que os parceiros locais determinassem no seu contexto local, em função da sua variação em termos de escala, geografia, necessidades de saúde da população e maturidade das disposições do sistema. O objetivo principal passa por cada ICS poder ter graus de diferenciação e complexidade diferentes consoante as necessidades e tipo de população abrangida.

Uma preocupação constante prendeu-se com a necessidade de adaptação de cada ICS's à sua realidade, não existindo por isso dois ICS's a funcionar exatamente da mesma forma.

Os ICS's foram desenvolvidos pelas estruturas locais que se encontram no terreno, tal como se prevê que acontecerá em Portugal com as ULS's. Contudo, os profissionais no terreno não tinham a preparação e os conhecimentos necessários para estruturar novas formas organizacionais, para definir necessidades e avaliar os projetos, para conseguir adaptar e agir com flexibilidade que lhe era dada, fazer coisas diferentes, olhar para lá do que já era conhecido. De forma a apoiar esta mudança, várias estruturas do sistema inglês uniram-se no sentido de prestar apoio e consultoria na implementação dos projetos. Foram desenvolvidas inúmeras ações de formação, com temas que foram desde o que são os ICS's, às metodologias de identificação das necessidades da população e às metodologias de gestão e implementação de projetos.

Estas formações não se centraram só no momento inicial de criação, mas foi criado um plano formativo diluído no tempo, para que à medida que o caminho fosse sendo trilhado

pudessem ir sendo feitas adaptações. O mesmo acontece com a consultoria à implementação e desenvolvimento.

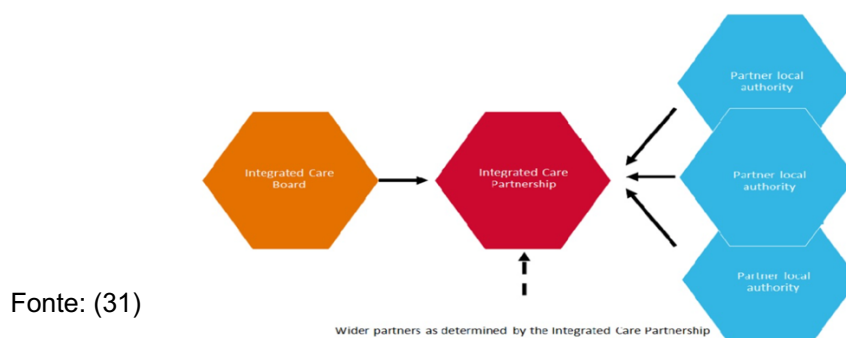
A existência deste acompanhamento para as estruturas que se pretendem organizar em ICS's seria necessário apenas pela existência de mudança organizacional, porém temos de ter em consideração que uma solução não se adapta a todas as necessidades. Cada população é diferente, tem necessidades e riscos diferentes e por isso a abordagem definida tem de ser diferente. Com isto quer dizer que a tarefa que cada ICS's enfrenta não é igual. As pressões sobre os serviços e a saúde da população variam muito entre os ICS's, assim como os recursos disponíveis para as enfrentar. Os ICS's também são muito diferentes em termos de dimensão, complexidade e outras características que irão moldar o seu funcionamento e a sua capacidade de colaborar para melhorar os serviços. Portanto, a flexibilidade necessita de um acompanhamento personalizado para que sejam capazes de criar estruturas que vão de encontro àquilo que efetivamente é uma necessidade e haja uma verdadeira adaptabilidade.

2.4. Framework de Trabalho dos ICS's

Tendo em conta a realidade com o NHS inglês se deparou avançou-se para a formalização dos ICS's. O primeiro passo passou por definir estratégias. O tempo dado para a definição de estratégias foi curto, no entanto, foram disponibilizados guias exaustivos, acompanhados de consultoria para o desenvolvimento das mesmas. Foi, no entanto, deixado espaço para que as estratégias pudessem ser revistas num prazo curto, ou seja, foi considerado que os anos de 2022 e 2023 seriam anos de transição e que à medida que houvesse amadurecimento das estruturas fosse feita a revisão das estratégias.

Cada ICS deve ser organizado de acordo com a imagem abaixo apresentada:

Fig. 3 – Constituição de um ICS



Porém, a legislação que cria estas estruturas deixa espaço para que cada um defina os seus próprios procedimentos, formas de atuação e organização interna. Há ainda espaço para que uma mesma estrutura da comunidade possa fazer parte de mais do que um ICS.

Na criação das estratégias todos os membros devem ser parte e ter voz ativa.

Foi criada uma lista de elementos que na definição da estratégia deveriam estar salvaguardados e que deveriam ser ponderados pelas equipas:

1.º – Avaliar as necessidades da população, com relatórios individuais para as populações mais vulneráveis;

2.º - Identificar as lacunas presentes no sistema;

3.º – Identificar as medidas propostas para responder a cada necessidade detetada.

No ponto 1.º a avaliação das necessidades deve ser feita através de um trabalho próximo com as comunidades, mas também com a academia, de forma a trabalhar com base na melhor evidência.

É deixado também o alerta que muitas vezes existe falta de dados relativamente a populações mais vulneráveis e isso deve ser considerado na análise feita.

Na definição das estratégias devem estar sempre presentes mecanismos de co-produção, ou seja, participação daqueles que são a população-alvo de cada ICS, aliás esta é mesmo uma exigência legislativa.

Devem ainda considerar:

4.º - Criação de formas de facilitação de participação da população;

5.º - Criação de formação para a população, promovendo a participação, mas também a literacia em saúde;

6.º - Identificação dos prestadores de cuidados;

7.º - Seleção dos prestadores que podem fazer parte da definição das estratégias pela população com que trabalham e conhecimento adquirido;

8.º - Os ICS's, através dos ICP's devem garantir a promoção de comunicação adequada com os prestadores de cuidados, assim como o seu envolvimento, através da sensibilização da importância do seu papel no desenvolvimento de cuidados mais integrados;

9.º - Criação de fóruns de partilha entre os vários prestadores, de forma a sentirem-se parte de uma comunidade, envolvidos e com apoio para as dificuldades encontradas.

10.º - Envolvimento constante do poder local tem de ser garantido, de forma a conseguir o apoio da comunidade para as mudanças propostas.

Nas estratégias têm ainda de ser considerados os seguintes pontos:

- Cuidados personalizados – A integração de cuidados deve ser uma oportunidade para reforçar a personalização, escolha e flexibilidade e por isso devem ser identificadas soluções para permitir que os serviços se articulem em torno do indivíduo de forma holística, de modo que os seus cuidados sejam adaptados às suas necessidades atuais e futuras.

- Disparidades nos cuidados de saúde e sociais – Devem definir a forma de abordar as variações injustificadas na saúde da população e as disparidades no acesso, nos resultados e na experiência dos cuidados de saúde e dos cuidados sociais na sua população ao longo da sua estratégia de cuidados integrados.

- Saúde da população e prevenção - Devem considerar a forma de melhorar a saúde e o bem-estar, apoiar a prevenção de doenças físicas e mentais, as necessidades futuras de cuidados, nomeadamente, com a perda de independência e a mortalidade precoce.

Dentro destes guias de trabalho foram ainda definidos dez princípios basilares para o envolvimento da população, que seriam:

“1. Colocar as pessoas e as comunidades no centro da tomada de decisão e de governação, a todos os níveis do ICS.

2. Iniciar a participação desde o início do desenvolvimento dos planos e informar as pessoas e comunidades de como o seu envolvimento influenciou as atividades e decisões.

- 3. Compreender as necessidades, experiências e aspirações da comunidade em matéria de saúde e cuidados, utilizando a participação para descobrir se a mudança está a ter o efeito desejado.*
- 4. Construir relações com grupos excluídos, especialmente os afetados por desigualdades.*
- 5. Trabalhar com o sector do voluntariado, da comunidade e das empresas sociais como parceiros-chave.*
- 6. Fornecer informação pública clara e acessível sobre a visão, os planos e progressos, para criar compreensão e confiança.*
- 7. Utilizar abordagens de desenvolvimento comunitário que capacitem as pessoas e comunidades, estabelecendo ligações com a ação social.*
- 8. Utilizar a coprodução, a perceção e a participação para obter serviços de saúde e serviços de saúde e de cuidados.*
- 9. Coproduzir e reformular serviços e abordar as prioridades do sistema em parceria com as pessoas e as comunidades.*
- 10. Aprender com o que funciona e aproveitar os ativos de todos os parceiros dos ICS - redes, relações, atividade nos locais.”*

As tarefas de cada organização e o papel dos recursos humanos são também fundamentais. Neste sentido foi feita uma definição clara do papel de cada estrutura dentro do ICS, assim como foi pedida total transparência na definição de função, tanto ao nível das estruturas em si como dos recursos humanos, nomeadamente, aqueles que tinham funções de chefia e poder de decisão.

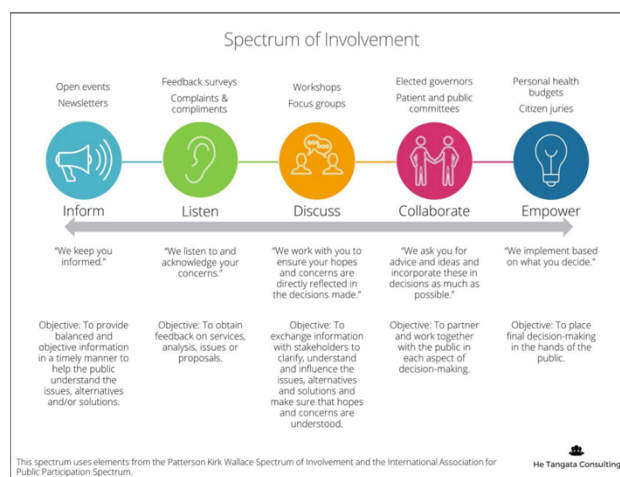
2.5. A Relação com a População

A criação dos ICS's teve sempre em mente a integração de cuidados, mas esta só é conseguida com um trabalho próximo com a população e comunidades. Estas comunidades têm de ser ouvidas na definição das prioridades de curto, médio e longo prazo, mas também foi e tem de ser continuamente garantido que estas sabem e estão envolvidas nas mudanças. O conhecimento do que se pretende fazer e deixar a

comunidade ter voz ativa é o primeiro passo para uma pacificação social, indispensável em tempos de mudança.

Os guias fornecidos pelo NHS colocaram sobre a mesa várias formas de participação das comunidades com base na seguinte metodologia:

Fig. 4 – Framework de Envolvimento da Comunidade



Fonte: (26)

A maioria dos ICS's iniciou a sua intervenção com a criação de formas de aproximar os cuidados dos "lares" dos utentes. Trabalhar os cuidados em casa foi uma prioridade, evitando assim as deslocações aos serviços de saúde, mas principalmente proporcionar o maior conforto àqueles que se encontram numa situação de vulnerabilidade.

2.6. Financiamento

A definição orçamental no âmbito dos ICS's sofreu fortes alterações com a entrada em vigor do "*Health and Care Act*" de 2022 que aboliu os CCG's. As tarefas relativas ao financiamento e controlo de despesa ficaram a cargo dos ICB's, tendo estes uma maior influência sobre os orçamentos e gastos que efetuam.

Cada ICB tem autonomia para recrutar e definir os termos e condições remuneratórias dentro desse recrutamento. No entanto, existe uma partilha de responsabilidades por todos os membros do ICS e por isso a cada ano é feito um plano de atividades e previsões de gastos a 5 anos.

Assim, mediante as necessidades estabelecidas e o cumprimento das metas identificadas são atribuídas as verbas. No entanto, estas são limitadas pelo NHS e controladas por este, existindo auditorias regulares para verificação do cumprimento dos requisitos previstos na lei.

A fórmula para a definição do orçamento relativo aos recursos humanos tem em conta a lista de utentes de cada médico dos cuidados de saúde primários (GP), assim como a dispersão geográfica. A acrescentar a este valor é dado um subsídio para os custos de gestão e funcionamento quotidiano. Este subsídio tem também em conta a população servida por cada ICB, ajustado pelo risco da existência de pessoas não registadas. Este subsídio deve cobrir todos os custos com os serviços de apoio assim como todas as despesas com as auditorias externas legalmente exigidas.

2.7. Avaliação

A avaliação do sucesso destas estratégias e da sua forma de implementação foi feita a vários níveis e com indicadores diferentes mediante a estratégia de ação definida por cada ICS.

Cada ICS definiu a sua estratégia com base nas necessidades identificadas e a partir daí foram definidos os indicadores que deveriam ser tidos em conta na avaliação da *performance* dos ICS's. A definição destes indicadores foi feita através de acordo entre todos os intervenientes, focando-se nos resultados identificados como prioritários. Devia também considerar-se na avaliação a experiência do utente.

Esta ação revelou-se eficaz, pois motiva a participação de todos e impulsiona o progresso e trabalho conjunto e motiva a população local para a mudança.

A avaliação tem ainda de refletir as diferenças de contexto e complexidade de cada ICS. Todavia não podem ser deixados de lado alguns objetivos de desempenho nacionais e o alcance do equilíbrio financeiro.

A par da avaliação, cada ICS's tem de definir uma estratégia de melhoria continua.

É importante salientar que para compreender realmente se o seu trabalho está a fazer a diferença, os ICS's terão de utilizar os conhecimentos da população local, incluindo doentes, utilizadores de serviços e famílias, pois a melhor forma de compreender se a integração está a produzir resultados é através dos olhos das pessoas que utilizam os

serviços. Assim, os ICS devem considerar este impacto a partir de múltiplas perspetivas, incluindo os prestadores de cuidados, a população, as comunidades locais e as pessoas envolvidas na elaboração da estratégia.

Relativamente aos indicadores de avaliação, estes estão divididos em 5 grandes grupos, sendo eles, melhoria da qualidade dos cuidados, acesso e resultados; prevenção dos problemas de saúde e redução das desigualdades; cuidar com os recursos humanos; eficiência financeira; liderança.

2.7.1. Resultados

Os estudos realizados até ao momento ainda não demonstram alterações significativas nos indicadores de resultado, nomeadamente, no recurso às urgências. Esta situação é justificada pelo facto de estas intervenções produziram os seus efeitos no longo-prazo. Visto que se exigem mudanças organizacionais e comportamentais muito profundas, os seus resultados não se conseguem atingir num curto espaço temporal. O mesmo aconteceu com os internamentos evitáveis, demora média e mortalidade. As práticas anteriores demonstraram que esta redução apenas acontece 4 a 6 anos após o início da transformação organizacional (32–34) .

2.8. Principais Dificuldades

Neste processo de mudança organizacional as principais dificuldades centraram-se na aceitação da diferença. Foi um processo difícil, mesmo ao nível político, de conseguir entender que as realidades de cada zona geográfica são diferentes e por isso o esforço que é pedido a cada ICS é diferente e a metodologia de avaliação tem de ter em consideração esta diferença.

O envolvimento da população também foi apontado como uma das principais dificuldades, pois para que tal ocorra é necessária uma mudança de paradigma dos dois lados. É necessário capacitar tantos os profissionais para trazerem os utentes para o centro da decisão, como capacitar os próprios utentes com ferramentas para refletir e serem capazes de demonstrar aquilo que são as suas maiores preocupações.

O facto de ainda existir uma total separação entre aquilo que é o orçamento do NHS e o orçamento da área social leva também a alguns constrangimentos provocando um efeito de dispersão contrário ao objetivo dos ICS's.

Não é ainda totalmente clara a forma como está prevista a intervenção em casos em que a relação entre os vários atores não funcione como o esperado. A maior supervisão é feita pelo NHS, mas ao nível local ainda se encontram muitas dificuldades relativamente à supervisão dos atores que não estão sob controlo direto do NHS.

Existe uma forte necessidade de investimento na recuperação de estruturas do NHS, verifica-se uma deterioração do espaço físico que dificulta o trabalho das equipas e os resultados em saúde. É um legado pesado que fica para os ICS's que têm de trabalhar com as fortes limitações orçamentais impostas.

Foi ainda imposta uma redução de 30% nos custos dos ICS's relativamente aos modelos organizacionais anteriores. Esta situação causou grande pressão, tendo sido questionado até que ponto é que estas mudanças de curto prazo colocariam em causa os objetivos de longo prazo, visto que é um dado assente na bibliografia que os resultados da integração de cuidados quando feitos numa escala organizacional apenas são alcançados a longo prazo e exigem investimentos de curto prazo.

2.9. Conclusões

O modo como foi estruturada a implementação dos ICS's permite-nos retirar algumas conclusões, onde se destacam:

O design dos ICS's pode ser muito diferente entre si, estando a base na adaptabilidade e adequação à realidade populacional.

A criação dos ICS's foi faseada, começando por acordos informais, ou seja, foram seguidas as boas práticas de fomento de projetos *bottom-up*, em vez de, uma imposição *top-down*.

A implementação de projetos de integração de cuidados leva tempo a produzir resultados e as ações não são estanques, tendo que existir apoio constante às equipas de forma que se consiga ir adaptando as respostas às realidades existentes.

A formação das equipas, a disponibilização de material explicativo, com inúmeros detalhes, assim como as consultorias foram fatores-chave para que as equipas se sentissem apoiadas na mudança e conseguissem sentir-se motivados a mudar o modelo organizacional em vigor. Assim, a criação de equipas de consultadoria que

apoiam na decisão através da entrega de estudos, melhor evidência disponível permitem uma decisão mais sustentada.

Apesar de se reconhecer que houve pouco tempo para a definição das primeiras estratégias, foi dado espaço para que estas fossem revistas no curto prazo.

É importante ainda referir que ainda existem muitas expectativas nos resultados que podem ser alcançados com estas parcerias. O processo ainda é recente e como tal é preciso manter a capacidade de resposta das equipas à mudança, a capacidade do trabalho para o longo prazo, pois a literatura é clara ao transmitir a ideia de que as mudanças no campo da integração levam tempo a produzir resultados e como tal é necessário manter o foco e a motivação das equipas e o alinhamento das lideranças locais e nacionais (32), é essencial que seja dado pelos dirigentes o tempo e o espaço necessário para produzir alterações drásticas tão necessárias.

Alguns estudos desenvolvidos em Inglaterra por várias instituições já contemplam algumas recomendações que poderiam levar a um incremento do nível de integração, nomeadamente, uma maior fusão com os cuidados sociais, a criação de uma estratégia nacional para os recursos humanos no setor social, assim como o desenvolvimento de mais plataformas de partilha de conhecimento (30–33,35).

Anexo I

Integrated care systems (ICSs)

Key planning and partnership bodies from July 2022

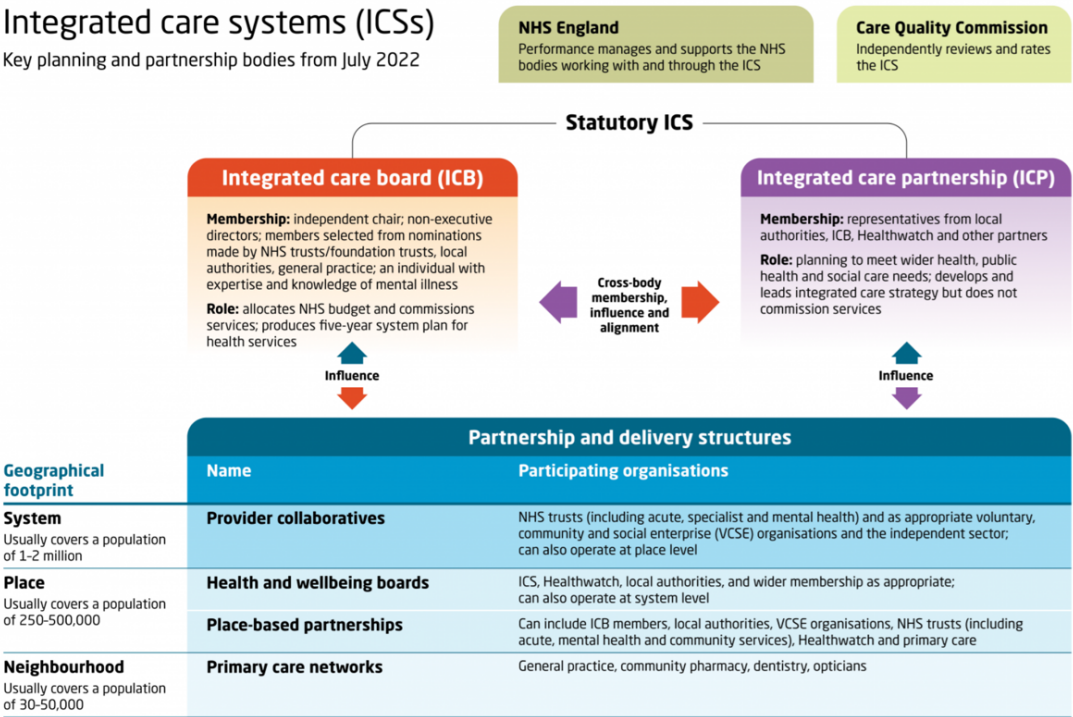


Fig. 5 – Estrutura Funcional de um ICS

Fonte: (30)

3. A Experiência das *Accountable Care Organizations* nos Estados Unidos da América

O modelo organizacional dos Estados Unidos da América (EUA) é muito diferente daquele que temos por exemplo em Inglaterra. No contexto americano a forte privatização do setor da saúde faz com que as medidas tomadas tenham outras bases. Porém, apesar do tipo de resposta ser diferente, as preocupações com a saúde cada vez mais frágil das populações e com o aumento constante dos gastos em saúde não deixam de existir.

Os EUA apresentam desde há vários anos uma elevada despesa em saúde, situando-se em 2021 em 18% do PIB. Esta taxa encontra-se em constante crescimento e para além disso os resultados em saúde encontram-se muito abaixo do esperado, verificando-se elevadas taxas de mortalidade, internamentos evitáveis e uma elevada carga de doenças crónicas, apesar dos gastos crescentes.

O sistema de saúde com um cariz competitivo, com prestadores e pagadores de natureza privada e baseado em seguros de saúde são as principais características diferenciadoras do sistema de saúde americano. Se olharmos para dados de 2019, cerca de 56% dos cidadãos americanos têm um seguro de saúde privado, 35% estão cobertos por um seguro público (*Medicare and Medicaid programs*) e apenas 9% da população não tem seguro.

Estas características fazem com que seja necessário repensar o sistema de outra forma, tendo por isso o financiamento e a forma de pagamento um maior peso nas alterações organizacionais implementadas. Neste contexto é encontramos um conjunto muito diferenciado de experiências, pois a par de alguns modelos de base populacional são também promovidos modelos individuais de integração de cuidados.

O objetivo de integrar cuidados começou desde cedo nos EUA. A primeira experiência focada na prestação de cuidados integrados foram as *Health Maintenance Organizations (HMO)*, criadas em 1973. As HMOs eram estruturas que pretendiam colmatar o crescimento da despesa em saúde através de um maior controlo na utilização de serviços, ou seja, foi criada uma ponte entre o utente e os cuidados de saúde, centralizando os cuidados no médico dos cuidados de saúde primários. Porém, esta experiência não atingiu os resultados pretendidos, pois verificava uma restrição de acessibilidade que originou um forte descontentamento tanto do lado dos utentes como

dos próprios prestadores, pois, restringir, limitar e controlar provoca no indivíduo uma sensação de falta que origina muitas vezes efeitos adversos.

Os utentes foram progressivamente abandonando o modelo dos HMOs passando para sistemas com menor controlo do nível de utilização. Um destes sistemas consistia nas *Preferred Provider Organizations (PPO)*, o objetivo era muito semelhante ao modelo anterior, no entanto, os utentes tinham maior liberdade para recorrer aos prestadores de cuidados sem terem de passar obrigatoriamente pelo médico de família e os prestadores eram pagos essencialmente pela produção.

A insatisfação dos utentes a juntar à incapacidade de reduzir custos levou a que esta estratégia tivesse de ser abandonada. A reflexão sobre este modelo demonstra que a caracterização dentro de uma integração estrutural e funcional onde se fomentava a dimensão financeira e administrativa, mas onde a dimensão clínica não foi garantida colocou em causa o sucesso destas iniciativas.

Neste contexto, a despesa crescente e a insuficiência económica e financeira assim como a manutenção de reduzidos níveis de integração fizeram com que as reformas não pudessem ser interrompidas e seguiram-se um conjunto de projetos onde se destacam as *Accountable Care Organizations (ACO)*.

3.1. O que são as Accountable Care Organizations?

As ACOs foram legalmente desenhadas em 2010 no diploma conhecido como ObamaCare e corporizam-se através de uma agregação voluntária de um conjunto de prestadores de cuidados de vários níveis, sendo responsáveis pelo continuo de cuidados de uma população não inferior a 5 mil habitantes (36), com o principal objetivo de garantir a qualidade e eficiência dos cuidados prestados.

Neste modelo, grupos de médicos, hospitais e outros prestadores de cuidados de saúde juntam-se voluntariamente para prestar cuidados coordenados e de elevada qualidade aos doentes. As organizações atingem os seus objetivos utilizando um sistema de orçamento universal e um pagamento baseado no valor.

Os utentes são distribuídos pelas diferentes ACOs através dos cuidados de saúde primários, porém existe uma liberdade de escolha por parte dos utentes relativamente ao seu prestador ao contrário do que acontecia nas experiências até então.

Neste sentido, o risco financeiro é partilhado entre prestador e pagador fomentando o controlo da despesa de forma consciente sem perder de vista a qualidade clínica, na medida em que, neste modelo, ao contrário do que vinha a ser desenvolvido nos EUA, foram desenvolvidos um conjunto de incentivos financeiros, tanto para organizacionais como individuais, de forma a promover a integração e coordenação clínica que tinha sido a grande falha nas experiências anteriores. Estes cuidados coordenados ajudam a garantir que os doentes, especialmente os doentes crónicos, recebem os cuidados certos no momento certo, com o objetivo de evitar a duplicação desnecessária de serviços e prevenir erros médicos, fomentando assim a ideia de controlo de despesa.

A perspetiva de longo prazo e de responsabilização das equipas presente neste modelo faz com que cada unidade prestadora tenha de assinar um contrato de três anos sem possibilidade de *opting-out* antes deste período (37).

Uma ACO poder ser constituída através de diferentes estruturas organizacionais, porém independentemente desta estrutura, Devers & Berenson, (2009) identificaram três características essenciais à constituição de uma ACO, sendo: capacidade de realizar uma gestão integral dos cuidados ao longo de várias instituições, gestão prospetiva dos recursos financeiros e consideração de indicadores de desempenho holísticos, exequíveis e robustos que permitam uma avaliação do desempenho credível de forma a possibilitar a concretização dos objetivos previamente definidos.

3.2. Objetivos Estratégicos

A criação dos ACOs pretendia combater a forte fragmentação dos serviços nos EUA, mas essencialmente trabalhar na componente económica e financeira com a redução da despesa por via de um controlo das necessidades em saúde. Assim, os principais objetivos focam-se numa prestação de cuidados com qualidade, ou seja, melhores resultados em saúde, mas com um forte controlo e redução dos custos. Estes objetivos estão também relacionados com aquilo que são os objetivos dos cuidados baseados em valor (38).

Deste forma, em consequência dos dois grandes objetivos de redução de despesa e melhoria dos resultados em saúde, podemos identificar os seguintes objetivos estratégicos na base da implementação de um ACO:

- Melhorar a colaboração e a comunicação entre os prestadores de cuidados de saúde para garantir cuidados contínuos e coordenados aos doentes, especialmente aos que sofrem de doenças crónicas;
- Focar a prestação de cuidados em práticas baseadas em evidência e em medidas seguras para dos doentes;
- Fomentar a promoção da saúde e a prevenção da doença;
- Incentivar o envolvimento ativo dos utentes nas suas decisões relativas aos cuidados de saúde e promover a literacia em matéria de saúde para permitir que os indivíduos assumam o controlo do seu bem-estar.

3.3. Como foi estruturado o processo de implementação?

Em 2010, através do *Patient Protection and Affordable Care Act (ACA)*, comumente designado de *ObamaCare*, foi instituída a criação das ACOs.

Estas ACOs são por isso estruturas legais de integração de cuidados, no entanto, estas podem tomar diversas configurações.

Para que estas estruturas se pudessem formalizar foi necessário passar por diversas alterações quer ao nível dos quadros regulamentares quer ao nível da colaboração entre os prestadores de cuidados de saúde. Trata-se de uma integração voluntária e como tal a iniciativa tem de surgir daqueles que prestam cuidados e que através de um processo colaborativo conseguem criar estruturas de cuidados integradas de forma proporcionar uma melhor experiência para o utente e um continuo de cuidados.

O trabalho de desenho dos programas e todo o apoio à implementação destas estruturas ficou a cargo do *Centers for Medicare & Medicaid Service (CMS)*, uma agência federal que tem com principal função a promoção de parcerias com a comunidade prestadora de cuidados de saúde de forma a melhorar a qualidade, a equidade e os resultados em saúde.

Depois de um processo de reforma legal intenso o CMS definiu dois grandes programas para a constituição de ACOs; o *Pionners ACOs* e o *Medicare Shared Savings Program*. Estes dois programas foram a base para o desenvolvimento de diferentes modelos de ACOs que vieram a surgir posteriormente.

O *Pionners ACO* era um programa destinado a entidades com experiência demonstrada na coordenação e nos cuidados centrados no utente, de forma que estes pudessem

melhorar esta prestação com um custo inferior para a Medicare. A par desta intenção de apoiar estas organizações mais experientes a tornarem-se mais eficientes estava o objetivo de testar o impacto que diferentes modalidades de pagamento têm neste tipo de organizações.

O primeiro período de trabalho começou a 1 de janeiro de 2012. Nos dois primeiros anos de trabalho foi testado um acordo de pagamento com poupanças e perdas partilhadas e com níveis mais elevados de recompensa e risco do que no Programa de Poupança Partilhada visto que faziam parte deste programa estruturas com mais experiência nesta forma de prestar cuidados. Já no terceiro ano optaram por um modelo de pagamento baseado na população, onde aqueles que apresentaram poupanças nos dois primeiros anos eram elegíveis para passar para este modelo de pagamento. O pagamento baseado na população é um montante de pagamento mensal por beneficiário. Destinase a substituir alguns ou todos os pagamentos por ato por um pagamento mensal prospetivo, ficando cada ACOs com um conhecimento antecipado da população pela qual é responsável.

Este projeto já não se encontra atualmente em vigor, devido aos seus objetivos temporários de teste, tendo o sistema evoluído para um conjunto diferenciado de modelos dirigidos a diferentes tipos de realidades e territórios.

Para além deste projeto de teste foi no mesmo momento criado o *Medicare Shared Savings Program*. Este programa ao contrário do anterior foi criado com o objetivo de permanência e permitir criar um caminho para a construção de ACOs por parte das instituições de saúde.

Cada ACO que é constituída concorda em ser responsabilizada pela qualidade, custo e experiência dos utentes de uma área específica, havendo, no entanto, espaço para a negociação, com o CMS a disponibilizar às instituições várias alternativas para a definição de metas e indicadores de forma que seja possível fazer uma adaptação ao tipo de realidade a que cada instituição está exposta.

Neste programa temos atualmente 456 ACOs que proporcionam cuidados de saúde a cerca de 10 milhões de beneficiários.

O Medicare Shared Savings Program é aquele que conta com mais ACOs, porém face àquilo que são as especificidades de cada região e de cada população foram desenvolvidos outros programas complementares que embora tenham o mesmo

objetivo de garantir uma prestação de qualidade com uma redução de custos, ou seja, mais qualidade com maior eficiência, têm pequenas alterações devido à realidade específica que querem atingir, nomeadamente, o Next Generation ACO Model, o Vermont All-Payer ACO Model, o ACO REACH Model e o Kidney Care Choices Model.

3.4. Framework de Implementação

Como referido no ponto anterior a implementação deste tipo de instrumentos passou por uma fase de experimentação. Foram iniciadas duas linhas, a primeira com o objetivo de testar a eficácia de diferentes modelos de pagamento em instituições com maior experiência na prestação de cuidados integrados e focados no utente e na sua experiência e um outro programa que tinha como principal objetivo ajudar as instituições a criar a seu ACO e a prestar cuidados com melhor qualidade a custos mais reduzidos.

O objetivo principal destas reformas baseava-se na redução de custo, porém face às características do sistema, a integração de organizações de saúde ou prestadores individuais é voluntária e por isso é necessário dar-lhes todo o apoio e motivá-los aos benefícios que a integração neste tipo de modelos pode originar.

Neste ponto, o CMS desempenha um papel fundamental. Esta agência é responsável por toda a gestão e acompanhamento dos diferentes ACOs. O processo de implementação e desenvolvimento é extremamente complexo, na medida em que têm de se unir diferentes estruturas prestadoras de diferentes níveis de cuidados, mas há espaço a adaptações. Assim, de forma a apoiar a implementação destas estruturas foram criados diversos *toolkits* sobre as diferentes matérias que um ACO tem de ponderar. Estes *toolkits* pretendem fornecer as ferramentas de planeamento, colaboração e comprometimento.

Desta forma, o apoio é constante sendo os guias uma ferramenta de explicação exhaustiva. Porém, a complexidade dos processos faz com que sejam organizados de forma recorrentes *webinars* e sessões de apoio sobre vários temas, onde se pode destacar a forma como deve ser feita a candidatura à constituição de uma ACO ou sobre a forma como deve ser feito o reporte de informação por parte destas entidades à CMS.

Assim, o apoio dado aos prestadores é essencial para garantir o comprometimento das estruturas e garantir que estes respondem adequadamente aos incentivos criados.

Para além dos *toolkits* com informação sobre as várias áreas de intervenção, nomeadamente, com indicação de formas de atuação, o CMS criou um conjunto de

iniciativas para partilha de experiências e conhecimentos entre prestadores que serviram de apoio não só à atividade de cada ACO, mas também à própria atividade do CMS, ou seja, com base nestes grupos de partilha criados o CMS desenhou as suas *frameworks* de atuação.

A renovação da informação e o desenvolvimento de competências tem uma importância fundamental em todo este processo e como tal foram também desenvolvidos case studies que servem de apoio à divulgação de informação e de estratégias de implementação e desenvolvimento.

3.5. Financiamento

Face ao contexto americano, o modelo de financiamento tem um papel muito importante naquilo que são as mudanças de comportamentos, as melhorias nos resultados em saúde. É através de um modelo de financiamento atrativo que se pretende tornar a prestação de cuidados mais eficientes.

No caso concreto das ACOs pretende-se reforçar um pagamento onde se valoriza mais os resultados em saúde do que a quantidade de atos praticados. Desta forma, o modelo de financiamento é desenhado numa base de incentivos, partilha de risco e benefícios e avaliação da qualidade, porém o nível de partilha é variável e está dependente de negociação entre a os prestadores de cuidados e a CMS.

Cada modelo de ACO pode ter uma partilha de risco maior ou menor consoante o seu nível de desenvolvimento, sendo possível que uma determinada estrutura inicie a sua atividade com uma menor partilha de risco e potencial recompensa podendo evoluir na partilha de benefícios e riscos consoante a sua atividade. Aliás, é de referir que no momento de constituição de uma ACO os pagamentos são feitos por ato praticado (volume), ou seja, um momento prévio utilizado para fazer uma avaliação da atividade para que se possa fazer um ajustamento com base nos resultados em saúde, isto é, na qualidade dos cuidados (valor).

Nos modelos anteriores, os pagadores eram os únicos responsáveis pela qualidade dos cuidados e pelos resultados dos doentes. No entanto, com o modelo ACO, o risco, as recompensas e as responsabilidades relativas às medidas de qualidade dos cuidados de saúde são cada vez mais partilhados pelos prestadores de cuidados de saúde do doente, bem como dos pagadores, verificando-se uma responsabilização de uma estrutura por um conjunto de doentes, incentivando assim o investimento em serviços eficientes e de elevada qualidade.

Em suma, as ACO apoiam os prestadores na prestação de melhores cuidados e, por sua vez, as poupanças partilhadas incentivam os prestadores a esforçarem-se por obter cuidados melhores e mais rentáveis. Trata-se de uma vitória tanto para o CMS como para os prestadores de cuidados, pois conseguem diminuir despesas inúteis e originam mais poupanças e para os doentes que beneficiam de melhores resultados em termos de cuidados.

3.6. Beneficiários

Ao contrário do que tinha acontecido com experiências anteriores que fracassaram, os ACOs revelaram-se mais duradouros e com maior eficácia. Esta diferença deve-se em parte à liberdade de escolha e de acesso que é dada aos utentes.

Numa ACO os utentes estão associados através dos prestadores de cuidados de saúde que escolheram. A CMS analisa o local onde um utente tem recebido a maior parte dos seus cuidados de saúde primários e utiliza essa informação para determinar anualmente quais os beneficiários que estão associados a cada prestador. Se um prestador de cuidados primários optar por participar numa ACO, os utentes associados a esse prestador são associados à ACO. Se um utente receber menos de 10% dos seus cuidados de saúde de um prestador de cuidados primários, a CMS analisará o local onde o beneficiário tem recebido a maioria dos seus serviços de especialidade para determinar o alinhamento.

De um modo geral, os participantes numa ACO devem ter um mínimo de 15 000 utentes inscritos, exceto se estiverem situados numa zona rural, caso em que devem ter um mínimo de 5 000 utentes.

3.7. Método de Avaliação

Em termos de avaliação, cada ACO reporta anualmente à CMS de um conjunto muito diversificado de indicadores de qualidade. Este reporte é fundamental, na medida em que, o pagamento a estas estruturas e a sua elegibilidade para permanecer neste modelo depende dos resultados obtidos através deste processo de avaliação. Este processo de reporte de indicadores tem sofrido uma constante evolução para que possa ser cada vez mais automático, nomeadamente, através da implementação do *Electronic Clinical Quality Measures* (eCQM).

Cabe à CMS definir os indicadores que devem ser considerados no processo de avaliação. Recentemente, foi feito um enorme esforço para tornar todo o processo de

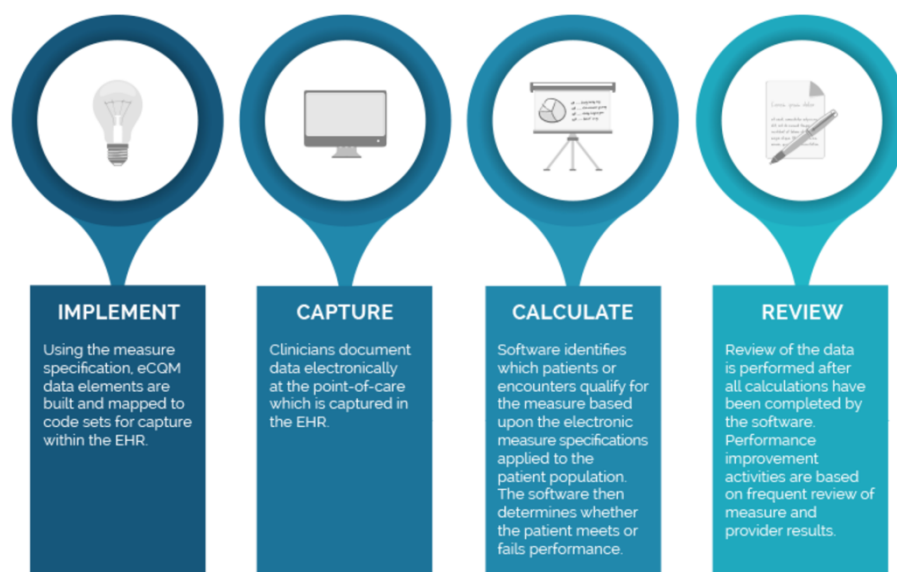
reporte e avaliação mais automático e por isso a CMS finalizou a definição da eCQM. As eQMs são medidas especificadas num formato eletrónico normalizado que utilizam dados extraídos eletronicamente de registos de saúde eletrónicos (EHR) e/ou sistemas de tecnologia de informação de saúde (IT) para medir a qualidade dos cuidados de saúde prestados. As eQMs da CMS medem muitos aspetos dos cuidados de saúde prestados aos pacientes, incluindo:

- Envolvimento dos doentes e da família
- Segurança dos utentes
- Coordenação de cuidados
- Utilização eficiente dos recursos de saúde
- Processo clínico/eficácia

Com os eQMs, o médico documenta num campo estruturado dentro do Registo de Saúde Eletrónico, normalmente como parte de um fluxo de trabalho clínico. Estes dados são depois consumidos pelo sistema de cálculo do eCQM sem introdução manual de dados adicionais.

Fig. 6 – Framework de desenvolvimento dos eCQM

eCQM Process



Fonte: (39)

Apesar desta iniciativa para tornar todo o processo automático ainda existem unidades que não têm este modelo implementado pelos custos e dificuldades inerentes à implementação de um novo sistema informático. Assim, o processo de avaliação é feito com base num reporte de 31 indicadores através de 3 métodos, um inquérito sobre a experiência dos utentes (inquérito aos utentes), dados administrativos e reclamações e dados presentes na página *Web* da CMS (40).

Neste sentido, todas as ACO que consigam prestar cuidados de elevada qualidade, medidos pelo desempenho nos 31 indicadores de qualidade relacionados com a coordenação dos cuidados e a segurança dos doentes, a utilização de serviços de saúde preventivos adequados, a melhoria dos cuidados prestados às populações em risco e a experiência dos doentes em matéria de cuidados - reduzindo simultaneamente os custos dos cuidados - podem partilhar as poupanças obtidas com a Medicare.

Fig. 7 – Elementos da Avaliação da Qualidade dos ACOs



Fonte: (41)

3.7.1. Resultados

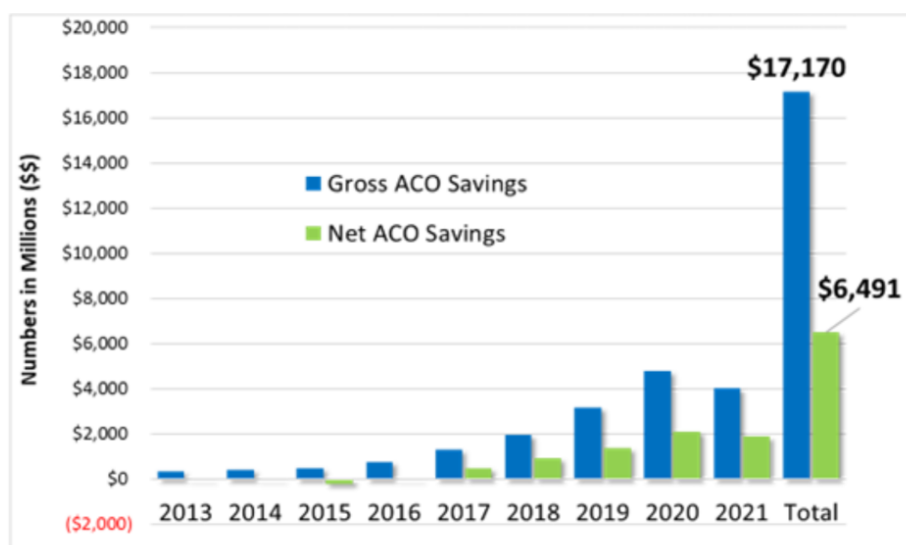
Neste momento nos EUA cerca de 92% da população abrangida por um seguro de saúde encontra-se adstrita a um sistema integrado de prestação de cuidados.

Os resultados esperados podem ser analisados num conjunto de “*Quadruple Aim*”, ou seja, melhorar a experiência do utente, melhorar a saúde da população, reduzir os custos per capita dos cuidados de saúde e garantir experiências positivas dos prestadores de serviços.

De uma forma geral, as análises realizadas pela National Association of ACOs (2021) e pela CMS, (2020) demonstram que houve um cumprimento dos objetivos inicialmente propostos. No entanto, em termos específicos ainda existe um caminho a ser percorrido com possibilidades constantes de melhoria.

Em termos económicos é evidente a poupança conseguida no gráfico abaixo, porém este gráfico evidencia também que os efeitos conseguidos são de longo-prazo, visto que a implementação das ACOs se iniciou em 2010/2011 e os resultados só são conseguidos vários anos depois e como tal quando se planeiam intervenções para disponibilização de cuidados integrados é necessário considerar os efeitos de longo-prazo e a resiliência de curto-prazo.

Fig. 8 – Valor Bruto e Líquido de Poupança com o ACO entre 2013 e 2021



Fonte: (42)

Já relativamente aos resultados em saúde com a implementação dos ACOs foi possível verificar uma melhoria dos indicadores referentes às doenças crónicas, nomeadamente, DPOC, diabetes e insuficiência cardíaca, assim como uma forte diminuição da mortalidade nas estruturas organizadas em ACOs. Em sentido oposto, verificou-se uma falta de acompanhamento e desenvolvimento no que respeita à saúde mental (43).

No entanto, tal como aconteceu com o impacto nos custos quando nos referimos à mortalidade estes resultados não foram imediatos, aliás, um estudo realizado por Cutler, et al. (44) que compara a mortalidade entre instituições organizadas em ACOs e instituições não organizadas em ACOs não demonstrou diferenças significativas entre eles. Esta é mais uma evidência de que os movimentos de integração de cuidados não apresentam resultados imediatos, havendo necessidade de materializar medidas de longo prazo.

Uma revisão sistemática realizada por Wilson et al. (43) reuniu um conjunto estudos que analisaram o envolvimento dos doentes e concluíram que a maioria dos médicos das ACO implementou alguma forma de envolvimento dos utentes, mas verificou-se que era necessário dar mais ênfase à tomada de decisões partilhada, à co-criação de planos de cuidados e ao envolvimento em atividades de governação e de melhoria da qualidade. Verificou-se ainda que as organizações médicas que participavam em ACOs tinham maior probabilidade de ter práticas de transição de cuidados, incluindo a comunicação entre os médicos de cuidados primários e os hospitais relativamente aos planos de admissão e alta dos doentes.

4. A Experiência Espanhola – o caso do País Basco

A organização espanhola em regiões autónomas faz com as estratégias de integração de cuidados caminhem a diferentes velocidades, com zonas onde o desenvolvimento de estratégias já se encontra numa fase de consolidação enquanto outras ainda estão numa fase muito embrionária. Dentro das regiões autónomas com maior desenvolvimento ao nível da integração de cuidados encontramos o País Basco, onde o foco do desenvolvimento do sistema de saúde se centrou na criação de estratégias onde o utente e a sua complexidade são a prioridade.

O País Basco é uma região no norte de Espanha, com cerca de 2.17 milhões de habitantes, detendo autonomia fiscal e autonomia na definição daquilo que são as políticas de saúde. O sistema de saúde é financiado por impostos (sistema beverigiano), e baseia-se nos princípios de universalidade, equidade, solidariedade, qualidade e participação, em linha com o que acontece em Portugal.

As responsabilidades em saúde são nesta comunidade partilhadas entre o Ministério da Saúde Basco responsável pelo financiamento, planeamento, gestão e regulação do sistema de saúde e o “Osakidetza”, o serviço de saúde basco responsável pela prestação de cuidados de saúde.

Tal como aconteceu nos relatos anteriores, o País Basco deparou-se com um elevado número de doentes com doenças crónicas, a par de fatores como o envelhecimento da população, não conseguindo dar uma resposta adequada àquilo que eram as necessidades em saúde da sua população. Em termos gerais, verificava-se que 91,3% da mortalidade e 86% dos anos de vida perdidos se deviam a doenças crónicas (45), e que 36% da população basca sofre de doença crónica, estimando-se um aumento para o dobro até 2040 (46).

Em 2010 o governo basco decidiu dar início a uma estratégia denominada de “*Estrategia para afrontar el reto de la Cronicidad en Euskadi*” de forma a dar resposta à cronicidade e responder de forma mais integrada aos doentes crónicos complexos garantindo a sustentabilidade do sistema, pois são estes doentes que requerem um maior tratamento e consequentemente um maior gasto por parte do sistema.

Nesta altura, o País Basco passava por uma situação de forte austeridade decorrente das dificuldades financeiras sentidas em toda a Europa e, portanto, a gestão dos recursos financeiros teve também um peso significativo naquilo que foi o desenho desta estratégia. Esta estratégia tinha como objetivo garantir a assistência multidisciplinar, coordenada e integrada entre os diferentes serviços, níveis de cuidados e setores.

Com esta estratégia pretendia-se seguir duas vias; a criação de iniciativas de integração vertical, as Organizações Sanitárias Integradas (OSI) e iniciativas centradas no desenvolvimento de processos assistenciais integrados, por exemplo percursos assistenciais.

Neste sentido, foi criado modelo adaptado de cuidados ao doente crónico com base em modelos internacionais de referência, tais como o Chronic Care Model (CCM) e o The Innovative Care for Chronic Conditions Framework (ICCC), que assentam na relação

próxima com a comunidade, a promoção e suporte do autocuidado, o indivíduo como o centro dos cuidados em todas as suas dimensões, o desenvolvimento de sistemas de informação em saúde, a tomada de decisão baseada na evidência, o ênfase na saúde da população, na prevenção, na qualidade, na adaptabilidade e flexibilidade do sistema, centrando-se na integração de cuidados (47).

Neste processo pretendia-se ainda um desenvolvimento de implementação local, com estratégia *bottom-up* para garantir um envolvimento da comunidade local no desenho de soluções para responder às dificuldades elencadas e vividas pelos próprios. Este objetivo tentou concretizar-se através de um conjunto de iniciativas que permitissem a partilha de opiniões por parte de profissionais de diversas áreas, ou seja, o desenvolvimento de várias atividades com vista à participação de vários profissionais, surgindo daí vários projetos de integração clínica e funcional por parte destes (48).

Apesar da importância de estratégias *bottom-up*, é evidente a necessidade de um apoio das lideranças e neste caso ainda existiam visões diferentes relativamente à urgência desta mudança, o que dificultou o sucesso das iniciativas propostas. Foram, no entanto, criados alguns modelos de resposta ao doente crónico, não tendo, porém, avançado para uma disseminação mais global, ficando-se por projetos piloto.

Ainda havia muito a fazer e era necessário olhar para a resposta integrada para lá daquilo que eram os doentes crónicos e por isso a estratégia de resposta ao doente crónico evoluiu em 2013 para uma estratégia de integração de cuidados denominada “*Integrated Care Plan for the Basque Country*”. Esta estratégia criou um modelo de cuidados integrados centrado nas pessoas e nos doentes capaz de assegurar a continuidade dos cuidados, tanto a nível da saúde como da assistência social. Foram implementadas novas estruturas, processos e ferramentas que permitiram satisfazer as necessidades de saúde dos utentes do País Basco, com um elevado grau de eficácia, eficiência e coordenação entre profissionais de saúde e assistentes sociais, através de ações de prevenção, capacitação dos utentes e a criação de planos personalizados para os utentes.

A lista de ações decorrentes desta estratégia regional é extensa onde se pode destacar:

- A criação de organizações de cuidados de saúde integrados;
- Um sistema de informação clínica unificado e partilhado;

- Uma estratégia de estratificação do risco da população que identifica os doentes com diferentes níveis de complexidade, de acordo com a probabilidade de utilização dos serviços de saúde num futuro próximo;
- Programa de intervenção integrada para doentes com multimorbilidade;
- Interoperabilidade dos sistemas de informação social e de saúde, para partilhar o diagnóstico e os planos de cuidados com extensão aos lares de idosos e assim facilitar a comunicação entre os profissionais de saúde e garantir a partilha de informações clínicas;
- Capacitação dos doentes e dos prestadores de cuidados através de programas direcionados.

Atualmente, podemos sintetizar que os cuidados integrados no País Basco assentam principalmente numa governação integrada, que estabelece os agentes que participam na organização prestação de serviços de cuidados integrados, incluindo a forma como os serviços e departamentos gerem o processo de prestação de cuidados e numa abordagem populacional, assumindo a responsabilidade pela saúde de toda a população de uma determinada área geográfica, o que implica a articulação com os agentes sociais e de saúde pública; inclui não só a conceção de estratégias e planos de ação para os utentes atendidos, mas também para a população saudável com o desenvolvimento de promoção e prevenção.

4.1. O que são as organizações de cuidados de saúde integrados?

No decurso da implementação da estratégia de integração de cuidados no País Basco foi criado um conjunto de organizações sanitárias integradas (OSI), estruturas de integração vertical de cuidados de saúde. As primeiras OSIs surgem em 2011, mas só em 2023 com a oficialização da estratégia regional de integração de cuidados é que se inicia um processo de criação mais alargado que termina em 2016. Atualmente o País Basco conta com um conjunto de 13 OSIs às quais se acrescentam 2 hospitais e 3 redes de cuidados de saúde mental.

As OSIs são redes de serviços de saúde que prestam cuidados coordenados ao longo de um ciclo contínuo de cuidados a uma determinada população e são responsáveis pelos custos e resultados da saúde dessa mesma população.

O modo de organização destas OSIs está disposto no decreto n.º 100/2018, de 3 de julho. Neste decreto prevê-se a classificação das OSIs em 4 tipos em razão do seu tamanho, complexidade, população abrangida, dispersão geográfica, existência de investigação e carácter universitário.

A organização interna desta estrutura é composta por:

Diretor Executivo; Equipa Diretiva (Direção Médica, Direção de Enfermagem, Direção de Cuidados Integrados, Direção de Recursos Humanos, Direção Financeira); Conselho de Direção e Conselho Técnico (onde se encontram representados os profissionais de saúde);

Nesta estrutura pretende-se fomentar processo de co-criação com os profissionais de saúde, onde estes possam ter espaço para trabalharem e implementarem projetos que considerem úteis, assim como ter voz ativa naquilo que são as decisões de políticas e planos estratégicos para estas organizações e por isso encontram-se fortemente representados no Conselho Técnico.

Estas organizações partilham a gestão, os objetivos, as estratégias e a informação sobre todas as pessoas que tratam. A gestão económico-financeira também é partilhada. O objetivo é alcançar resultados intermédios, tais como um melhor controlo, coordenação e continuidade dos cuidados prestados aos doentes e a colaboração interprofissional, resultados finais relacionados com a melhoria da satisfação dos utentes e uma maior eficiência.

4.2. Objetivos Estratégicos

O principal objetivo destas organizações passa pela promoção da prestação de cuidados multidisciplinares, coordenados e integrados entre os diferentes serviços e níveis de cuidados, promovendo particularmente a colaboração e a integração organizacional entre os cuidados primários e os cuidados especializados (48), de forma a prestar cuidados com a máxima qualidade com elevados níveis de eficiência e adaptados às necessidades da população.

Para atingir este objetivo principal foram definidos um conjunto de objetivos secundários que deveriam servir de suporte ao desenvolvimento das estratégias de ação destas organizações:

- Promoção de mecanismos de análise da experiência do utente;
- Garantia da coordenação entre serviços;

- Criação de metodologias colaborativas de decisão;
- Melhoria da comunicação entre os profissionais dos diferentes níveis de cuidados;
- Estratificação do risco da população.

4.3. Como decorreu o processo de implementação?

A abordagem do País Basco para responder ao complexo problema do aumento da cronicidade e da fragmentação do sistema ocorreu em dois sentidos. Por um lado, foram desenvolvidas estratégias direcionadas a utentes/patologias numa abordagem *bottom-up*, focando-se essencialmente na dimensão clínica e funcional de forma a garantir a coordenação entre equipas e processos. Foram desenvolvidos novos modelos para doentes crónicos complexos, percursos clínicos para patologias de elevado impacto e prevalência como a diabetes, doença pulmonar obstrutiva crónica ou insuficiência cardíaca e introduzida a figura do enfermeiro gestor de caso.

Num sentido de integração organizacional foram introduzidas mudanças de forma a agregar as instituições de prestação de cuidados de saúde primários com as instituições de prestação de cuidados hospitalares de uma determinada área geográfica com as OSIs. A primeira experiência aconteceu em Bidasoa, experiência essa muito bem conseguida e que levou à disseminação de organizações integradas de saúde por todo o País Basco.

Com esta nova estratégia de integração de cuidados no País Basco, a estrutura de cuidados de saúde passou de uma estrutura geral composta por 35 organizações independentes entre si (15 hospitais e 20 distritos sanitários de cuidados primários com mais 475 centros de saúde ambulatoriais), em 2010, para uma estrutura composta por 18 organizações que incluem centros de cuidados e cuidados hospitalares em regime de internamento e ambulatório (13 OSI, 2 hospitais e 3 redes de saúde mental) em 2016.

É de salientar que a integração funcionou a diferentes níveis, sempre com vista à prestação de cuidados integrados para melhoria dos resultados em saúde com uma redução dos custos.

A nível estratégico, cada OSI definiu o seu plano estratégico integrado, que estabelece objetivos comuns para os cuidados primários e secundários. Estes planos foram desenvolvidos com o envolvimento e a participação dos representantes dos profissionais.

Ao nível do financiamento houve lugar a uma negociação com o Ministério da Saúde para definição do contrato de programa, de forma a ser garantido um financiamento único para todos os prestadores, e assim garantir um trabalho conjunto de cumprimentos das linhas definidas.

Uma componente de especial relevância neste processo foi a estratificação do risco da população. Com base naquilo que já eram as experiências conhecidas da pirâmide da Kaiser Permanente e das iniciativas de estratificação do risco do NHS, toda a população foi estratificada de forma a prever os custos futuros (anuais) dos cuidados de saúde e a forma como deve ser intervencionada uma determinada população.

Para melhorar a prática clínica foram criados conselhos técnicos e comissões clínicas mistas, de modo que questões como a segurança do doente e os cuidados paliativos fossem abordadas e geridas em equipas multidisciplinares.

Um dos objetivos da implementação de uma estratégia de integração foi garantir a coordenação funcional e por isso foram concebidos e implementados percursos clínicos integrados entre profissionais dos cuidados primários e hospitalares para doenças crónicas como a diabetes, a DPOC e a insuficiência cardíaca, entre outras. Neste mesmo sentido, para gerir de forma mais eficientes os doentes complexos foram desenvolvidas Unidades de Continuidade de Cuidados por algumas OSIs, onde médicos de cuidados primários, especialistas em medicina interna, gestores de caso e assistentes sociais trabalham em equipas multidisciplinares para prestar cuidados de maior qualidade a doentes crónicos complexos (49).

Em relação aos sistemas de informação foi desenvolvido um sistema partilhado, de modo que as informações sobre os doentes possam ser trocadas entre profissionais dos diferentes níveis de cuidados.

A primeira Unidade de Cuidados Continuados para tratar doentes crónicos complexos foi criada na Organização Integrada de Saúde de Bidasoa. Nesta unidade, o internista de referência (um por cada centro de saúde) é responsável pelo internamento de doentes com doenças complexas ou múltiplas, no caso de necessitarem de internamento hospitalar. A missão da UCC é estabilizar os doentes e facilitar a continuidade dos cuidados pelo médico de medicina geral e familiar. Estes doentes têm em vigor um plano de continuidade de cuidados entre níveis de cuidados e são admitidos no hospital através de um circuito especial. Existe ainda um enfermeiro de ligação que tem a tarefa de apoiar o doente na sua transição do hospital para o domicílio,

onde é acompanhado pelo médico de medicina geral e familiar. O internista de referência visita o centro de saúde de 15 em 15 dias para efetuar sessões clínicas com os profissionais dos cuidados de saúde primários, e está à disposição dos médicos destes cuidados em qualquer altura para quaisquer questões que possam ter (48).

4.4. Framework de Implementação

Como referido no ponto anterior, o processo de constituição das OSIs foi faseado, porém ficaram claras algumas metas que deveriam ser consideradas para a implementação destas estruturas, nomeadamente, ao nível do plano estratégico, onde deve ser garantida a participação de todas as estruturas que compõem a OSI, assim como o alinhamento dos objetivos traçados.

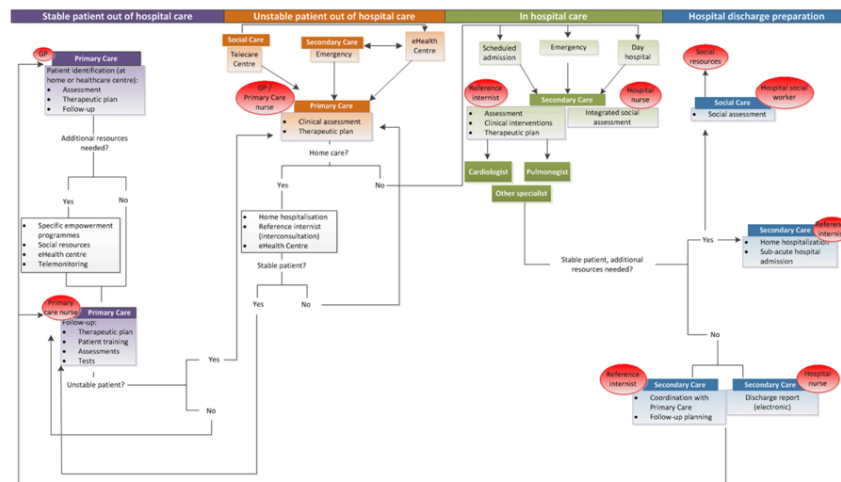
Para além de um plano estratégico cada OSI deve negociar com o Ministério da Saúde do País Basco o seu contrato de programa, havendo um financiamento único para toda a estrutura de forma a garantir que todos os prestadores envolvidos trabalham em conjunto para garantir que todos os requisitos são cumpridos dentro do orçamento e que o tratamento do problema de saúde é direcionado para o departamento mais adequado dentro do contínuo de cuidados, reduzindo custos e reforçando a qualidade dos serviços.

Cada OSI deve dar prioridade ao tratamento de doentes crónicos fora do hospital. Isto permite poupanças, como a redução dos internamentos e dos reinternamentos, das despesas com medicamentos e do número de idas às urgências. Este modelo exige a "deslocação" progressiva dos recursos para o domicílio/comunidade e para os cuidados primários.

No sentido de responder aos doentes crónicos foram desenvolvidos percursos assistenciais, nomeadamente, o *CareWell*, baseado naquilo que já era realizado noutros países europeus. Aliás, uma das obrigações destas OSI passa pela criação destes percursos assistenciais.

O domicílio é também um elemento-chave neste desenvolvimento, pois pretende-se deslocalizar o mais possível a prestação para o domicílio dos utentes ou para lugares que lhes sejam mais próximos e lhes proporcionem um maior conforto (50).

Fig. 9 – Percurso assistencial integrado para o doente crónico complexo



Fonte: (51)

Assim, cada estrutura tem de garantir a comunicação entre os vários prestadores de cuidados, dando especial enfoque aos doentes crónicos complexos e aquilo que são as suas necessidades através de percursos assistenciais claramente definidos. No entanto, não pode ser esquecida a componente de promoção da saúde e prevenção da doença, na tentativa de melhorar a longo prazo aquilo que é a procura e o acesso aos cuidados de saúde (51).

4.5. Financiamento

O processo de integração inclui também os mecanismos de financiamento. Existe uma única fonte de financiamento para os cuidados de saúde primários e hospitalares, que é negociada com o Ministério da Saúde, resultando num contrato de programa com cada OSI.

Neste ponto, a estratificação do risco da população tem também um papel importante, pois para além de ser um mecanismo essencial para a determinação do tipo de cuidado a prestar a uma determinada população, na definição daquilo que podem ser as estratégias individuais ou populacionais, permite fazer uma previsão do nível de utilização dos serviços e dos custos usando o ajustamento pelo risco. É, pois, a partir deste processo de ajustamento que é desenhado o contrato de programa. Assim, no País Basco a principal forma de financiamento assenta num modelo de pagamento por

capitação ajustado pelo risco da população, onde anualmente se define um valor per capita.

O valor da capita é calculado através da informação decorrente da estratificação do risco da população, nos diagnósticos registados nas plataformas de história clínica dos utentes, o que permite classificar os doentes em diferentes grupos consoante a sua morbilidade. Assim, com as informações de sexo, idade e diagnósticos classifica-se a população em seis grupos. O grupo zero é constituído por aqueles que não consomem qualquer tipo de recursos e o grupo cinco é composto por aqueles que gastam mais recursos. Cada grupo é ainda constituído pelas pessoas classificadas pelos ACGs (Adjusted Clinical Groups).

A este valor capitacional é acrescentado um valor ponderado, que é estimado pelos custos de prestação de serviços a pessoas adstritas a outros OSIs.

Neste valor per capita não se inclui os gastos da farmácia hospitalar de ambulatório e, portanto, esta atividade é financiada com base nos gastos históricos do ano anterior, havendo lugar a correções no final do exercício.

Na definição do financiamento, para além destes valores relacionados com o risco da população e dos consumos efetuados, é tida em conta a qualidade dos serviços prestados, ou seja, para além do valor capitacional existe uma componente de financiamento diretamente relacionado com o cumprimento de indicadores de qualidade previamente definidos. São avaliadas nove dimensões, divididas por dois grupos; desenho e planificação de serviços (recursos, serviços, prestação integrada) e performance da organização (efetividade, equidade, eficiência, centralidade nos utentes, acesso). A valorização de cada dimensão pode variar entre as diferentes OSIs e é negociada com cada uma.

O cumprimento destes indicadores corresponde a 5% do financiamento total.

Em algumas situações pode ainda atribuída uma componente de desenvolvimento de projetos (*bottom-up*), onde os profissionais de saúde têm um papel preponderante.

4.6. Avaliação

As atividades de avaliação são de grande importância em qualquer organização, medida ou projeto, permitindo saber quais os pontos que se aproximam daquilo que eram os resultados esperados e quais os pontos onde deve haver lugar a alterações ou maior investimento.

As OSIs não são exceção e como tal o decreto n.º 100/2018 de 3 de julho prevê de forma constante a avaliação destas estruturas. Este decreto refere que cada direção tem o dever de definir as metodologias e promover a autoavaliação dos setores que estão sob a sua alçada, devendo ter em atenção aquilo que são os indicadores previstos no contrato de programa que têm de ser monitorizados de forma constante.

Em 2019 foi também desenvolvido um projeto de autoavaliação da integração de cuidados no País Basco, através do instrumento SCIROCCO (SCaling IntegRated Care in COntext). Neste processo participaram 9 *stakeholders*, que fizeram uma análise dos diferentes segmentos da integração de cuidados definindo numa escala de 1 a 5 estes segmentos. Foram avaliadas 12 dimensões, nas quais se destacam, disponibilidade para a mudança, estrutura e governança, infraestruturas digitais, coordenação de processos, abordagem populacional, financiamento, gestão da inovação, metodologias de avaliação, empoderamento dos cidadãos. Neste processo, apesar de terem sido destacados inúmeros progressos no âmbito da integração dos cuidados de saúde, ainda existe um longo caminho naquilo que é a integração entre o setor da saúde e o setor social.

Na senda desta importância dada à avaliação das instituições, o Institute for Healthcare Innovation e o Osakidetza desenvolveram e aplicaram uma série de instrumentos de avaliação com o objetivo de monitorizar os avanços organizacionais na consecução de vários indicadores de processo e resultados intermédios, de avaliar o grau de desenvolvimento dos sistemas organizacionais e clínicos no sentido da prestação de cuidados integrados para doenças crónicas, conhecer o grau de colaboração entre o pessoal clínico dos cuidados primários e secundários (48).

Foram realizados estudos, para determinar a eficiência das novas organizações ao nível dos cuidados e ao nível da perceção dos profissionais, por Nuño-Solinís et al. e por Polanco et al. (48,52) respetivamente, que demonstraram uma redução de 38% nas admissões hospitalares quando nos referimos a doentes crónicos complexos. Em termos de custos, apesar de ser expectável que a prestação de cuidados integrados permita uma redução dos custos per capita sem comprometer a qualidade da prestação de cuidados, não se retiram conclusões suficientemente fidedignas, isto é, estabelecer uma clara relação de causa-efeito, visto que esta implementação coincidiu com uma fase de cortes substanciais no financiamento público.

As primeiras avaliações a este sistema demonstraram ainda uma redução de 37% e 42% nas readmissões hospitalares, relativamente à insuficiência cardíaca e à doença pulmonar obstrutiva crónica, respetivamente (48,52). Verificou-se também uma melhoria da eficiência ao nível dos cuidados de saúde primários segundo uma análise realizada por Cordero em 2016 (53).

Um estudo realizado por Hernando-Saratxaga et al. em 2021 (50), que pretendeu fazer uma análise qualitativa e quantitativa do processo de implementação das OSIs no País Basco constatou uma diminuição do número de idas à urgência em doentes com multimorbilidade, e relativamente às questões de prescrição e dispensa, o sistema de alertas e avisos implementado permitiu evitar mais de 1300 interações e 51 500 duplicações em 2017. Também os reinternamentos relativamente a doentes com DPOC, uma das patologias que maior impacto teve nesta estratégia, baixaram tanto nos homens como nas mulheres, assim como a mortalidade por causa evitáveis.

Pelos estudos apresentados é possível verificar uma melhoria naquilo que é a eficiência dos serviços de saúde no País Basco, assim como nos resultados em saúde da população, porém ainda existem pontos onde é necessário investir de forma mais profunda.

4.7. Pontos positivos e aspetos a melhorar

Em todo este processo existem alguns pontos de destaque e outros onde ainda existe espaço para melhoria. Dentro destes destacam-se:

Uma maior responsabilização dos profissionais de enfermagem, atribuindo-lhes novas funções na gestão dos utentes permitiu uma melhor organização dos serviços, uma resposta mais rápida e eficaz a mais utentes, assim como uma melhoria do envolvimento dos próprios profissionais que se mostraram mais motivados devido ao reconhecimento e valorização que obtiveram.

A formação por parte dos profissionais aos utentes no sentido de os capacitar para as suas patologias proporcionou doentes mais participativos e ativos que conseguem gerir melhor a sua condição, diminuindo assim agudizações e consequentemente o recurso a cuidados mais diferenciados.

Uma forte melhoria das infraestruturas digitais, com um sistema com uma forte interoperabilidade que permite a partilha de informação entre os vários agentes.

Existe ainda uma falta de conhecimento por parte dos profissionais daquilo que são os indicadores contratualizados pelos órgãos de gestão. Esta falta de conhecimento dificulta a definição dos objetivos e consequentemente coloca em causa o cumprimento desses mesmos indicadores.

Apesar de estar institucionalmente definida a ligação entre o setor da saúde e o setor social, esta ainda não foi efetivamente implementada.

5. Austrália – o caso da região de New South Wales

O sistema de saúde australiano tem uma forma de organização muito própria, sendo considerado um sistema híbrido, pois trata-se de uma mistura complexa de prestadores de serviços e outros profissionais de saúde de um número muito variado de organizações, do governo australiano, de cada estado e do setor não governamental. Trata-se de um trabalho coletivo para satisfazer as necessidades de cuidados de saúde física e mental dos australianos.

O governo australiano e os governos dos estados partilham a responsabilidade no financiamento, funcionamento, gestão e regulamentação do sistema de saúde. Os sectores privados com e sem fins lucrativos também desempenham um papel importante na exploração e desenvolvimento dos hospitais públicos e privados, farmácias e consultórios médicos. Os serviços de saúde são prestados por uma série de profissionais de saúde que trabalham em diversos contextos, desde os grandes hospitais (nas capitais e nos centros regionais) até às pequenas clínicas de saúde (como as que existem em zonas remotas).

Este sistema híbrido reflete-se não só na forma como são prestados os cuidados, mas também no financiamento, pois para além do financiamento por parte do governo central e do governo de cada estado, existe o financiamento por seguradoras privadas (54).

O sistema de saúde da Austrália é sustentado pelo *Medicare*, um regime de seguro de saúde universal, financiado através de impostos. O *Medicare* financia o tratamento gratuito em todos os hospitais públicos, porém uma grande parte da população australiana complementa a sua cobertura em termos de saúde com um seguro privado.

Isto acontece porque existem alguns tipos de serviços que não são financiados pelo *Medicare*, nomeadamente, custos de serviços de ambulância, serviços dentários ou próteses e ortoses, para além disso o seguro privado permite que os utentes se possam dirigir livremente a um serviço privado de saúde e escolher o seu prestador (55).

O tratamento em hospitais públicos muitas vezes está sujeito a listas de espera, especialmente para cirurgias eletivas e por isso existe um financiamento do *Medicare* a tratamentos realizados em hospitais privados, através de um pagamento de 75% do valor tabela, sendo o restante financiado pelos seguros privados.

Tal como referido anteriormente existe uma partilha de responsabilidades entre os diferentes níveis de governo. Desta forma, o governo australiano é responsável pelo desenvolvimento da política nacional de saúde, pelo financiamento dos serviços através do *Medicare*, pelo fornecimento de fundos aos estados e territórios para serviços hospitalares públicos, pelo financiamento de serviços específicos para populações específicas, pelo financiamento da investigação médica e no domínio da saúde e é responsável pela regulamentação em matéria de saúde.

Já os governos estaduais são responsáveis pelo financiamento e gestão dos hospitais públicos, prestação de serviços preventivos e pelo financiamento e gestão de serviços comunitários e de saúde mental.

Além disso, todos os níveis de governo têm responsabilidades partilhadas, incluindo a educação e a formação de profissionais de saúde, a regulamentação dos recursos humanos no sector da saúde, as normas e a segurança alimentar, a melhoria da segurança e da qualidade dos cuidados de saúde e o financiamento de programas e serviços.

Apesar das diferenças na forma de organização do sistema australiano, os desafios do sistema de saúde australiano são os mesmos enfrentados pelos sistemas anteriormente analisados, nomeadamente, o envelhecimento da população, o aumento da procura pelos serviços de saúde, o aumento do número de doenças crónicas e os elevados custos da investigação e da inovação médica (54), sendo por isso necessário encontrar respostas para as emergentes necessidades da população e nesta perspetiva podemos encontrar várias respostas diferentes consoante o estado em causa. Neste ponto iremos analisar a experiência de integração de cuidados de New South Wales (NSW), uma região no Este da Austrália.

Esta região é composta por 15 *local health districts*, onde se encontram cerca de 220 hospitais e outros prestadores de serviços de saúde comunitária, assim como de saúde pública, onde se pretende um trabalho em rede entre os prestadores públicos, sociais e privados. Assim, com objetivo de proporcionar cuidados mais integrados às populações foi definido um plano estratégico para a integração de cuidados com uma visão de longo prazo para apoiar os vários *stakeholders* no trabalho conjunto para uma prestação de cuidados com qualidade e mais eficiente.

As iniciativas de integração de cuidados nesta região começaram em 2006 com a criação do *HealthOne NSW* que se centrava na integração dos sistemas de informação dos cuidados de saúde primários. Em 2009, avançou-se para um programa dirigido para doentes crónicos. Este programa traduziu-se num modelo integrado de cuidados na comunidade para doentes com diabetes, insuficiência cardíaca, doença coronária, doença pulmonar obstrutiva crónica e hipertensão. Este programa foi avaliado em 2014, e as lições aprendidas levaram a uma reformulação do programa e à criação de uma Estratégia de Cuidados Integrados de NSW.

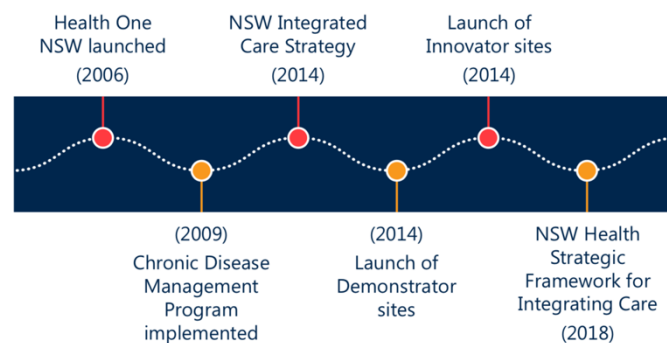
Assim, em 2014, o governo de NSW introduziu a Estratégia de Cuidados Integrados de NSW, fornecendo financiamento de mais de 180 milhões de dólares para permitir que os “*local health districts*” desenvolvessem soluções específicas e inovadoras para atender às necessidades das comunidades locais.

Estas soluções deviam estar orientadas para cinco domínios de ação:

- Capacitação dos doentes e prestadores de cuidados;
- Identificação e seleção dos doentes;
- Promoção de formas inovadoras de coordenação dos cuidados - dar prioridade aos cuidados primários e comunitários;
- Partilhar eletrónica da informação dos doentes.

Em 2018 esta estratégia evolui para o desenvolvimento de uma *framework* de apoio à integração de cuidados.

Fig.10 – Evolução da Estratégia de Integração de Cuidados em NSW



Fonte: (56)

5.1. O que é a Framework Estratégica para a Integração de Cuidados?

Na senda do investimento na prestação de cuidados de saúde mais integrados, o governo de NWS decidiu criar uma estratégia para a integração de cuidados de forma a promover o trabalho em rede dos vários parceiros e obter melhores resultados em saúde. Os bons resultados alcançados pelas primeiras experiências fizeram com que houvesse a vontade de fazer mais e por isso na tentativa de apoiar os parceiros e fomentar a vontade de integrar foi criada em 2018 uma framework para a estratégia de integração de cuidados.

A framework de integração de cuidados traduz-se num conjunto de ferramentas de apoio às diversas instituições que prestam cuidados na zona de NWS, para que estas possa desenvolver parcerias e projetos nas áreas prioritárias para um atendimento mais integrado aos utentes.

Esta *framework* foi elaborada com base num vasto envolvimento e consulta com os *stakeholders* do sector da saúde e dos cuidados sociais. Baseia-se igualmente na experiência adquirida em mais de dez anos de processos de integração nos serviços de saúde de NSW.

Esta *framework* aplica-se amplamente a todo o sistema de saúde de NSW e às intersecções entre a saúde e os cuidados sociais - incluindo o sector público, as organizações privadas, as organizações sem fins lucrativos e outras agências governamentais. A clínica geral e os cuidados primários desempenham um papel fundamental nesta *framework*.

Em suma, esta *framework* orienta as atividades de apoio ao atingimento de melhores resultados para os indivíduos, as famílias, os profissionais de saúde, os agentes comunitários de saúde e o sistema de saúde em geral, através da definição de princípios, facilitadores e ferramentas.

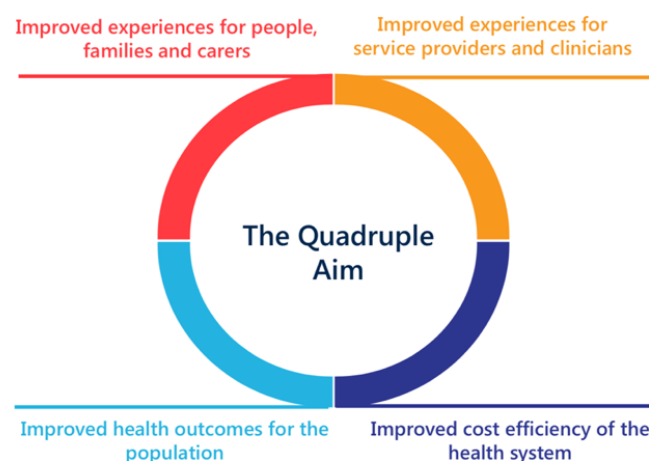
5.2. Objetivos Estratégicos

O principal objetivo desta *framework* passa por assegurar uma compreensão e uma abordagem coerentes da integração dos cuidados em todo o sistema de saúde e da sua interface com os cuidados sociais em NSW e com isso melhorar os resultados em saúde e a experiência dos utentes.

Este objetivo é complementado com os objetivos complementares de:

- Proporcionar cuidados adequados às necessidades de cada comunidade, ou seja, garantir que são prestados os cuidados adequados no correto local e no correto tempo;
- Promover a implementação e o desenvolvimento de projetos que fomentem a prestação integrada de cuidados de saúde e vão de encontro àquilo que são as necessidades das comunidades;
- Promoção da conectividade e comunicação entre os prestadores de cuidados hospitalares, primários e comunitários;
- Melhoria do acesso a cuidados comunitários mais próximos de casa dos utentes.

Fig.11 – Principais objetivos da *framework* estratégica para a integração de cuidados



Fonte: (56)

5.3. Como utilizar a framework?

A *framework* é composta por sete elementos: a visão, o objetivo, os resultados, os princípios, os facilitadores e os elementos de suporte, as contribuições das partes interessadas e as medidas de sucesso. Cada elemento baseia-se no elemento anterior para fornecer um fluxo lógico sobre o modo como as partes interessadas devem envolver-se na *framework*.

A *framework* pretende ser um documento prático de apoio à prestação de cuidados integrados e à integração dos cuidados como prática corrente. Os prestadores que utilizam esta *framework* devem analisar cada elemento individual, compreender o objetivo e a importância de cada um deles e considerar as ações que devem empreender para apoiar a integração dos cuidados em NSW.

São desde logo definidos os princípios pelos quais as instituições e os projetos se devem reger para cumprirem os objetivos de integração de cuidados, sendo estes a prestação de cuidados centradas na pessoa, base dos cuidados elencada nos cuidados de saúde primários, garantia de equidade na utilização dos recursos e no acesso aos cuidados, foco na melhoria contínua, partilha da responsabilidade pelo bem-estar dos utentes, partilha de informação entre os diversos atores com sistemas de planeamento e monitorização.

Estes princípios estabelecem expectativas claras sobre o que as pessoas, as famílias e os prestadores de cuidados devem experimentar quando recebem/prestam cuidados integrados. Fornecem aos prestadores de cuidados orientações sobre a forma como podem abordar a integração dos cuidados. A incorporação e a normalização destes princípios em todo o sistema traduzir-se-ão em melhores resultados em termos de saúde e em cuidados de saúde mais valiosos.

Com base nestes princípios foram ainda identificados nove fatores que são essenciais para a implementação e desenvolvimento dos projetos de integração de cuidados e como tal têm de ser trabalhados pelas instituições. Estes fatores são a liderança, o envolvimento, parcerias, cultura, governança, financiamento, competências dos profissionais, tecnologia e informação.

Para cada um destes fatores, a *framework* disponibiliza as metas que devem ser alcançadas a cinco e a dez anos e os elementos fundamentais a constituir (56).

5.4. Financiamento

Neste caso em concreto o financiamento é atribuído aos projetos que são desenvolvidos nos *local health districts*, e por isso cada um terá um modo de financiamento próprio, ou seja, financia-se o projeto, ou seja, o ministério da saúde determina um orçamento para cada *local health district* que é responsável pela gestão e distribuição interna das verbas. No entanto, um dos elementos essenciais desta framework centra-se no financiamento, na medida, em que se admite que o financiamento influencia a implementação de iniciativas de integração de cuidados. Os incentivos podem influenciar o comportamento dos participantes no sistema, incluindo os prestadores de serviços e os clínicos. Além disso, os incentivos contínuos incorporados no sistema (em vez de incentivos temporários) desempenham um papel fundamental na promoção e no apoio à integração dos cuidados.

Os elementos base na definição do financiamento centram-se na transferência do investimento de programas centrados em projetos para orçamentos operacionais e baseados em resultados, devendo este ser complementados com incentivos que encorajem os prestadores de cuidados a realizarem os registos e que mantenham os sistemas de informação atualizados e acessíveis, pois são a partir destes registos que posteriormente se consegue fazer uma melhor alocação de recursos. Neste mesmo sentido, o sistema de saúde deve reinvestir as poupanças obtidas através da integração dos cuidados nos cuidados diretos aos doentes, assim como os serviços devem investir em atividades de prevenção e intervenção precoce.

Nesta linha, são definidas como metas para o financiamento, a definição de modelos de financiamento e os incentivos são centrados nas pessoas e baseados nos resultados, e que reforcem a coordenação dos cuidados, a navegação nos cuidados e as interfaces entre os sistemas de saúde e de assistência social.

Os incentivos devem encorajar os prestadores de serviços e outros participantes a fornecer modelos inovadores e alternativos de cuidados integrados e os fundos devem seguir a pessoa e serem atribuídos conforme necessário para responder às suas necessidades (56).

5.5. Principais Projetos Desenvolvidos

Dentro daquilo que foi a definição da framework estratégica de integração de cuidados já foram desenvolvidos alguns projetos-chave de enorme relevância em NSW que vão ao encontro às prioridades estratégicas definidas, de entre os quais destacamos:

- “Planned Care for Better Health” - Identifica precocemente os doentes em risco de hospitalização e reforçam os cuidados que lhes são prestados. O seu objetivo é melhorar a experiência de cuidados do utente e mantê-lo mais saudável a longo prazo. Centra-se nas necessidades das pessoas que correm o risco de hospitalização nos próximos doze meses, fornecendo coordenação de cuidados, navegação de cuidados e/ou formação em saúde para melhorar a sua experiência e resultados.

- “Emergency Department to Community” – Programa que proporciona uma gestão de casos intensiva e personalizada e cuidados especializados a utentes na comunidade, melhorando a sua saúde e reduzindo a necessidade de hospitalização. Trata-se de uma iniciativa de cuidados abrangentes que apoia os doentes com menos de setenta anos de idade que tenham sido identificados como pessoas que se apresentam frequentemente no Serviço de Urgência com necessidades crónicas complexas em matéria de saúde e de assistência social.

- “Secondary Triage” – Programa que tem como objetivo melhorar a experiência dos residentes em estruturas residenciais para idosos através da prestação de cuidados na instituição onde se encontra, bem como reduzir as transferências de ambulâncias para os serviços de urgência para os utentes com situações de baixa gravidade. Todas as chamadas de baixa gravidade são submetidas a uma triagem pelo Centro Virtual de Cuidados Clínicos e, com base em critérios definidos, são encaminhadas para um Serviço de Extensão Geriátrica ou para uma via de encaminhamento de um médico sénior. Trabalhando em conjunto, planeiam a intervenção clínica adequada e encaminham o doente para um médico de clínica geral ou para um serviço de base comunitária no hospital local.

- “Residential Aged Care” - Promove parcerias entre a NSW Health e as estruturas residenciais para idosos para gerir melhor as necessidades dos residentes ao seu cuidado. O seu objetivo é melhorar as competências do pessoal das ERPI para que consigam identificar melhor as necessidades de saúde dos seus residentes e assim evitar chamadas injustificadas de ambulâncias e idas aos serviços de urgência.

- “Paediatric Network” - Pretende melhorar as competências dos profissionais dos serviços de saúde locais na utilização da telessaúde, permitindo o acesso a cuidados pediátricos especializados a crianças com necessidades complexas, mais perto de casa. A rede está especialmente vocacionada para as zonas regionais e rurais, a fim de reduzir os encargos com as deslocações dos doentes e dos prestadores de cuidados e garantir cuidados e consultas de qualidade perto da família do doente.

- “Specialist Outreach to Primary Care” – Pretende reforçar a capacidade dos médicos de clínica geral para fornecerem aos doentes uma avaliação e cuidados especializados na comunidade. Os médicos de clínica geral têm acesso direto a consultadoria dos médicos dos cuidados hospitalares de forma a gerir de forma mais eficiente um variado número de doenças e assim melhorar a experiência e satisfazer as necessidades dos utentes e da comunidade.

Foi ainda desenvolvido o “Community HealthPathways”, um *website* que fornece informações de gestão clínica (percursos) para utilização pelos prestadores de cuidados de saúde primários durante as consultas dos doentes.

Os percursos são desenvolvidos conjuntamente por médicos de clínica geral e especialistas locais, definindo os requisitos de encaminhamento para outros níveis de cuidados, capacitando os médicos dos cuidados primários a tomar decisões informadas sobre o tratamento dos doentes, prestando-lhes os cuidados certos, no local certo e na altura certa.

5.6. Avaliação

A prestação de cuidados mais integrados é um objetivo primordial do governo de NSW, porém este é um processo longo, com necessidade de flexibilização e mudanças contantes e para determinar se estão no caminho certo e definir os passos seguintes é essencial monitorizar e avaliar. Como tal, o governo de NSW desenvolveu um conjunto de bases de dados de apoio à análise e tomada de decisão.

Uma destas bases de dados é o “*Patient Flow Portal*”, onde são registados os dados dos utentes provenientes das iniciativas de cuidados integrados de NSW. Três vezes por ano, estes dados são extraídos e ligados a outras fontes de dados da NSW Health. Estes dados são analisados fornecendo informação sobre dados demográficos dos utentes. Dentro destes dados incluem-se elementos demográficos, tendências nas

inscrições em iniciativas locais, desempenho em relação a indicadores-chave, incluindo: visitas ao serviço de urgência, admissões hospitalares, tempo médio de permanência, taxas de readmissão e de hospitalizações potencialmente evitáveis. Esta base de dados dá ainda acesso a módulos padronizados que permitem que os profissionais e os decisores locais possam acompanhar o processo de integração de cuidados e tomar decisões mais informadas.

Ao dispor dos diversos stakeholders estão ainda um conjunto de bases de dados externas e internas ao governo do NSW.

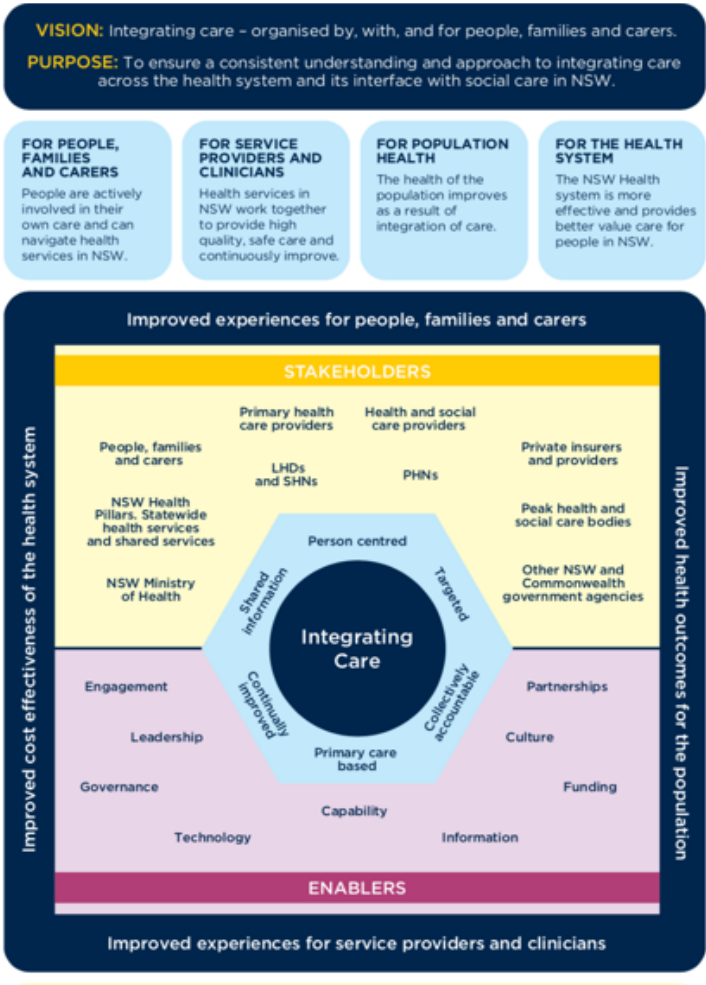
5.6.1. Resultados Alcançados

O investimento estratégico na integração de cuidados em NSW é ainda recente. Contudo, foram já realizados alguns estudos preliminares pelo governo de NSW e pelos gabinetes de avaliação dos *ocal health districts* que demonstraram uma melhoria dos resultados em saúde e na experiência do utente.

Em termos concretos, na zona de Sydney verificou-se uma redução de 34% nos internamentos hospitalares, uma redução de 25% na demora média e uma redução de 37% nos internamentos potencialmente evitáveis (57). Estes dados estão em linha com aquilo que acontece noutros local health districts de NSW, embora ainda haja espaço para novas análises com base nos dados que são sistematicamente recolhidos, visto que estas experiências ainda são recentes e pretende-se atingir uma generalização mais consistente.

Anexo II

Fig.12 – *Framework estratégica para a integração de cuidados*



Fonte: (56)

6. Canadá – o Caso da Região do Quebec

O Canadá é um país onde as políticas de integração de cuidados ganharam grande preponderância nos últimos anos. A sua resposta em saúde tem uma cobertura universal, onde cada cidadão contribui para um seguro de saúde público, mas onde a prestação de cuidados é garantida por entidades privadas. Porém, apesar de o governo federal emitir diretrizes sobre o modo de organização do sistema de saúde, a maioria das decisões cabe aos governos das províncias, sendo constituído por dez províncias e três territórios.

O sistema de saúde canadiano é regulado através do *Health Care Act*, segundo este diploma o governo federal é responsável pela definição dos princípios fundamentais, pela regulamentação, nomeadamente, a relativa às condições para os seguros de saúde de cada província e aos produtos farmacêuticos, assim como financiar o sistema de saúde de forma a garantir uma prestação equitativa de cuidados a toda a população.

Este diploma define como princípios fundamentais do sistema de saúde sendo eles: administração pública, os seguros de saúde devem ser geridos sem fins lucrativos por uma autoridade pública responsável perante o governo provincial ou territorial; abrangência, os seguros devem assegurar todos os serviços clinicamente necessários; universalidade, devem permitir que todos os segurados beneficiem de uma cobertura de seguro de doença em termos e condições uniformes; acessibilidade, os seguros devem proporcionar a todos os segurados um acesso razoável aos serviços hospitalares e médicos clinicamente necessários, sem barreiras financeiras ou outras; portabilidade, os seguros devem cobrir todos os segurados quando estes se mudam para outra província ou território no Canadá e quando viajam para o estrangeiro.

Os governos provinciais e territoriais são responsáveis pela administração dos seus seguros de saúde (cada província tem o seu para os seus habitantes, porém as regras básicas de cada um são reguladas pelo governo federal e por isso semelhantes), pelo planeamento e financiamento dos cuidados de saúde em hospitais e outros estabelecimentos de saúde, pelos serviços prestados por médicos e outros profissionais de saúde, pelo planeamento e implementação de iniciativas de promoção da saúde e de saúde pública e pela negociação de tabelas de honorários com profissionais de saúde.

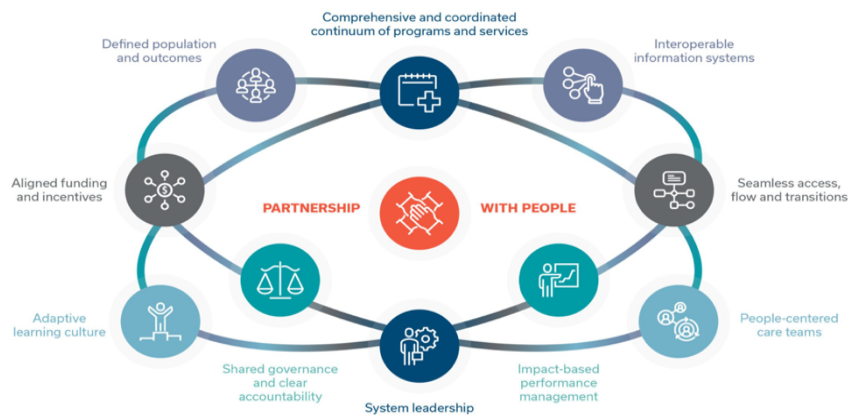
No Canadá existem também seguros de saúde privados, porém estes apenas podem oferecer uma cobertura complementar (dos serviços não oferecidos pelos seguros públicos), não podendo haver cobertura duplicada.

Tal com o nos casos anteriores, o Canadá defronta-se com enormes desafios para responder às necessidades dos utentes e às despesas em saúde que têm vindo a aumentar e colocar em causa a sustentabilidade do sistema. O envelhecimento da população, o aumento do número de doenças crónicas e os custos crescentes com nova tecnologia têm provocado constrangimentos naquilo que é a disponibilidade para prestar os cuidados adequados, levando a um aumento do tempo de espera, falta de camas e desigualdade nas respostas (58).

Para enfrentar estes desafios integrar cuidados passou a ser uma prioridade para o governo federal estando previsto em todas as políticas e documentos governamentais a ideia de integração e centralidade no utente, porém não existem normas nacionais que apoiem a conceção, a implementação e a monitorização de medidas que fomentem a integração. Foi realizada uma consulta aos stakeholders e num processo de co-criação conclui-se que tudo o que estava ao dispor dos governos das províncias e dos profissionais de saúde era demasiado teórico e não fomentava a inovação.

De forma a colmatar esta lacuna foi criada a norma “CAN/HSO 76000:2021 – *Integrated People-Centred Health Systems*” pela Health Standard Organization. Esta norma destina-se a ser utilizada por ministérios, administradores e autoridades de saúde e serviços sociais. Esta norma divide-se em 10 princípios de conceção que abordam vários aspetos da integração dos serviços sociais e de saúde. Cada princípio de conceção é apoiado por critérios e diretrizes orientados para a ação que definem os requisitos preliminares para uma integração eficaz dos sistemas de saúde, pois ao longo dos últimos anos a integração de cuidados tem vindo a ser desenvolvida em programas dirigidos a comunidades específicas e através desta norma pretende-se um desenvolvimento global. A norma foi já aplicada em cinco províncias do Canadá

Fig.13 – Os princípios da integração de cuidados



Fonte: (59)

Para apoiar as organizações foram ainda desenvolvidas ferramentas complementares sempre em processo de co-criação, pois é reconhecido que a integração é um processo com várias paragens que tem de ser feito de forma apoiada e participada.

Apesar de haver ainda um longo caminho a percorrer e muitas iniciativas por implementar, o facto de haver uma autonomia por parte das províncias faz com que este caminho seja feito a várias velocidades. Uma das províncias que iniciou mais cedo este caminho foi a do Quebec.

O Quebec tem um modelo de organização conjunta entre os serviços de saúde e os serviços sociais, ou seja, existe uma integração estrutural e funcional dos cuidados de saúde e dos cuidados sociais (60). Porém, não deixa de estar sujeito a dificuldades, sendo das regiões do Canadá onde mais pessoas não tinham médico de família, o que a acumular com as dificuldades inerentes às alterações demográficas e epidemiológicas, fez com que o governo do Quebec avançasse numa nova reforma que levou à criação dos *Integrated health and social services centres (CISSS)*". Estes são resultado da fusão de um conjunto diversificado de organizações que atuavam na mesma área, permitindo assim responder de forma mais completa e integrada às necessidades dos utentes. A par desta reforma foram sendo criados pequenos projetos dirigidos a comunidades específicas (60).

6.1. O que são os “Integrated health and social services centres (CISSS)”?

Os “Integrated health and social services centres (CISSS)” são estruturas resultantes da fusão das diversas organizações prestadoras de cuidados de saúde e cuidados sociais de uma determinada área geográfica, responsáveis pelo planeamento, organização, coordenação e prestação de serviços sociais e de saúde nas suas respetivas áreas geográficas. Em caso de necessidade estes CISSSs podem ainda contratualizar com outras entidades fora da sua área de atuação a prestação de serviços necessários à sua comunidade criando “Réseaux locaux de services—Local Health and Social Services Networks”.

Alguns destes centros têm também associada uma universidade de medicina e nesse caso adquirem o termo “universitário” na sua denominação.

Os CISSSs e os parceiros com quem contratualizam serviços partilham a responsabilidade coletiva de prestar serviços integrados que correspondam às necessidades da população que servem, com vista a manter e/ou melhorar a saúde e o bem-estar. A fim de cumprir corretamente esta responsabilidade baseada nas necessidades da população, são obrigados a fornecer tratamentos e serviços abrangentes em estreita proximidade com o ambiente familiar dos utentes. Devem igualmente assegurar o acompanhamento continuo dos utentes tanto ao nível de saúde como social.

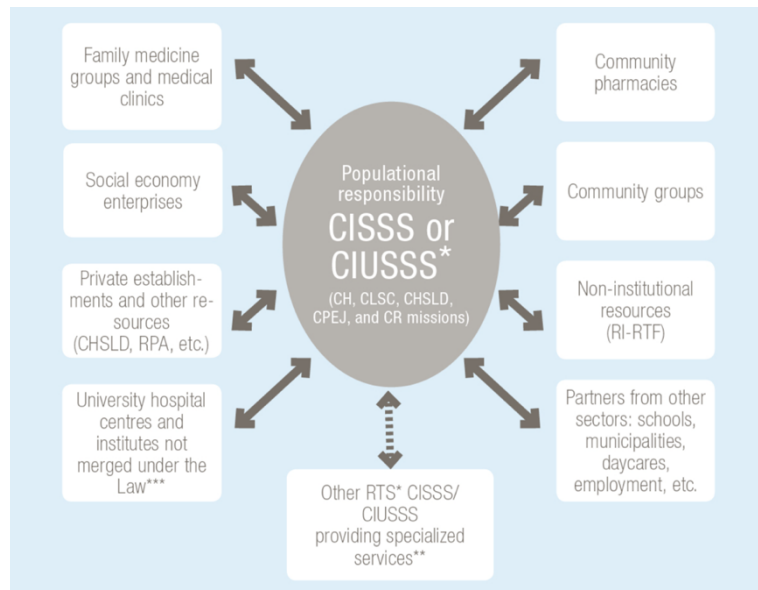
Entre outros princípios, o modelo baseia-se na hierarquia dos serviços, o que facilita a complementaridade dos serviços e a migração dos doentes entre os serviços de primeira linha, secundários e terciários.

Os centros integrados asseguram a coordenação dos serviços prestados pelas suas instituições e por todos os parceiros da rede, que são os seguintes:

- Clínicas médicas e grupos de medicina familiar (GMF);
- Farmácias de proximidade;
- Organizações comunitárias;
- Empresas da economia social;
- Estabelecimentos privados e outros recursos, tais como os centros residenciais e de cuidados continuados (CHSLD) ou as residências privadas para idosos (RPA);

- Centros hospitalares universitários não agrupados e institutos que prestam serviços especializados ou altamente especializados à população;
- Parceiros de outros sectores: escolas, municípios, centros de emprego, etc.

Fig.14 –Organização dos CISSSs



Fonte: (61)

6.2. Objetivos Estratégicos

A criação destas estruturas surge com o objetivo de prestar cuidados de mais integrados de forma a:

- Melhorar qualidade dos serviços prestados;
- Prestar cuidados de forma mais eficiente;
- Melhorar a experiência do utente;
- Melhorar os resultados em saúde;
- Melhorar o acesso;

- Controlar as despesas em saúde de forma a garantir a sustentabilidade do sistema.

Outro dos objetivos destas estruturas passa pela garantia da implementação de medidas de promoção da saúde e prevenção da doença.

6.3. Como foi estruturada o plano de implementação?

O contexto sócio-político do Quebec foi marcado pela implementação de sucessivas reformas estruturais no sector da saúde. Depois de ter passado por um processo de descentralização, verificou-se a necessidade de dar um passo atrás, vendo as experiências que já ocorriam noutras províncias. Assim, em 2015 aboliram-se as autoridades regionais de saúde, passando o sistema no Quebec de três níveis de governação (Ministério, agências regionais e centros de saúde e serviços sociais) para dois (Ministério e Centros Integrados de Saúde e de Serviços Sociais). Isto foi conseguido através da fusão de Centros de Saúde e de Serviços Sociais vizinhos, bem como de todas as outras organizações públicas de cuidados de saúde, tais como centros de juventude, centros de reabilitação e hospitais universitários, sob um único órgão de direção por território regional.

Esta reorganização tinha como objetivo facilitar e simplificar o acesso da população aos serviços, melhorar a qualidade e a segurança dos serviços e aumentar a eficácia e eficiência do sistema de saúde.

As novas organizações reuniram um leque mais vasto de serviços públicos sob um único órgão de direção por território. Mais concretamente:

As CISSSs assumiram o papel das antigas Agências Regionais de Saúde e Serviços Sociais na organização dos recursos humanos e patrimoniais e na aplicação das políticas de saúde em função das necessidades específicas das populações locais. Outras funções das antigas Agências Regionais de Saúde e Serviços Sociais, como a distribuição de recursos financeiros às organizações de saúde nos seus territórios, foram assumidas pelo Ministério da Saúde e dos Serviços Sociais do Quebec.

As CISSSs asseguram a prestação de cuidados agudos, cuidados de proximidade, serviços de cuidados ao domicílio, serviços de reabilitação, formação de pessoal de saúde, bem como serviços de prevenção e promoção da saúde através dos vários

estabelecimentos (hospitais, centros locais de saúde comunitária e serviços sociais, instalações de cuidados de longa duração).

Para que esta centralização ocorresse foi ainda necessário criar parcerias estratégicas com várias organizações locais como médicos individuais, clínicas, organizações comunitárias e farmácias comunitárias.

Porém, esta mudança não foi pacífica, pois alguns consideraram que a centralização da decisão numa só estrutura colocava em causa a flexibilidade de práticas às necessidades da população (62).

No Quebec, os médicos são profissionais independentes e têm sido historicamente resistentes às reformas que consideram limitadoras da sua autonomia e independência. Neste sentido, foi necessário pensar em mecanismos que promovessem a participação dos médicos na prestação integrada de cuidados através da colaboração com os CISSSs. Desta forma, foi criado um projeto que ligou os médicos aos outros profissionais de saúde, funcionários dos CISSSs. Os médicos podiam criar estruturas em que se unissem e juntaram às suas equipas outros profissionais de saúde criando pequenas clínicas que prestam apoio direto aos utentes, ou seja, consegue-se uma resposta multidisciplinar em proximidade.

Cada grupo de médicos deve ser pago consoante o número de doentes que se registem nas suas clínicas. Esta forma de pagamento foi definida com o objetivo de incentivar os profissionais a uma prestação de cuidados integrada e multidisciplinar, pois uma prestação de cuidados de melhor qualidade, que permita uma melhor experiência do utente levará a uma maior recrutamento de utentes para as suas estruturas e consequentemente um maior pagamento aos profissionais (62).

6.4. Financiamento

Na sequência da reforma nos serviços de saúde e sociais no Quebec foi planeada uma mudança no modelo de financiamento, pretendendo passar-se de um modelo de orçamento global para um pagamento direcionado para o utente, sendo os recursos afetados com base no tipo e no volume de serviços prestados, ajustados para ter em conta a complexidade dos cuidados prestados e o estado do utente. Visto que um utente recebe normalmente vários serviços, que constituem o percurso do cuidado, pretende-

se através de um financiamento focado no utente financiar adequadamente todo o percurso de cuidados.

Este método de financiamento baseia-se na capacidade de determinar com precisão o custo por via de cuidados e serviços. Ao melhorar o desempenho do sistema de saúde, é possível conseguir mais com um determinado orçamento. Por isso, em 2016 o *Ministère de la Santé et des Services Sociaux* (MSSS) iniciou um projeto piloto de determinação do custo real dos cuidados para cada fase do percurso, tendo por base o diagnóstico e a complexidade do utente, para implementar uma solução única de financiamento e fazer uma definição de indicadores de desempenho (63), ou seja, o financiamento deve ter por base o custo da prestação de serviço, apurado através do diagnóstico ajustado à complexidade do utente, mas a este valores acresce ainda um conjunto de incentivos vinculados à qualidade e ao desempenho das equipas.

Este modelo de financiamento foi alvo de críticas, por se considerar que o valor apurado nem sempre correspondia ao valor real dos serviços prestados (64).

Todavia, a maioria do financiamento ainda é atualmente definido com base nos consumos históricos, através de orçamento global (65).

Verificam-se ainda outros tipos de financiamento em determinados projetos específicos que são utilizados com o objetivo de moldar comportamento e atingir determinadas metas.

6.5. Avaliação

A avaliação é um elemento essencial para apoiar os processos de tomada de decisão. A Província do Quebec detém uma base de dados sobre o desempenho dos serviços de saúde e sociais. Esta base de dados dispõe de um conjunto de indicadores agrupados nas seguintes dimensões:

- Informações gerais; primeira linha (relacionado com o número de utentes com acesso a médico de família); serviços médicos especializados; atendimento pré-hospitalar (atendimento realizados pelos técnicos de emergência pré-hospitalar), urgência; atividade hospitalar (relativamente às atividades que requerem internamento); recursos humanos; saúde mental; idosos e pessoas vulneráveis; experiência do utente; saúde pública e inovação.

Cada centro deve fazer a recolha destes indicadores segundo os padrões definidos pelo governo do Quebec. O reporte é feito a cada 90 dias, havendo por isso análises a 90 dias e anuais.

Para além desta ferramenta que permite fazer uma análise quantitativa do desempenho dos CISSSs, cada centro dispõe de mecanismos de avaliação focados em analisar a situação da instituição e desenhar planos de melhoria continua para o centro.

7. Principais Ideias

A análise de vários processos de integração de cuidados permite-nos tirar algumas conclusões sobre que podem ser ações essenciais para o sucesso de um processo de implementação de um novo modelo organizacional mais integrado como acontece atualmente em Portugal. Neste sentido podemos sintetizar estas ações em cinco grandes grupos.

Lideranças forte e envolvimento das equipas

Em primeiro lugar o processo de integração requer uma forte dedicação e comprometimento por parte das lideranças e das equipas, pois é um processo moroso, que provoca várias alterações a um nível macro na organização e a um nível mais micro nas equipas.

As mudanças ao nível organizacional exigem um alinhamento e envolvimento por parte de todos os intervenientes. Desde logo, tem de existir um compromisso do poder político para que as mudanças possam ter uma continuidade e não se cinjam àquilo que são os ciclos políticos e possam ter a continuidade essencial para a obtenção de resultados. Este alinhamento tem de se estender também às lideranças das organizações, aos gestores, mas também aos profissionais que se encontram no terreno, pois são estes que prestam os cuidados e que lidam diariamente com as necessidades e dificuldades dos utentes e por isso podem fazer a diferença se devidamente comprometidos com os processos de integração.

Resultados a longo médio prazo com investimentos de curto prazo

Os processos de integração necessitam de investimento, tanto ao nível humano com financeiro. São necessários investimentos imediatos para apoiar a transformação e garantir a reorganização de estruturas e formas de trabalho, porém como foi evidente ao longo do documento os resultados só surgem a médio-longo prazo, ou seja, apesar de

não ser uma consequência imediata do investimento, os processos de integração de cuidados originam bons resultados, permitindo uma melhor organização dos serviços assim como uma melhoria da experiência dos utentes e da qualidade dos serviços prestados.

Ambientes promotores da inovação

Os processos de mudança necessitam sempre de ser apoiados pelas lideranças, é necessário haver um alinhamento por parte destas de forma que proporcionem o ambiente propício à inovação e à mudança organizacional. Todavia, para que estas iniciativas possam ter sucesso é fundamental o envolvimento dos profissionais de saúde, sendo estes o motor da inovação e da implementação de iniciativas que respondam às necessidades dos seus utentes, ou seja, a abordagem *bottom-up* é essencial para o sucesso deste tipo de iniciativas.

Adaptabilidade e Flexibilidade

A adaptabilidade e flexibilidade têm de ser garantidas, dando espaço aos serviços para adotar a metodologia às necessidades específicas dos seus utentes, pois não é possível considerar que uma só solução consiga dar resposta a realidades epidemiológicas e geográficas tão diferentes como aquelas que temos em Portugal, onde temos zonas com populações muito dispersas com muitas doenças crónicas e outras zonas onde a densidade populacional é muito grande. Esta adaptabilidade tem também de ser garantida num contínuo, pois ao longo do tempo devem ser feitas avaliações para perceber quais os pontos positivos e aqueles que devem ser reformulados para irem ao encontro dos objetivos estratégicos definidos.

Quando falamos em alterações no modo de oferecer cuidados de saúde com o objetivo de melhorar resultados, temos de ter a consciência de que não é só a qualidade dos cuidados que influencia os resultados em saúde das populações e por isso o trabalho de mudança tem de envolver outros *stakeholders* fora do setor da saúde, com ligação aos determinantes sociais que influenciam o estado de saúde das populações. Neste conjunto de *stakeholders* não podemos esquecer os utentes, ouvir os utentes e colocá-los nos momentos de criação, fomentando iniciativas de co-criação, permite que estes saibam o que está a acontecer e porque é que está a acontecer e assim manterem a confiança no sistema e acreditem nas reformas que estão a ocorrer.

Neste processo a informação desempenha um papel muito importante, pois para o sucesso destas iniciativas a comunicação e transferência de informação entre profissionais, serviços e níveis de cuidados tem de ser garantida sob pena dos esforços realizados por cada não originarem qualquer tipo de efeito. Fomentar a comunicação entre equipas e entre utentes e famílias tem de constituir uma prioridade, no entanto, esta comunicação e partilha de experiência tem de ser utilizada para promover a mudança e para adequar as intervenções às necessidades identificadas.

Desenvolvimento instrumentos de planeamento e de gestão do próprio processo

Os instrumentos que temos à disposição têm também e acompanhar o caminho da reforma, nomeadamente, os indicadores e a metodologia de financiamento têm de estar alinhados com os objetivos da reforma, assim como os objetivos dos vários intervenientes, isto é, tem de ser garantida a homogeneidade entre os objetivos dos vários intervenientes e dos vários níveis do sistema: financeiro, organizacional e clínico.

Neste sentido, tem também de existir apoio. A consultadoria e a formação são aspetos que devem ser garantidos às equipas durante todo o processo. Os profissionais têm de saber que têm alguém a quem recorrer para os esclarecer e ajudar no processo de mudança, assim como terem ao seu dispor os mecanismos para adquirirem novas competências. É, por isso, necessário fornecer as ferramentas necessárias no momento certo para que os profissionais sejam capazes de evoluir e responder aos desafios diários que lhes são colocados, garantindo o envolvimento e comprometimento de todos.

Anexo III

Tabela Comparativa

Tabela Comparativa			
Estratégia		Objetivos	Financiamento
NHS inglês	Implementação de estratégia nacional que resultou, em 2022, na criação de <i>Integrated Care Systems</i>. Parcerias/acordos voluntários entre as organizações do Serviço Nacional de Saúde (NHS), autoridades locais e outras entidades comunitárias e privadas de forma a assumirem a responsabilidade coletiva pelo planeamento dos serviços.	Melhorar os resultados no domínio da saúde da população e dos cuidados de saúde; Combater as desigualdades em termos de resultados, experiência e acesso; Aumentar a produtividade e a relação custo-benefício; Promover a coordenação entre serviços hospitalares e comunitários, setor social e da saúde pública.	Financiamento gerido por cada ICS, através dos <i>Integrated Care Bords</i>. A fórmula para a definição do orçamento em conta a lista de utentes de cada GP, assim como a dispersão geográfica. A acrescer a este valor um subsídio para os custos de gestão e funcionamento quotidiano. Este subsídio tem também em conta a população servida por cada ICB, ajustado pelo risco da existência de pessoas não registadas. Este subsídio deve cobrir todos os custos com os serviços de apoio assim como todas as despesas com as auditorias externas legalmente exigidas.

ACO (EUA)	Experiências focadas em alterações de financiamento e pagamento para fomentar mudanças de comportamento. Criação, em 2010, de Accountable Care Organizations (ACO), agregação voluntária de um conjunto de prestadores de cuidados de vários níveis, sendo responsáveis pelo <i>continuo</i> de cuidados de uma população não inferior a 5 mil habitantes.	Melhores resultados em saúde, mas com um forte controlo dos custos de forma a reduzir as despesas em saúde. Melhorar a colaboração e a comunicação entre os prestadores de cuidados de saúde para garantir cuidados contínuos e coordenados aos doentes, especialmente aos que sofrem de doenças crónicas; Focar a prestação de cuidados em práticas baseadas em evidência e medidas de segurança dos doentes; Fomentar a promoção da saúde e a prevenção da doença;	Modelo onde a concorrência e os seguros privados imperam. Pagamento com base nos resultados. Fórmula de pagamento desenhada numa base de incentivos, partilha de risco, benefícios e avaliação da qualidade. Nível de partilha é variável e está dependente de negociação entre a os prestadores de cuidados e a CMS.

		Incentivar o envolvimento ativo dos pacientes nas suas decisões relativas aos cuidados de saúde e promover a literacia em matéria de saúde para permitir que os indivíduos assumam o controlo do seu bem-estar.	
País Basco	Desenvolvimento de estratégia regional que levou à criação de Organizações Sanitárias Integradas (OSI), redes de serviços de saúde que prestam cuidados coordenados ao longo de um ciclo contínuo de cuidados a uma determinada população e são responsáveis pelos custos e resultados da saúde dessa mesma população. Experiência iniciou-se em 2011, chegando-se à cobertura regional em 2016.	Promoção da prestação de cuidados multidisciplinares, coordenados e integrados entre os diferentes serviços e níveis de cuidados, promovendo particularmente a colaboração e a integração organizacional entre os cuidados primários e os cuidados especializados.	Financiamento único para todos as OSIs, negociado através do contrato de programa. Divide-se em duas componentes: - Valor per capita ajustado pelo risco; - Valor indexado ao cumprimento de indicadores de qualidade.

New South Wales	Desenvolvimento de framework estratégica para a integração de cuidados que pretende fomentar a inovação e originou projetos dirigidos a comunidades e patologias específicas. Investimento na integração de cuidados iniciou-se em 2006. Não se verifica uma estratégia homogénea em todo o território, mas sim programas dirigidos a determinadas comunidades implementados consoante as necessidades específicas.	Proporcionar cuidados adequados às necessidades de cada comunidade, ou seja, garantir que são prestados os cuidados adequados no correto local e no correto tempo; Promover a implementação e o desenvolvimento de projetos que fomentem a prestação integrada de cuidados de saúde e vão de encontro àquilo que são as necessidades das comunidades; Promoção da conectividade e comunicação entre os prestadores de cuidados hospitalares, primários e comunitários; Melhoria do acesso a cuidados comunitários mais próximos de casa dos utentes.	Financiamento dirigidos a projetos específicos. Financiamento base com incentivos à integração e possibilidade de partilha de poupanças e responsabilidades.
Quebec	Criação dos “<i>Integrated health and social services centres (CISSS)</i>”, em 2016. Estas estruturas são resultantes da fusão das diversas organizações prestadoras de cuidados de saúde e cuidados sociais de uma determinada área geográfica e	Melhorar qualidade dos serviços prestados; Prestar cuidados de forma mais eficiente; Melhorar a experiência do utente; Melhorar os resultados em saúde;	O financiamento é misto, havendo uma componente de orçamento global e outra tendo por base o custo da prestação de serviço, apurado através do diagnóstico ajustado à complexidade do utente. A estes valores acresce ainda um conjunto de

	são responsáveis pelo planeamento, organização, coordenação e prestação de serviços sociais e de saúde nas suas respetivas áreas geográficas.	Melhorar o acesso aos cuidados de saúde e sociais; Controlar as despesas em saúde de forma a garantir a sustentabilidade do sistema. Promover a saúde e prevenir a doença.	incentivos vinculados à qualidade e ao desempenho das equipas.
--	--	---	---

PARTE II

FRAMEWORK DO MODELO DE ACOMPANHAMENTO E MONITORIZAÇÃO

1. Enquadramento

1.1. A reforma do Serviço Nacional de Saúde Português

Uma das respostas que traduz operacionalmente a política de saúde em matéria de reorganização da estrutura de oferta de cuidados de saúde, como tentativa de resposta a problemas sistémicos cada vez mais prementes, profundos e céleres, é a integração de cuidados de saúde. O nosso país não escapa a esta tendência global, sendo possível observar nos últimos anos, movimentos de integração quer horizontal, quer vertical. Os exemplos típicos destas realidades podem ser encontrados na criação de Centros Hospitalares ou Agrupamentos de Centros de Saúde no caso da integração horizontal e na criação de Unidades Locais de Saúde no caso da integração vertical.

Em 2023, foi definido como reforma estrutural do Serviço Nacional de Saúde português o alargamento das Unidades Locais de Saúde tornando-se transversais a todo o território nacional.

As ULS são organizações prestadoras de cuidados de saúde que incorporam sob a égide da mesma estrutura a gestão unidades hospitalares e unidades de cuidados de saúde primários. Daqui decorre de imediato uma das características básicas do processo de integração no nosso país, que reside no facto de não ser prevista uma integração vertical completa. Segundo os diplomas legais de criação das ULS, apenas são considerados para efeitos de gestão comum dois níveis de cuidados de saúde, os primários e os hospitalares. Os cuidados continuados, habitualmente associados com um nível terciário de prestação, não se encontram previstos para efeitos de integração vertical de cuidados ao nível das ULS.

A necessidade de integração de cuidados de saúde no nosso país é uma preocupação presente há muitos anos conforme se pode conferir no texto introdutório do Decreto-Lei nº11/93 de 15 de Janeiro em 1993, que aprovou os Estatutos do SNS: *“A tradicional dicotomia entre cuidados primários e cuidados diferenciados revelou-se não só incorrecta do ponto de vista médico, mas também geradora de disfunções sob o ponto de vista organizativo. Daí a criação de unidades integradas de cuidados de saúde - unidades de saúde -, que hão-de viabilizar a imprescindível articulação entre grupos personalizados de centros de saúde e hospitais. A indivisibilidade da saúde, por um lado, e a criteriosa gestão de recursos, por outro, impõem a consagração de tal modelo, em que radica um dos aspetos essenciais da nova orgânica do Serviço Nacional de Saúde”*.

Esta ideia continuou a ser focada posteriormente na legislação que regula a atividade do sistema de saúde como a Lei de Bases da Saúde (Lei n.º 95/2019, de 24 de agosto) e o atual Estatuto do SNS (Decreto-Lei n.º 52/2022, de 4 de agosto).

O primeiro projeto surgiu em 1999, com a criação da Unidade Local de Saúde de Matosinhos, um modelo de integração vertical de cuidados de saúde centrado na criação de valor para o doente (8). O objetivo era implementar um sistema integrado de cuidados, reunindo sob a mesma gestão os níveis primário, hospitalar e de cuidados continuados. O preâmbulo do decreto-lei que estabeleceu a criação desta ULS (Decreto-Lei n.º 207/99, de 9 de junho) reconhece a complexidade acrescida dos doentes e, conseqüentemente, a necessidade de procurar respostas mais integradas para *"reengenharia do sistema de saúde numa perspetiva organizacional"*, com vista a melhorar a qualidade da prestação de cuidados de saúde. O objetivo era coletivizar os problemas que cada nível de cuidados enfrentava isoladamente, partilhando responsabilidades e recursos.

O projeto da ULS de Matosinhos foi considerado inovador, tendo sido criadas grandes expectativas quanto aos resultados que poderiam ser alcançados a nível nacional em termos de acesso e qualidade dos cuidados. No entanto, estas expectativas foram comprometidas pelo interregno de oito anos até à criação de uma nova ULS em 2007, desta vez no norte do Alentejo.

Seguiram-se mais seis ULS em todo o país. A escolha das localizações para a criação destas ULS não teve por base uma estratégia específica de integração de cuidados; no entanto, olhando para as características demográficas e sociais das áreas selecionadas, verificamos que estas são marcadas essencialmente por um maior índice de envelhecimento da população, exigindo o acesso a cuidados de saúde e dificuldades mais significativas na contratação de recursos humanos.

Apesar do texto introdutório do Decreto-Lei nº183/ 2008 de 4 de Setembro, referir que o modelo ULS *"nos casos onde foi possível adoptá-lo, é um dos modelos organizacionais mais adequados de prestação de cuidados de saúde à população, cujos interesses e necessidades importa, em primeiro lugar, salvaguardar."* A evidência empírica relativa aos resultados alcançados pelo modelo ULS no nosso país é parca, muito por conta do espaçamento entre a criação e a generalização deste tipo de unidades e pelo facto de o facto dos resultados esperados serem frequentemente identificados apenas numa perspetiva de médio e longo prazo.

Esta parca evidência e a necessidade imperiosa de adaptar e flexibilizar o modo de funcionamento de cada ULS às especificidades da sua população fazem com seja essencial definir um modelo de acompanhamento e monitorização de forma a poder avaliar os pontos mais positivos que devem ser replicados e aqueles que apresentam maiores dificuldades e como tal devem ser mitigados. Neste sentido este documento constitui uma análise dos elementos essenciais que devem constar do modelo de acompanhamento e monitorização.

1.2. Avaliação do desempenho nas organizações de saúde

A avaliação de desempenho é um dos temas centrais da gestão de organizações de saúde (66). Tal como sucede com outras formas organizacionais, as unidades de prestação de cuidados de saúde verticalmente integradas têm a responsabilidade de obter e apresentar a sua performance global de forma regular (67).

As alterações significativas provocadas na estrutura de oferta de cuidados, a sua representatividade a vários níveis, o seu carácter inovador, são importantes argumentos que conduzem à necessidade de desenvolver mecanismos que permitam a avaliação e a monitorização sistemática das organizações que prestam cuidados de saúde integrados (66). Por outro lado, e à medida que os sistemas integrados ganham reconhecimento a nível mundial, a sua medição e avaliação sofre também uma atenção redobrada (68,69).

Contudo, o processo de avaliação de desempenho de unidades integradas não tem aplicação fácil. A dificuldade em avaliar o desempenho das organizações de saúde tem sido evidenciada em diversos estudos nacionais e internacionais, sendo de referir os aspetos associados com a multiplicidade de perspetivas e de agentes, a existência de uma dupla linha de autoridade e a especificidade na garantia da qualidade dos cuidados prestados (70).

Por outro lado, as variações nos resultados em saúde são em regra um processo lento, pelo que a sua deteção e medição através do processo de avaliação de desempenho é uma etapa de difícil concretização (71,72).

Outra das dificuldades associadas ao desenvolvimento de um modelo de avaliação de desempenho para realidades integradas, prende-se com o facto de historicamente a estrutura de oferta de cuidados se tipificar por ser episódica. Os modelos, instrumentos, ferramentas e indicadores utilizados tradicionalmente para avaliação de desempenho encontram-se alinhados com esse entendimento espartilhado dos cuidados prestados,

servindo para cimentar a fragmentação existente entre os níveis de cuidados através de metodologias culturalmente enraizadas em cada prestador - que anteriormente atuava de forma independente e episódica.

Importa também referir que se os hospitais são reconhecidos como uma das mais complexas formas organizacionais de ser gerida, o contexto de integração de cuidados de saúde representa um acréscimo substancial desse nível, situação motivada pelo maior número e diversidade de interações entre unidades funcionais.

Apesar das dificuldades conceptuais e operacionais, torna-se cada vez mais necessário desenvolver modelos que possibilitem a sua concretização, sendo esta importância válida para o conjunto de agentes associados ao mercado da saúde (22):

Para os consumidores, visto que é cada vez mais imperiosa a disponibilização de informação de índole científica e credível que lhes permita conhecer a atividade das organizações de saúde, para que desta forma possam exercer com maior fundamentação a sua liberdade de escolha.

Para os proprietários, já que somente a explicitação de modelos válidos e “universais” lhes permitirá otimizar a sua função de utilidade.

Para os gestores e outros profissionais de saúde, porque a existência de um modelo de avaliação do desempenho das organizações de saúde, permite igualmente a sua extensão para o plano de avaliação individual e desta forma explicitar mecanismos de avaliação da competência e a possível atribuição de incentivos.

Para além destes aspetos sectoriais existe igualmente uma variedade de razões que tornam igualmente imperiosa a definição e implementação de modelos de avaliação do desempenho das organizações de saúde:

- Em primeiro lugar, devem ser referidos os aspetos relacionados com a acessibilidade, podendo este aspeto assumir diversas perspetivas, em função do enquadramento organizacional do sistema de saúde. Em Portugal, para além de imperativo constitucional, este aspeto assume importância de dupla natureza, tanto associado a eventuais políticas de seleção/desnatação praticadas por cada hospital (acessibilidade passiva), como no que se refere à disponibilização de informação que permita aos consumidores uma escolha fundamentada dos prestadores (acessibilidade ativa).

- Em segundo lugar, devem ser consideradas as questões associadas ao financiamento das organizações de saúde. A este propósito deve referir-se que independentemente da forma como seja considerada a sua prospectividade – orçamento global, capitação ou pagamento pela produção – somente a definição prévia de mecanismos de avaliação do desempenho poderá de facto criar mecanismos para otimizar o “valor do dinheiro”.
- Finalmente, em termos de gestão das organizações de saúde. De facto, somente após a definição, explicitação e implementação de um modelo de avaliação do desempenho das organizações de saúde, se poderão criar mecanismos que, simultaneamente, proporcionem uma maior responsabilização dos agentes internos (gestores e profissionais prestadores) e possibilitem ainda a sua reprodutibilidade na atividade e na gestão de cada organização de saúde.

O estado da arte da avaliação do desempenho das organizações de saúde parece seguir a trilogia definida por Donabedian – Estrutura, Processo e Resultados. Em que estrutura pode ser definida pelas características da oferta (organizações de saúde); processo por aquilo que é feito ao doente e resultados pela forma como o doente responde aos cuidados que lhe são prestados. São dimensões que se encontram estritamente interligadas, não se devendo menosprezar nenhuma delas mesmo quando nos concentremos na análise de apenas uma delas (73,74).

Na realidade embora esta trilogia tivesse originalmente sido concebida para aplicação na garantia da qualidade dos cuidados prestados, parece igualmente legítimo afirmar que esta perspetiva é aplicável ao processo de avaliação de desempenho das unidades integradas (75,76).

A conceptualização de Donabidien encontra paralelo na avaliação de desempenho de unidades integradas, através de duas abordagens: de medição do processo de integração em si ou dos resultados alcançados pelo processo de integração, ou seja, encontram-se sobretudo presentes as dimensões “processo” e “resultados” uma vez que a “estrutura” detém uma natureza dinâmica menos intensa do que as dimensões identificadas (77).

1.2.1. Medição do Grau de Integração

Entende-se que medir o “grau” de integração significa determinar até que ponto a organização prestadora de cuidados de saúde está a conseguir implementar o conceito de integração.

Mais do que o conhecimento *per si* do grau de integração das organizações de saúde, entendendo-se o processo de integração vertical como uma forma estrutural que desagua na gestão de mais do que um nível de cuidados de saúde, este pode constituir um instrumento de gestão de extrema utilidade, nomeadamente porque permite (78,79).

- Servir de orientação para o processo de integração – conhecer o ponto de chegada;
- Conhecer de forma quantificada o alcance das atividades desenvolvidas;
- Identificar as dimensões onde o processo de integração é crítico;
- Estabelecer prioridades de atuação estratégicas e operacionais
- Comparar o estadió face a outras instituições verticalmente organizadas.

Decorrente destas potencialidades, a implementação das unidades integradas deve ser alvo de um processo de monitorização e acompanhamento que permita aos gestores e políticos responsáveis conhecer a todo o momento quais os níveis de utilização de recursos, identificar rapidamente os obstáculos operacionais e implementar as medidas corretivas adequadas para assegurar o processo de integração (80,81).

É ainda de ressaltar que este processo de acompanhamento da integração de cuidados pressupõe uma nova área de *focus* que não recebe atenção nas formas tradicionais de controlo como são os casos de medidas interorganizacionais e colaboração interprofissional (82,83).

No âmbito da medição do grau de integração de organizações de saúde verticalmente integradas, as duas questões mais prementes são:

- *Qual o grau ótimo de integração para determinada realidade?*
- *Qual o grau de integração atual de determinada organização?*

No que respeita à primeira questão, pode afirmar-se que o movimento de integração deve ser implementado até ao ponto onde não existam mais ganhos em saúde para a população mediante um determinado nível de eficiência económica e técnica ou vice-versa. A este respeito, pode ainda referir-se que a integração deve realizar-se até ao momento em que esta se possa fazer sem excessos, adiantando também que a integração completa é uma dimensão não alcançável pelos esquemas densos, impenetráveis e complexos que as soluções integradas acabam por gerar (84).

Acresce a esta situação o facto das condições de partida estruturais para se alcançar uma plena integração poderem não ser as mesmas em diferentes contextos de prestação. As características de oferta e de procura de cuidados são determinantes e influenciadoras para a criação do cenário ideal de integração, realidade que pode conduzir a afirmar que cada estadio de plena integração é único e deve ser determinado individualmente.

Tal como sucede com a própria definição de integração, não existe na literatura internacional um modelo predominante de medição do grau de integração das organizações prestadoras de cuidados de saúde, sendo o conjunto de ferramentas e medidas existente para o efeito - em quantidade e qualidade - relativamente limitada

No entanto, apesar desta variabilidade para operacionalização desta necessidade, e como resposta à segunda questão colocada anteriormente, dois elementos surgem como estruturantes para este processo: saber exatamente o que se pretende medir, e qual a forma de o concretizar (85,86).

Desta forma, a primeira etapa para definir uma metodologia que permita determinar o grau de integração de uma organização prestadora de cuidados de saúde situa-se ao nível teórico, isto é, é essencial definir o que se entende por “integração” isto porque a seleção da metodologia mais adequada depende em grande medida do seu propósito/objetivo inicial (84). Este facto traduz uma dificuldade de partida para o processo, pois tal como foi mencionado anteriormente, o conceito de integração de cuidados de saúde é um tema vasto e complexo, não existindo designações e definições únicas entre os diversos autores que se debruçaram sobre estas matérias ao longo dos últimos anos.

Para além dos aspetos conceptuais, o acompanhamento do processo de integração também depende da perspetiva de análise que se pretende analisar identificando a este respeito as áreas: científica, gestão, qualidade ou stakeholders (69).

Outro dos aspetos centrais na determinação do grau de integração prende-se com a sua abrangência. No presente estudo este situa-se ao nível organizacional, ou seja, compreende a instituição como um todo. Contudo, não se pode deixar de referir que podemos depararmo-nos com diferentes graus de integração a nível interno, podendo co-existir áreas de plena integração e completa segregação. Para além de permitir determinar o grau de integração global de determinada organização, as escalas também podem ser aplicadas especificamente a cada uma das suas unidades funcionais, calculando o seu *score* particular.

2. Acompanhamento e Monitorização – Notas Metodológicas

Neste ponto serão abordados o âmbito e delimitação do tema em estudo, as etapas a percorrer para a concretização dos objetivos estabelecidos, assim como a framework para o estabelecimento do modelo de acompanhamento e monitorização das Unidades Locais de Saúde.

Este projeto tem como principal objetivo acompanhar e monitorizar a implementação e o desenvolvimento das Unidades Locais de Saúde. Tendo como objetivos específicos:

- a. Apresentar o estado de arte de unidades integradas no contexto internacional
- b. Realizar um estudo de diagnóstico das ULS em Portugal
- c. Definir um plano de desenvolvimento estratégico das ULS
- d. Identificar as condições/ instrumentos de implementação do plano proposto
- e. Definir o modelo de monitorização e avaliação das ULS
- f. Constituir um observatório para a integração de cuidados de saúde
- g. Propor modelos de identificação, partilha e difusão de boas práticas na área da integração de cuidados
- h. Propor mecanismos de incentivos à inovação nas ULS
- i. Prestar apoio técnico e científico na área da integração de cuidados como suporte às decisões a tomar pela DE-SNS

O primeiro objetivo específico já se encontra concluído com uma análise do estado da arte da integração de cuidados e com uma descrição de modelos internacionais que nos permite realizar um benchmarking daquilo que são os processos de implementação das experiências de integração de cuidados.

Neste momento de forma a dar cumprimento ao estudo de diagnóstico das ULS em Portugal proceder-se-á à análise dos elementos e indicadores que devem guiar o próprio modelo de acompanhamento que servirá de base ao desenvolvimento de todo o projeto.

2.1. Âmbito e delimitação

Uma vez que é pretensão do projeto efetuar um diagnóstico sobre o modelo de acompanhamento, a abordagem dirigir-se-á às características e aos elementos que devem estar verificados no mesmo.

Como foi referido no primeiro relatório do projeto que descreveu o estado de arte do tema em consideração, a evolução histórica da criação de ULS no nosso país apresentou ritmos diferentes ao longo dos últimos anos. Esta dinâmica evolutiva interferiu de forma decisiva no processo de acompanhamento e monitorização em todo o universo ULS, não havendo um modelo anteriormente definido.

Com a generalização deste modelo de organização torna-se imperativo definir um modelo de monitorização adequado à realidade organizativa das ULS, ou seja, como uma abrangência suficiente que permita avaliar de forma uniforme, mas adaptada às especificidades de cada ULS que na sua organização deve também considerar as especificidades e necessidades da população a que se dirige.

Conforme os objetivos iniciais definidos no projeto, a análise do modelo de acompanhamento versará exclusivamente sobre a perspetiva das unidades de prestação de cuidados de saúde integrados em atividade no nosso país, as ULS, embora a natureza da sua evolução histórica conduza a um necessário envolvimento que também poderá ter em consideração cada nível de cuidados de saúde isoladamente.

O acompanhamento e a monitorização serão entendidos com base numa abordagem externa às ULS. Considera-se que o foco desta atividade incide particularmente na sua avaliação externa, sendo o processo de acompanhamento das unidades funcionais que constituem a estrutura organizacional de cada ULS um processo de responsabilidade interna, não constituindo objeto de tratamento no presente relatório.

2.2. Princípios do Modelo de Acompanhamento e Monitorização

Outro dos elementos estruturantes do modelo de monitorização e acompanhamento é o conjunto de princípios base que estão na origem do seu desenvolvimento. Neste caso particular são definidos como princípios base:

- a) Princípio da comparabilidade: os resultados apurados para cada ULS devem permitir a comparação entre ULS.
- b) Princípio da adequação: segundo este princípio, o modelo de monitorização e acompanhamento disponibiliza os conteúdos segundo as necessidades de informação de cada utilizador. Diferentes óticas implicam diferentes necessidades de informação, logo a mesma informação não é pertinente para todos os intervenientes nem a mesma informação pode ser utilizada da mesma forma por diferentes atores.
- c) Princípio da dinâmica evolutiva: a proposta de modelo de monitorização e acompanhamento agora sugerida deve ser encarada numa perspetiva de *contínuos improvement*. Dado o seu cariz pioneiro – é a primeira vez que surge um modelo de acompanhamento para realidades verticalmente integradas no nosso país – deverá ter-se a perspetiva da sua necessária evolução e melhoria ao longo do tempo.
- d) Princípio de unidade: a ULS é entendida como uma unidade organizacional independentemente do número e diversidade de unidades funcionais internas. A organização “ULS” deverá ser entendida e avaliada como um todo e não de forma parcelar. Este princípio vai de encontro à revisão de literatura efetuada sobre a conceptualização da integração vertical de cuidados de saúde. A visão tradicional de uma concentração de esforços de acompanhamento de cada unidade contraria a lógica de perceção de sinergias resultantes da integração. Desta forma, a avaliação será dirigida a toda a Unidade, independentemente do número ou características de unidades de prestação que estas possuam.
- e) Princípio da responsabilidade: o cumprimento do processo de monitorização e acompanhamento é uma responsabilidade que em primeira instância é do interesse das próprias ULS, devendo partir da sua iniciativa o desenvolvimento de todos os esforços necessários para que sejam identificados possíveis desvios face aos objetivos definidos e sejam tomadas as iniciativas adequadas para a sua correção.
- f) Princípio de centralidade: tradicionalmente os modelos de monitorização e acompanhamento centram-se nas organizações de saúde, nos seus recursos,

produção e avaliação de desempenho. Nesta proposta pretende-se que seja centrada em informação captada e analisada tendo como objeto os utentes, suas características e necessidades.

g) Princípio da prospectividade: mais do que identificar retrospectivamente os desvios face ao esperado, pretende-se que o modelo seja promotor de uma atuação dirigida a definir atividades e procedimentos futuros que permitam resolver os problemas identificados. O modelo deverá constituir um ponto de partida para o processo de tomada de decisões e não um ponto de chegada.

2.3. Características do Modelo de Acompanhamento

No que respeita à metodologia utilizada para desenvolver o diagnóstico de situação do modelo de monitorização e acompanhamento de unidades integradas de prestação de cuidados de saúde, importa referir que não foi identificado nenhum modelo de diagnóstico amplamente utilizado para análise de modelos de acompanhamento. Desta forma, basicamente a pergunta de partida passa por saber quais os elementos que um modelo de acompanhamento deve abranger e que características têm de estar verificadas de forma que o seu objetivo seja cumprido, ou seja, identificar e corrigir os desvios ao longo do exercício.

Assim, importa em primeiro lugar identificar as características típicas da prestação de cuidados de saúde integrados:

- O facto de o processo de produção ser baseado num *continuum* de cuidados;
- Serem unidades que funcionam num contexto geo-demográfico delimitado;
- Estarem dispostas a assumir um maior risco financeiro através da utilização de uma unidade de pagamento assente na capitação ajustada pelo risco;
- Dirigido às necessidades em saúde da população que serve.

Estas características da prestação de cuidados de saúde integrados não podem ser dissociadas das características essenciais dos instrumentos de acompanhamento de projetos, havendo a necessidade de equilíbrio entre ambos de forma a criar um modelo de acompanhamento robusto.

Assim, em relação aos instrumentos de acompanhamento utilizados, foram identificadas como características desejáveis:

Quadro I: Características genéricas dos instrumentos de acompanhamento

Característica	Descrição
Validade	Pretende traduzir até que ponto os indicadores utilizados pelo modelo de acompanhamento refletem os objetivos e as dimensões definidas à partida.
Adequação	O modelo de acompanhamento disponibiliza os conteúdos segundo as necessidades de informação de cada utilizador.
Uniformidade	Pressupõe a existência de procedimentos comuns ao nível do desenvolvimento do modelo de acompanhamento.
Relevância	Com a relevância pretende-se traduzir hierarquicamente o grau de importância dos indicadores utilizados.
Fiabilidade	Corresponde ao grau de fidedignidade da informação utilizada para a obtenção dos indicadores, isto é, se após replicação de uma determinada medida na mesma população, se obtêm os mesmos resultados num elevado número de vezes.
Comparabilidade	É a possibilidade dos indicadores que compõem o modelo permitirem efetuar uma comparação quer entre as organizações prestadoras de cuidados de saúde, quer com os valores de referência para a sua evolução.
Exequibilidade	A característica da exequibilidade traduz a capacidade dos indicadores incluídos no modelo em serem operacionalizados.
Estabilidade	Consiste na manutenção dos princípios e das metodologias utilizadas para estruturação do modelo ao longo do tempo, garantindo uma consistência que permita a monitorização constante num espectro temporal alargado.

2.4. Elementos-Chave dos Modelos de Acompanhamento e Monitorização

Para além das características genéricas que os modelos de acompanhamento e monitorização devem revestir é fundamental definir as áreas e os elementos-chave a serem trabalhados, ou seja, que pontos têm de ser equacionados na definição do modelo de acompanhamento e monitorização.

1. Objetivos e Metas - Definição clara dos objetivos das unidades prestadoras de cuidados integrados. Estes devem ser mensuráveis.
2. Indicadores de Desempenho – Definição de indicadores-chave de desempenho que ajudem a monitorar o progresso em direção aos objetivos estabelecidos.
3. Processos e Fluxos de Trabalho: Identificação e mapeamento dos processos e fluxos de trabalho.
4. Recursos Humanos: Identificação dos recursos humanos e avaliação do volume, adequação das características dos profissionais às necessidades da organização, assim como a garantia da formação e desenvolvimento profissional.
5. Infraestruturas: Análise das infraestruturas físicas e tecnológicas disponíveis na organização, garantindo-se a sua suficiência e adequação face aos objetivos do processo de integração.
6. Gestão do Risco: Garantia de definição de protocolos de segurança e gestão do risco enquadrados com as especificidades e alterações decorrentes de um processo de integração vertical de cuidados.
7. Comunicação: Definição clara dos mecanismos e meios de comunicação interna e externa.
8. Melhoria Contínua: Definição de metodologia de melhoria continua e feedback a utentes e profissionais.
9. Avaliação e Benchmarking: Definição de processos de benchmarking e análise do modelo de acompanhamento e monitorização definido.

2.4.1. Objetivos

O ponto de partida para a seleção das dimensões e indicadores é necessariamente a definição dos objetivos que as ULS pretendem alcançar com o desenvolvimento da sua atividade, pois só através do seu conhecimento é possível direcionar o esforço de monitorização e acompanhamento a realizar sobre estas unidades.

Uma das limitações de partida para a definição do modelo de monitorização e acompanhamento residiu na ausência de um enquadramento estratégico específico para as ULS a nível nacional. De facto, partindo do pressuposto que as dimensões e indicadores a incluir no modelo dependem dos objetivos traçados, verifica-se que este referencial não se encontra claramente explícito no nosso país, remetendo este vazio estratégico para a alternativa imediata de recurso ao ciclo de planeamento individual de cada ULS enquanto sub-sistema de orientação a médio e longo prazo.

A panóplia relativamente ampla de instrumentos de planeamento das atividades estratégicas e operacionais a desenvolver por cada ULS – alguns já referidos anteriormente - concretizadas nos seus Planos de Negócios, Plano de Atividades e Plano de Desempenho, sem esquecer o enquadramento necessário a nível nacional plasmado no Plano Nacional de Saúde e a nível local nos Planos Locais de Saúde, constituem um conjunto de documentos nem sempre coincidentes e coerentes entre si, o que dificulta a definição do “objeto” de monitorização e acompanhamento.

Como pressuposto inicial assume-se que cada ULS pretende seguir os objetivos geralmente aceites nos sistemas de saúde, ou seja, aumentar ou manter o estado de saúde das populações que serve, traduzindo-se pragmaticamente em:

- Prestar cuidados de saúde com a máxima eficiência;
- Melhorar o acesso das populações aos cuidados de saúde;
- Garantir a qualidade dos serviços prestados;
- Garantir a sustentabilidade económico-financeira da organização;
- Garantir a satisfação dos clientes internos e externos à organização;
- Criar valor em saúde (resultados vs. custos);
- Aumentar o grau de integração na organização prestadora de cuidados de saúde.

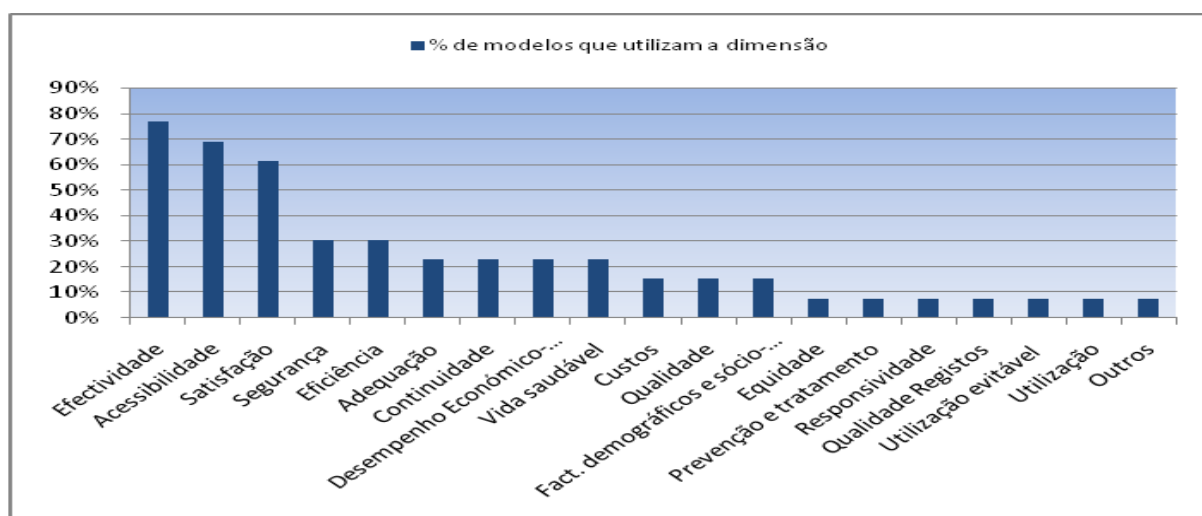
2.4.2. Dimensões

Após definirmos quais os objetivos que norteiam a atividade das ULS, torna-se importante definir também quais as dimensões que deveremos selecionar para incorporação no modelo de acompanhamento. De facto, um dos traços comuns à

grande maioria dos modelos de acompanhamento internacionais é a existência de dimensões como forma de representação dos objetivos estabelecidos. As dimensões de performance em cuidados de saúde, são atributos definidos para manter, restaurar ou melhorar a saúde. Preferencialmente devem ser medíveis e operacionalizáveis (87).

Ao longo dos últimos anos podemos encontrar diversas experiências internacionais que recorrem à utilização de dimensões ao nível dos seus modelos de acompanhamento da performance de organizações prestadoras de cuidados de saúde. No relatório da OCDE que compara as dimensões utilizadas por diferentes sistemas de saúde, pode encontrar-se de forma resumida as dimensões de utilização mais comum neste âmbito, conforme se resume no seguinte gráfico (88,89):

Figura 1 – Percentagem de utilização de dimensões de monitorização em diferentes sistemas



Da análise efetuada sobre as dimensões no que respeita à sua frequência de utilização, constata-se que a efetividade, acessibilidade, satisfação, segurança e eficiência são as que concomitantemente mais se destacam nestes modelos internacionais e se encontram intrinsecamente refletidas nos objetivos definidos no ponto anterior para as unidades prestadoras de cuidados de saúde verticalmente integradas no nosso país.

Verifica-se também que existe alguma heterogeneidade entre estes modelos. Esta evidência consubstancia-se fundamentalmente: no facto de dimensões semelhantes

encontrarem definições distintas, as dimensões distintas por vezes encontrarem definições semelhantes, no facto das mesmas dimensões não contemplarem os mesmos indicadores (quantidade e qualidade) e no facto dos mesmos indicadores serem classificados em dimensões distintas.

Daqui resulta que as combinações possíveis entre indicadores no sector da saúde que sejam homogéneas e coerentes no seu tratamento e consulta são inúmeras. A forma de organização depende em grande medida das necessidades dos seus utilizadores, fundamentalmente de acordo com os seus objetivos de partida.

2.5. Indicadores de Desempenho

Os indicadores de desempenho são um dos atores principais deste modelo de acompanhamento e monitorização das ULS.

Um dos aspetos estruturantes num processo de definição de modelos de monitorização das atividades desenvolvidas é a escolha dos seus indicadores base. Embora sejam frequentemente confundidos com o modelo em si, os indicadores são entendidos na atual proposta como mais um dos elementos estruturantes do modelo de monitorização e acompanhamento das ULS.

À partida refira-se à limitação intrínseca desta etapa, que por natureza é ingrata. De facto, dificilmente se conseguirá responder por completo a todas as expectativas dos seus utilizadores seja pelas suas diferentes óticas e atribuição de níveis de importância absoluta e relativa perante os mesmos fenómenos, seja pela natural incapacidade das tentativas de reprodução e medição da realidade através de indicadores.

Nesta temática, a definição de um conjunto de indicadores adequados para realizar é uma das etapas mais relevantes, surgindo daqui duas questões fundamentais: quantos e quais indicadores selecionar?

2.5.1. Quantos indicadores

De uma forma genérica, não existe uma regra única que permita afirmar em termos exatos qual o número adequado de indicadores que deve ser considerado na definição de um modelo de acompanhamento. Da experiência internacional consultada, verifica-se que existe mesmo alguma discrepância na quantidade de indicadores utilizados, não sendo possível identificar um número preciso ou mesmo um padrão regular que nos permita responder de forma concreta a esta questão. O *trade-off* entre um número ingerível de indicadores e uma insuficiente reprodução do fenómeno pretendido através

da utilização de um conjunto limitado de indicadores é frequentemente a questão-chave intrínseca a esta problemática.

2.5.2. Quais os indicadores?

Estes indicadores podem dividir-se em 7 grandes grupos, sendo eles, eficiência, qualidade dos cuidados, experiência do utente, resultados financeiros, comportamento organizacional e coordenação dos cuidados:

1. Eficiência - Avaliar a eficiência dos processos e a utilização de recursos da organização. Exemplos de Indicadores: Demora média, internamentos, tempo de espera para consultas ou cirurgias.
2. Utilização de Cuidados - Avaliar como os cuidados de saúde são utilizados e a sua acessibilidade para os utentes. Exemplos de Indicadores: internamento, urgências, utilizadores frequentes, hospitalização domiciliária.
3. Qualidade dos Cuidados - Avaliar a qualidade e segurança dos serviços prestados. Exemplos de Indicadores: % Infeções nosocomiais, taxa de mortalidade hospitalar, taxa de readmissões hospitalares (30 dias), taxa de complicações hospitalar.
4. Experiência Utentes: Avaliar a satisfação e experiência geral dos utentes com os serviços prestados.
5. Resultados Financeiros - Avaliar a eficiência financeira e sustentabilidade da organização. Exemplos de Indicadores: Custos totais, Custos de contexto, Investimento realizado
6. Comportamento Organizacional - Avaliar a eficácia das práticas de gestão e o ambiente de trabalho dentro da organização.
7. Coordenação dos Cuidados - Avaliar a eficácia da coordenação entre diferentes serviços de saúde e profissionais para fornecer cuidados integrados e contínuos.

3. Pontos Críticos do Modelo de Acompanhamento

Após a identificação das características e dos elementos-chave do modelo de monitorização e acompanhamento de unidades de prestação de cuidados de saúde verticalmente integradas, procede-se à identificação dos seus principais pontos críticos. Esta etapa é realizada com base na descrição do estado de arte. De acordo com o exposto na nota metodológica, o processo de definição do modelo de acompanhamento e monitorização das Unidades Locais de Saúde assenta nas seguintes características:

- O facto de o processo de produção ser baseado num *continuum* de cuidados;
- Serem unidades que funcionam num contexto geo-demográfico delimitado;
- Estarem dispostas a assumir um maior risco financeiro através da utilização de uma unidade de pagamento assente na capitação ajustada pelo risco;
- Dirigido às necessidades em saúde da população que serve.

Dos instrumentos de monitorização e acompanhamento, foram identificadas como características típicas:

- Validade
- Adequação
- Uniformidade
- Relevância
- Fiabilidade
- Comparabilidade
- Exequibilidade
- Estabilidade

3.1. Dos modelos de prestação de cuidados de saúde integrados

3.1.1. Processo de produção baseado no continuum de cuidados

Como se verificou ao longo da revisão de literatura efetuada anteriormente, uma das características mais marcantes e diferenciadoras das unidades integradas é a estruturação do seu processo de produção, que deve ser encarado como um *continuum* ininterrupto de prestação de cuidados de saúde. Neste âmbito, resultam da análise efetuada os seguintes aspetos principais:

- A estrutura de produção apresentada para efeitos de contratualização e consequente acompanhamento não pode corresponder a um mero somatório dos níveis de cuidados de saúde existentes nas ULS. O processo de produção

não é deve ser o principal foco, mas sim os resultados e a experiência dos utentes. Deve verifica-se também que os sistemas de classificação de doentes utilizados para quantificar e qualificar o processo de produção das ULS não podem refletir o *output* de cada nível de cuidados, mas devem olhar de forma unitária para a organização.

- Os indicadores utilizados no acompanhamento não podem ser dirigidos exclusivamente a cada nível de cuidados de saúde, isto é, os cuidados primários e os cuidados hospitalares são monitorizados através de indicadores específicos e próprios de cada realidade;

3.1.2. Natureza geo-demográfica

Uma das características particulares e geralmente identificada nos modelos de prestação de cuidados de saúde verticalmente integrados reside na sua natureza geo-demográfica de cariz regional. As ULS que atualmente se encontram constituídas no nosso país, apresentam no seu enquadramento normativo esse pressuposto, sendo definidas – em função das unidades de prestação – áreas geográficas populacionais de atracção. Esta característica pressupõe uma mudança de paradigma que implica o desenvolvimento de dois aspetos fundamentais:

- A necessidade de obtenção de informação agregada numa ótica geográfica e;
- Uma maior necessidade de conhecimento relativamente às características da população servida e sua propensão natural para o consumo de recursos em saúde.

A organização da estrutura de oferta de cuidados de saúde de base populacional como é o caso das ULS, deve ser acompanhada por uma identificação e caracterização exhaustiva dos utentes que serve, seja por motivos de planeamento ou financiamento de serviços de saúde.

3.1.3. Financiamento

Para além de constituir um dos pilares fundamentais da sustentabilidade económico-financeira das ULS, o financiamento é encarado como uma ferramenta fundamental para a prossecução dos objetivos gerais dos sistemas de saúde, como a eficiência ou a

qualidade. O atual modelo de financiamento das ULS tipifica-se pela utilização da unidade de pagamento capitação. De facto, existe um largo consenso a nível internacional sobre a adequação desta unidade de pagamento em contextos integrados de prestação de cuidados de saúde. Para corrigir as naturais diferenças de consumos de recursos com origem exclusiva nas características das populações que servem recorre-se também a um processo de ajustamento pelo risco.

Tal como sucede com outras unidades de pagamento, também a capitação e o ajustamento pelo risco intrinsecamente detêm alguns aspetos que importa monitorizar e acompanhar para efeitos de financiamento. Assim, em função das características descritas na revisão de literatura, são de salientar como principais problemas no que respeita ao modelo de acompanhamento, os seguintes aspetos:

- Coexistência de várias modalidades de pagamento: A atual capitação apenas cobre os utentes pertencentes ao SNS, pois o pagamento relativo às atividades desenvolvidas para outros subsistemas é efetuado com recurso à unidade de pagamento produção, mediante procedimento de faturação ao respetivo subsistema. Esta coexistência de diferentes unidades de pagamento pode levar à criação de áreas de conflituosidade ao nível dos incentivos gerados pelos diferentes sinais proporcionados. O acompanhamento dos possíveis incentivos perversos gerados pela utilização conjunta destas duas unidades de pagamento em simultâneo não se encontra devidamente individualizado na estrutura do atual modelo;
- Fluxos de doentes: Sabendo à partida que as ULS são entidades integradas no SNS português e que devem utilizar as articulações institucionais estipuladas nas redes de referência nacionais para a resolução das necessidades em saúde das populações que servem - sempre que a sua auto-resposta não tenha capacidade resolutiva – o controlo sobre o fluxo de doentes afeto a esta evidência constitui um aspeto crucial e central no atual contexto de financiamento por capitação ajustada pelo risco.
- Incentivos não individualizados: O sucesso resultante do processo de contratualização tem associado um conjunto de incentivos. O modo como esta avaliação deve ser realizada tem de ser clara de forma a motivar as instituições ao cumprimento das metas definidas.

3.1.4. Necessidades em saúde

Como vimos ao longo da revisão de literatura, uma das principais justificações para estruturar a oferta de cuidados de forma integrada, baseia-se na capacidade de melhor responder as necessidades prementes e futuras dos utentes abrangidos por esta realidade, tratando-se de uma estrutura organizacional direccionada sobretudo na ótica da procura de cuidados.

Assim, o modelo de acompanhamento tem de refletir esta filosofia global através da inclusão de indicadores de necessidades em saúde numa perspetiva geográfica, assim como indicadores que permitam analisar a aposta na prevenção e promoção e na aposta no controlo de patologias crónicas que por definição são as patologias que originam maiores níveis de utilização de cuidados de saúde e maiores níveis de consumos de recursos.

Deve ter-se ainda em consideração a necessidade obter informação sobre o estado funcional dos utentes da área de influência das ULS, pois tal informação é importante não só para o processo de tomada de decisões estratégicas e operacionais, como para efeitos de ajustamento pelo risco.

Conclusão

Os constrangimentos proporcionados pela atual estrutura de oferta de cuidados de saúde e os problemas provocados pela constante e cada vez mais rápida evolução dos sistemas de saúde geram uma combinação relativamente complexa de desafios aos gestores das organizações de cuidados de saúde.

A integração de cuidados de saúde é um tema que reúne cada vez mais atenção, motivada pelas suas enormes potencialidades onde predomina a centralização no utente que permite obter uma prestação com melhor qualidade assistencial sendo simultaneamente promotora de eficiência técnica e económica. Porém, a criação desta nova realidade implica uma alteração profunda e radical na forma como encaramos a gestão de organizações de saúde com impactos significativos no planeamento estratégico, na estrutura organizacional, no processo de produção, instrumentos de financiamento e modelo de avaliação de desempenho.

Porém, todo este processo de integração de cuidados reveste uma especial complexidade e como tal deve ser garantido um apoio constante no processo de implementação e desenvolvimento da estratégia nacional de integração de cuidados, mais concretamente a implementação das Unidades Locais de Saúde. É, neste sentido, que surge o projeto de “Implementação, Desenvolvimento e Monitorização das Unidades Locais de Saúde”

Desta forma, o presente trabalho dividiu a sua atuação em duas vias: i) um estudo sobre o estado da arte da integração de cuidados e ii) um diagnóstico sobre os elementos estruturantes de um modelo de acompanhamento e monitorização das ULS, nomeadamente, objetivo, o objeto, os atores, os indicadores, os instrumentos, o *timing*, a sua arquitetura e o sistema de informação.

Através do estudo das experiências internacionais de integração de cuidados foram encontradas linhas comuns de sucesso destas experiências, sendo elas:

- Lideranças forte e envolvimento das equipas
- Resultados a longo médio prazo com investimentos de curto prazo
- Ambientes promotores da inovação
- Adaptabilidade e Flexibilidade
- Desenvolvimento instrumentos de planeamento e de gestão do próprio processo

Já na segunda parte do presente relatório foi possível verificar que uma das mudanças mais significativas introduzidas pelos processos de integração vertical baseia-se no redireccionamento das estratégias das instituições prestadoras de cuidados de saúde. A gestão conjunta de prestadores de primeira e segunda linha com responsabilidades comuns no estado de saúde de uma determinada população conduz a uma aposta estratégica nas fases primárias em detrimento de intervenções mais diferenciadas e dispendiosas.

A alteração do processo de produção provocado pelos processos de integração vertical de cuidados parece tender para uma maior capacidade de criação de valor, motivado em grande medida pela capacidade de gestão do *continuum* do utente assente em novas estruturas organizacionais.

No que respeita à avaliação de desempenho, o crescimento da sua importância é proporcional ao fenómeno expansivo das organizações verticalmente integradas. Verificou-se que de uma forma geral não existe um modelo único que seja amplamente utilizado e reconhecido internacionalmente. A mesma situação se verifica ao nível das dimensões abordadas e indicadores seleccionados. No entanto, a aplicação das três dimensões estrutura, processo e resultados parece colher algum consenso entre os estudos analisados.

Ainda nesta perspetiva é essencial considerar a mudança de paradigma. Até então o foco prendia-se essencialmente com a produção realizada pelas diversas organizações de saúde, estando todos os indicadores focados neste objetivo. Contudo, com uma organização integrada de cuidados pretende-se atingir o “*triple aim*”, ou seja, melhoria dos resultados em saúde, melhoria da experiência do utente e redução de custos, o que não significa necessariamente mais produção, mas sim melhor controlo, mais prevenção e previsibilidade.

Esta realidade faz com que seja essencial repensar os indicadores, considerando o utente, os seus resultados e a sua experiência numa lógica de análise de curto-prazo, ou seja, é fundamental que não existe um hiato temporal significativo entre a ocorrência das situações e a análise dos indicadores. Analisar com um diferimento no tempo pode fazer com que estas mesmas análises e consequentes intervenções estejam já desatualizadas face à realidade e se considerem extemporâneas não produzindo qualquer efeito. Assim os indicadores devem ser dirigidos aos objetivos e analisados sem anos de deferimento que põem em causa a pertinência das medidas.

Ainda no campo dos indicadores é constantemente repetida a ideia de que estes têm de estar alinhados com os objetivos das ULS, no entanto, a pergunta que muitas vezes fica sem resposta clara é quais são esses objetivos? E sendo o pressuposto da criação das ULS uma prestação de cuidados dirigida a uma população devem estes indicadores terem encontra objetivos paralelos de entidades concomitantes?

No campo de uma prestação de cuidados integrada onde o foco é a população deve garantir-se um claro alinhamento entre o Plano Nacional de Saúde, os Planos Locais de Saúde e a Contratualização. Aquilo que é contratualizado e avaliado tem de ter em conta as necessidades específicas da população e o trabalho efetuado por entidades parceiras no reconhecimento dessas mesmas necessidades.

No que respeita à definição destes mesmos indicadores deve ser garantida uma estruturação dinâmica e aberta, na medida em que as populações não são entidades congeladas no tempo e têm necessidades que vão evoluindo ao longo do tempo os objetivos e os indicadores têm também de ser evolutivos, adaptáveis e flexíveis.

A adequação dos mecanismos de financiamento de unidades integradas é outro aspeto central para um correto alinhamento entre a estratégia organizacional e os incentivos financeiros criados. Neste âmbito, é amplamente reconhecida a ligação estreita entre a unidade de pagamento capitação e o movimento de integração vertical. O necessário ajustamento pelo risco e a amenização/ eliminação dos efeitos perversos provocados por esta unidade de pagamento são desafios futuros a melhorar.

Um outro ponto que tem sido negligenciado ao longo dos últimos anos passa pela tipificação dos resultados. O que se quer com isto dizer é que habitualmente fala-se na necessidade de avaliação e monitorização, no entanto, não definimos com clareza os objetos de comparação, os resultados esperados. No processo de avaliação os indicadores são analisados de forma independente sem se definirem metas, ou seja, não é efetuado um diagnóstico da organização de forma a ter previsões dos resultados a atingir. Esta falta de planeamento e definição de metas impede uma avaliação rigorosa da atividade das organizações em causa.

Por último, importa também salientar que a integração vertical de cuidados de saúde não foi, nem é um processo consensual. Nem todas as iniciativas obtiveram sucesso, nem o sucesso esperado, motivado substancialmente pela presença de algumas barreiras que são possíveis de identificar na literatura, entre as quais se destacam a falha na interpretação do novo *core business*, a proximidade polar dos elementos constituintes, as diferentes culturas organizacionais que necessitam de ser conciliadas,

a tendência para a competição pelos recursos ou a desigualdade relativa das dimensões estruturais das diferentes instituições que compõem a realidade integrada. Todavia, o presente relatório a par dos trabalhos realizados e a realizar pretendem auxiliar este processo de forma a mitigar possíveis barreiras já identificadas e como tal ser atingida uma melhoria da qualidade dos cuidados prestados.

Referências Bibliográficas

1. INSA. Infográfico INSA — Doença crónica [Internet]. 2019. Available from: <https://www.insa.min-saude.pt/infografico-insa—doenca-chronica/>
2. INE. Despesa em Saúde. Destaque. 2023.
3. Armitage GD, Suter E, Oelke ND, Adair CE. Health systems integration: State of the evidence. *Int J Integr Care*. 2009;9(2).
4. World Health Organization Regional Office for Europe. Integrated care models: an overview. *Heal Serv Deliv Program* [Internet]. 2016;31. Available from: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0005/322475/Integrated-care-models-overview.pdf%0Ahttp://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0005/322475/Integrated-care-models-overview.pdf%0Ahttp://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0005/322475/In
5. Baxter S, Johnson M, Chambers D, Sutton A, Goyder E, Booth A. The effects of integrated care: a systematic review of UK and international evidence. 2020;(2018):1–13.
6. National Association of Primary Care. Achieving the Provision of. 2018;(June):0–22.
7. Carter K, Chalouhi E, McKenna S. What it takes to make integrated care work. 2011;
8. Santana R, Costa C. A integração vertical de cuidados de saúde: aspectos conceptuais e organizacionais [Vertical integration of healthcare: conceptual and organizational aspects]. *Rev Port Saúde Pública* [Internet]. 2008;7:29–56. Available from: <http://tinyurl.com/jblt37p>
9. Carrigan A, Roberts N, Clay-Williams R, Hibbert P, Austin E, Pulido DF, et al. What do consumer and providers view as important for integrated care? A qualitative study. *BMC Health Serv Res* [Internet]. 2023;23(1):1–11. Available from: <https://doi.org/10.1186/s12913-022-08997-x>
10. Baxter S, Johnson M, Chambers D, Sutton A, Goyder E, Booth A. Understanding new models of integrated care in developed countries: a systematic review. *Heal Serv Deliv Res* [Internet]. 2018;6(29):1–132. Available from:

<http://dx.doi.org/10.3310/hsdr06290>

11. Rocks S, Berntson D, Gil-Salmerón A, Kadu M, Ehrenberg N, Stein V, et al. Cost and effects of integrated care: a systematic literature review and meta-analysis. *Eur J Heal Econ* [Internet]. 2020;21(8):1211–21. Available from: <https://doi.org/10.1007/s10198-020-01217-5>
12. Petts RA, Lewis RK, Brooks K, McGill S, Lovelady T, Galvez M, et al. Examining Patient and Provider Experiences with Integrated Care at a Community Health Clinic. *J Behav Heal Serv Res* [Internet]. 2022;49(1):32–49. Available from: <https://doi.org/10.1007/s11414-021-09764-2>
13. Liljas AEM, Brattström F, Burström B, Schön P, Agerholm J. Impact of Integrated Care on Patient-Related Outcomes Among Older People – A Systematic Review. *Int J Integr Care*. 2019;19(3):1–16.
14. Goodwin N. Understanding Integrated Care. *Int J Integr Care*. 2016;16(4):1–4.
15. Ling T, Brereton L, Conklin A, Newbould J, Roland M. Barriers and facilitators to integrating care: experiences from the English Integrated Care Pilots. 2012;12(July):1–12.
16. Kozłowska O, Lumb A, Tan GD, Rea R. Barriers and facilitators to integrating primary and specialist healthcare in the United Kingdom: a narrative literature review. *Futur Healthc J*. 2018;5(1):64–80.
17. Busetto L, Luijkx K, Calciolari S, Ortiz LGG, Vrijhoef HJM. Barriers and facilitators to workforce changes in integrated care. *Int J Integr Care*. 2018;18(2):1–13.
18. Matthew Stiefel MD sénior, C para la S de la PI de A de la A de KPBKNMM sénior, I. A Guide to Measuring the Triple Aim: Population Health, Experience of Care, and Per Capita Cost Innovation Series 2012 Acknowledgements. 2012; Available from: www.IHI.org.
19. Administração Central do Sistema Saúde. Estratégia para a estratificação. 2022.
20. Lin JS, Evans C V., Grossman DC, Tseng CW, Krist AH. Framework for Using Risk Stratification to Improve Clinical Preventive Service Guidelines. *Am J Prev Med* [Internet]. 2018;54(1):S26–37. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.amepre.2017.07.023>
21. Iezzoni LI. The risks of risk adjustment. *JAMA*. 1997 Nov;278(19):1600–7.

22. Costa C. Ajustamento pelo risco: da conceptualização à operacionalização. *Rev Port Saúde Pública*. 2005;5:7–38.
23. Juhnke C, Bethge S, Mühlbacher AC. A Review on Methods of Risk Adjustment and their Use in Integrated Healthcare Systems. 2016;16(4):1–18.
24. National Audit Office. Developing new care models through NHS vanguards. 2018;(June 2018):36. Available from: <https://www.nao.org.uk/wp-content/uploads/2018/06/Developing-new-care-models-through-NHS-Vanguards.pdf>
25. Lewis RQ, Checkland K, Durand MA, Ling T, Mays N, Roland M, et al. Integrated care in england – what can we learn from a decade of national pilot programmes? *Int J Integr Care*. 2021;21(4):1–10.
26. Department of Health and Social Care. Integration and Innovation: working together to improve health and social care for all. Integration and Innovation: working together to improve health and social care for all . 2021. 1–80 p.
27. Magnan S. Social Determinants of Health 101 for Health Care: Five Plus Five [Internet]. National Academy of Medicine. 2017. Available from: <https://nam.edu/social-determinants-of-health-101-for-health-care-five-plus-five/>
28. Woolf SH. Necessary but not sufficient: Why health care alone cannot improve population health and reduce health inequities. *Ann Fam Med*. 2019;17(3):196–9.
29. Woolf SH. Progress In Achieving Health Equity Requires Attention To Root Causes. *Health Aff (Millwood)*. 2017 Jun;36(6):984–91.
30. Charles A. Integrated care systems explained: making sense of systems, places and neighbourhoods. The King's Fund. 2022.
31. NHS England. Integrated Care Systems : design framework. 2021;(June).
32. Pett W, Bliss A. The state of integrated care systems 2021/22. 2022;(February).
33. Gongora-Salazar P, Glogowska M, Fitzpatrick R, Perera R, Tsiachristas A. Commissioning [Integrated] Care in England: An Analysis of the Current Decision Context. *Int J Integr Care*. 2022;22(4):1–16.
34. Piroddi R, Downing J, Duckworth H, Barr B. The impact of an integrated care intervention on mortality and unplanned hospital admissions in a disadvantaged community in England: A difference-in-differences study. *Health Policy (New*

- York) [Internet]. 2022;126(6):549–57. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2022.03.009>
35. Lalani M, Wytrykowski S, Hogan H. Approaches to improving patient safety in integrated care: A scoping review. *BMJ Open*. 2023;13(4):1–9.
 36. Devers K, Berenson R. Can Accountable Care Organizations Improve the Value of Health Care by Solving the Cost and Quality Quandaries? *Timely Anal Immed Heal Policy Issues*. 2009;(October):1–13.
 37. Rodrigues M, Lopes H, Carlos JS, Mestre R, Santana R, Matias T, et al. Relatório do Grupo de Trabalho criado para a definição de proposta de metodologia de integração dos níveis de cuidados de saúde para Portugal Continental. 2014;
 38. McClellan M, McKethan AN, Lewis JL, Roski J, Fisher ES. A national strategy to put accountable care into practice. *Health Aff*. 2010;29(5):982–90.
 39. Medisolv. Electronic Hospital Measures [Internet]. 2023 [cited 2023 Dec 27]. Available from: <https://medisolv.com/encor-for-hospital-electronic-measures>
 40. Department of Health and Human Services. CMS' s monitoring activities for ensuring that medicare accountable care organizations report complete and accurate data on quality measures were generally effective , but there were weaknesses. 2020.
 41. Advantage ACO. Driving Practice Performance and Patient Outcomes with the Power of Data [Internet]. 2023 [cited 2023 Dec 27]. Available from: <https://www.advantageaco.com/services/analytics-reporting/>
 42. NAACOS. Highlights of the 2021 Medicare ACO Program Results [Internet]. 2021 [cited 2023 Nov 15]. Available from: <https://naacos.memberclicks.net/highlights-of-the-2021-medicare-aco-program-results>
 43. Wilson M, Guta A, Waddell K, Lavis J, Reid R, Evans C. The impacts of accountable care organizations on patient experience, health outcomes and costs: a rapid review. *J Heal Serv Res Policy*. 2020;25(2):130–8.
 44. Cutler E, Karaca Z, Henke R, Head M, Wong HS. The effects of medicare accountable organizations on inpatient mortality rates. *Inq (United States)*. 2018;55.
 45. Nuño-Solinís R. Desarrollo e implementación de la Estrategia de Cronicidad del

- País Vasco: lecciones aprendidas. Gac Sanit. 2016;30:106–10.
46. Rosete AA, Nuño-Solinís R. A system-wide transformation towards integrated chronic care . The Strategy to tackle the challenge of chronicity in the Basque Country. 2016;(June). Available from: http://www.newhealthfoundation.org/web/wp-content/uploads/2016/06/System-wide-transform-Integrated-Care_Basque-Country.pdf
 47. Department of Health and Consumer Affairs. Challenge of Chronicity in the Basque Country. 2010;(July).
 48. Polanco NT, Zabalegui IB, Irazusta IP, Solinís RN, Cámara MDR. Building integrated care systems: a case study of Bidasoa Integrated Health Organisation Nuria. Int J Integr Care. 2015;15(June):1–13.
 49. García-Goñi M, Hernández-Quevedo C, Nuño-Solinís R, Paolucci F. Pathways towards chronic care-focused healthcare systems: Evidence from Spain. Health Policy (New York). 2012 Dec 1;108(2–3):236–45.
 50. Hernando-Saratxaga G, Izagirre-Olaizola J, Aguirre-García MS. Integration of health care in Euskadi: qualitative research and diagnosis of the implementation process of Osakidetza-Basque Health System. Cuad Gest. 2021;21(1):62–73.
 51. Mateo-Abad M, González N, Fullaondo A, Merino M, Azkargorta L, Giné A, et al. Impact of the CareWell integrated care model for older patients with multimorbidity: A quasi-experimental controlled study in the Basque Country. BMC Health Serv Res. 2020;20(1):1–13.
 52. Nuño-Solinís R, Fernández-Cano P, Mira-Solves JJ, Toro-Polanco N, Carlos Contel J, Guilabert Mora M, et al. Desarrollo de IEMAC, un Instrumento para la Evaluación de Modelos de Atención ante la Cronicidad. Gac Sanit. 2013;27(2):128–34.
 53. Cordero JM, Nuño-Solinís R, Orueta JF, Polo C, del Río-Cámara M, Alonso-Morán E. Evaluación de la eficiencia técnica de la atención primaria pública en el País Vasco, 2010-2013. Gac Sanit. 2016;30(2):104–9.
 54. Australian Government, Department of Health and Aged Care. The Australian health system [Internet]. 2019. Available from: <https://www.health.gov.au/about-us/the-australian-health-system>
 55. Biggs A, Cook L. Health in Australia: a quick guide. 2018.

56. NSW Government. Strategic Framework for Integrating Care. 2018;
57. Cheung NW, Crampton M, Nesire V, Hng TM, Chow CK. Model for integrated care for chronic disease in the Australian context: Western Sydney Integrated Care Program. *Aust Heal Rev.* 2019;43(5):565–71.
58. Sullivan-Taylor P, Suter E, Laxton S, Oelke ND, Park E. Integrated People-Centred Care in Canada – Policies, Standards, and Implementation Tools to Improve Outcomes. *Int J Integr Care.* 2022;22(1):1–13.
59. Health Standards Organization. Integrated People-Centred Health Systems (IPCHS) Standard [Internet]. 2021 [cited 2023 Dec 29]. Available from: <https://healthstandards.org/integratedcare/>
60. Vedel I, Monette M, Beland F, Monette J, Bergman H. Ten years of integrated care: backwards and forwards. The case of the province of Québec, Canada. *Int J Integr Care.* 2011;11(5):1–11.
61. Gouvernement du Québec. Système de santé et de services sociaux en bref. 2023.
62. Wankah P, Guillette M, Dumas S, Couturier Y, Gagnon D, Belzile L, et al. Reorganising health and social care in Québec: a journey towards integrating care through mergers. *London J Prim Care (Abingdon)* [Internet]. 2018;10(3):48–53. Available from: <https://doi.org/10.1080/17571472.2018.1453957>
63. Gouvernement du Québec. Budget 2018-2019. The Québec economic plan : budget papers. 2018.
64. Laberge M, Brundisini FK, Champagne M, Daniel I. Hospital funding reforms in Canada: a narrative review of Ontario and Quebec strategies. *Heal Res Policy Syst* [Internet]. 2022;20(1):1–17. Available from: <https://doi.org/10.1186/s12961-022-00879-2>
65. Hébert G, Sully J-L, Nguyen M. L'allocation des ressources pour la santé et les services sociaux au Québec : État de la situation et propositions alternatives. 2017;80.
66. Zidarov D, Sicotte C, Menon A, Hallé M-C, Poissant L. Factors influencing use of a performance measurement system in a rehabilitation hospital. *J Hosp Adm.* 2016;5(5):79.

67. Kelly L, Harlock J, Peters M, Fitzpatrick R, Crocker H. Measures for the integration of health and social care services for long-term health conditions : a systematic review of reviews. 2020;1–11.
68. Solinís RN, Stein KV. Measuring Integrated Care – The Quest for Disentangling a Gordian Knot. *Int J Integr Care*. 2016;16(3):1–3.
69. Billings J, de Bruin SR, Baan C, Nijpels G. Advancing integrated care evaluation in shifting contexts: blending implementation research with case study design in project SUSTAIN. *BMC Health Serv Res*. 2020;20(1):1–11.
70. Donabedian A. The Quality of Care: How Can It Be Assessed? *JAMA* [Internet]. 1988 Sep 23;260(12):1743–8. Available from: <https://doi.org/10.1001/jama.1988.03410120089033>
71. Kumpunen S, Edwards N, Georghiou T, Hughes G. Why do evaluations of integrated care not produce the results we expect? *Int J Care Coord* [Internet]. 2020;23(1):9–13. Available from: <https://doi.org/10.1177/2053434520909089>
72. Keeble E. Not made to be measured: why evaluating integrated care initiatives is so difficult. Nuffield Trust; 2019.
73. Atkinson S, Ingham J, Cheshire M, Went S. Defining quality and quality improvement. Vol. 10, *Clinical medicine* (London, England). England; 2010. p. 537–9.
74. Donabedian A. Evaluating the quality of medical care. 1966. *Milbank Q*. 2005;83(4):691–729.
75. Liljas AEM, Brattström F, Burström B, Schön P, Agerholm J. Impact of Integrated Care on Patient-Related Outcomes Among Older People - A Systematic Review. *Int J Integr Care*. 2019 Jul;19(3):6.
76. Lyngsø AM, Godtfredsen NS, Høst D, Frølich A. Instruments to assess integrated care: a systematic review. *Int J Integr Care*. 2014 Jul;14:e027.
77. Baltaxe E, Cano I, Herranz C, Barberan-Garcia A, Hernandez C, Alonso A, et al. Evaluation of integrated care services in Catalonia: Population-based and service-based real-life deployment protocols. *BMC Health Serv Res*. 2019;19(1):1–11.
78. Suter E, Hyman M, Oelke N. Measuring key integration outcomes: a case study of a large urban health center. *Health Care Manage Rev*. 2007;32(3):226–35.

79. Lawn S, Lloyd A, King A, Sweet L, Gum L. Integration of primary health services: being put together does not mean they will work together. *BMC Res Notes* [Internet]. 2014;7(1):66. Available from: <https://doi.org/10.1186/1756-0500-7-66>
80. Billings J, de Bruin SR, Baan C, Nijpels G. Advancing integrated care evaluation in shifting contexts: blending implementation research with case study design in project SUSTAIN. *BMC Health Serv Res* [Internet]. 2020;20(1):971. Available from: <https://doi.org/10.1186/s12913-020-05775-5>
81. Goderis G, Colman E, Irusta LA, Van Hecke A, Pétré B, Devroey D, et al. Evaluating Large-Scale Integrated Care Projects: The Development of a Protocol for a Mixed Methods Realist Evaluation Study in Belgium. *Int J Integr Care*. 2020 Sep;20(3):12.
82. Ye C, Browne G, Grdisa VS, Beyene J, Thabane L. Measuring the degree of integration for an integrated service network. *Int J Integr Care*. 2012;12:e137.
83. Wodchis W, Gray CS, Shaw J, Kuluski K, Embuldeniya G, Baker GR, et al. Evaluating Integrated Care. In: Kaehne A, Nies H, editors. *How to Deliver Integrated Care* [Internet]. Emerald Publishing Limited; 2021. p. 161–82. Available from: <https://doi.org/10.1108/978-1-83867-527-120211016>
84. Wankah P, Gordon D, Shahid S, Chandra S, Abejirinde I-O, Yoon R, et al. Equity Promoting Integrated Care: Definition and Future Development. *Int J Integr Care*. 2023;23(4):6.
85. Armitage GD, Suter E, Oelke ND, Adair CE. Health systems integration: state of the evidence. *Int J Integr Care*. 2009 Jun;9:e82.
86. Strandberg-Larsen M, Krasnik A. Measurement of integrated healthcare delivery: a systematic review of methods and future research directions. *Int J Integr Care*. 2009;9:e01.
87. McGreevey C, Nadzam D, Corbin L. The Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations' Indicator Measurement System. *Health care outcomes database. Comput Nurs*. 1997;15(2 Suppl):S87-94.
88. Mattke S, Epstein AM, Leatherman S. The OECD Health Care Quality Indicators Project: history and background. *Int J Qual Heal Care* [Internet]. 2006;18(suppl_1):1–4. Available from: <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzl019>
89. Kelley E, Hurst J. Health care quality indicators project: Conceptual framework

paper. Oecd Heal Work Pap. 2006;(23):1–37.