

Plano Nacional de Saúde 2012-2016

Roteiro de Intervenção em Articulação e Continuidade de Cuidados

(Setembro de 2014)



**Plano Nacional de Saúde
2012-2016**

Plano Nacional de Saúde 2012-2016

Roteiro de Intervenção em Articulação e Continuidade de Cuidados

Manuel Caldas de Almeida

Setembro 2014

Documento de trabalho

ÍNDICE

1. INTRODUÇÃO	4
2. ARTICULAÇÃO E CONTINUIDADE NO ACTUAL CONTEXTO.....	5
3. NOVAS NECESSIDADES; FRAGILIDADE GERIÁTRICA; D CRÓNICA; PERFIL DE CONSUMO; NOVAS CULTURAS; INFORMAÇÃO	7
4. DOENÇA CRÓNICA E NECESSIDADES GERIÁTRICAS.....	8
5. PROPOSTAS	10
6. MEDIDAS PROPOSTAS	10
7. ORGANIZAÇÃO ESPECÍFICA PARA A ARTICULAÇÃO E CONTINUIDADE NA D CRÓNICA E NA F GERIÁTRICA.....	11
8. MÉTODO.....	12
9. SISTEMA DE INFORMAÇÃO	14
10. <i>TABLEAU DE BORD</i>	14
11. SISTEMA DE GESTÃO DA ARTICULAÇÃO E CONTINUIDADE	15
BIBLIOGRAFIA.....	17

1. INTRODUÇÃO

O presente documento deve ser encarado como um documento de trabalho, tentado obter consistência nos trabalhos recentes sobre o tema da Integração de cuidados e mais concretamente sobre os temas em causa neste documento a articulação e a continuidade de cuidados.

Pretende-se partindo da reflexão e análise, e das conclusões e propostas já existentes sobre a questão contribuir para a seleção e implementação daquilo que critica e efetivamente represente resposta, oportuna e eficaz.

Propomos priorizar as intervenções inovadoras já em curso, ou selecionar nas propostas de trabalho apresentadas, as que, numa lógica de otimização viabilidade e oportunidade sejam assumidamente realizáveis no atual contexto económico e financeiro e com impacto real, mensurável na eficiência e na qualidade dos cuidados.

Concretamente analisados os trabalhos sobre o tema integração, articulação e continuidade de cuidados, consideradas as razões da urgente necessidade de alterar o padrão de respostas face às evidentes mudanças nas necessidades e comportamentos, optámos por apresentar da reflexão existente sobre o tema a nossa proposta: em primeiro lugar de enquadramento das experiências em curso de integração organizacional, nas propostas selecionadas de intervenções promotoras de articulação e continuidade de cuidados, em segundo lugar selecionar nas recomendações as que nos parecem em curso ou realizáveis com impacto. Em terceiro lugar uma proposta de intervenções que nos parecem as de maior impacto

Estudamos os textos referenciados e os trabalhos junto, mas elegemos dois trabalhos e um resumo de conclusões de vários grupos de trabalho que pela sua dimensão e profundidade representam um enquadramento de referência no contexto Nacional nos últimos anos:

1 Relatório do Grupo de Trabalho criado para a definição de proposta de metodologia de integração dos níveis de cuidados de saúde para Portugal Continental

- Trabalho realizado no âmbito do Despacho nº 9567/2013, de Sua Excelência o Secretário de Estado Adjunto do Ministro da Saúde, de 10 de julho, publicado no Diário da República, 2ª série, nº 139, de 22 de Julho de 2013 -

- Fevereiro

Aqui designado por GdT

2 “Integração e Continuidade de Cuidados ”

Autores:

Ana Dias (doutoranda da Universidade de Aveiro e Assistente do Departamento de Economia e Gestão e Engenharia Industrial da Universidade de Aveiro)

Alexandra Queirós (Professora Coordenadora da Escola Superior de Saúde da Universidade de Aveiro)

Aqui designado por ICC

3 Propostas de grupos de trabalho vários

Portugal enfrenta hoje o desafio de corresponder às necessidades em saúde num contexto financeiro complexo acrescido de novas realidades e necessidades (2 ICC)

A maior pressão no controlo nos custos de saúde e apoio social, aliada a novos padrões de procura resultantes de necessidades com dimensões e características diferentes do tradicional e exigindo capacidades diferentes das organizações e respostas, obriga a uma procura de eficiência global, otimização da articulação entre níveis e alocação técnica científica de capacidades.

2. ARTICULAÇÃO E CONTINUIDADE NO ACTUAL CONTEXTO

A nossa proposta é assim de relevar dos trabalhos existentes realizados em Portugal nos últimos anos sobre o tema articulação e continuidade de cuidados, tentar obter as sinergias e as prioridades, integrá-las no contexto socioeconómico atual e assim propor uma súpula de ações consensuais nestes trabalhos e propor métodos de implementação realizáveis e produtoras de resultados.

As experiências em curso a Nível Nacional e o histórico Internacional de integração de cuidados com grande desenvolvimento na década passada mereceram extensos e variados trabalhos de investigação sobre o tema conducentes a um raciocínio enquadrador.

Assumido o objetivo de promoção de articulação e continuidade de cuidados consideramos as experiências de integração como um enquadramento no qual as estratégias selecionadas possam ser recebidas num ambiente facilitador, nesta lógica faz sentido a análise do GdT (1) sobre os graus de interação entre organizações (ou entre níveis de cuidados)

Experiências internacionais e Nacionais de gestão conjunta de base territorial ou populacional e inclusive de domínio financeiro com diferentes opções de fonte e financiamento e até de gestão e alocação do risco do pagador ao prestador são ainda iniciais e de difícil análise e conclusão validada, e para além disso com impacto não mensurável no contexto deste trabalho.

A articulação e continuidade entendem-se aqui como instrumentos de ligação e de procura de eficiência de um sistema que contém sempre vários níveis, embora sejam de prever novos desenvolvimentos de gestão conjunta não deixarão de ser organizados dentro desta em níveis de cuidados, alargado cada vez mais a níveis de cuidados tradicionalmente externos á saúde pela interdisciplinaridade crescente das realidades relacionadas com a doença e o envelhecimento

As soluções propostas são assim sempre na constatação de SNS organizado por níveis de cuidados, acrescida da crescente ligação entre necessidades de saúde e cuidados de suporte social, com necessidade crescente também aí de articulação eficiente ou até organização local inovadora.

Assim aos três níveis de prestação de cuidados de saúde há que acrescentar a necessidade crescente de articulação com as áreas sociais e comunitárias.

Tradicionalmente tem – se verificado um afastamento organizativo e operacional entre os vários níveis, resistente aos múltiplos e contínuos esforços de melhoria de articulação, para além das dificuldades de comunicação e de planeamento conjunto.

Temos também e realisticamente de reconhecer a existência de territórios de conflitos e até de espaços de grupo.

Os níveis de cuidados e o desenvolvimento histórico de culturas institucionais, profissionais, de grupo, e de nível acabaram por desenvolver espaços territoriais geradores de sincronismos internos e antagonismos externos que agravam a já natural dificuldade de articulação e de continuidade.

É assim expectável que as tentativas de otimização e facilitação e a procura de eficiência esbarrem com barragens e defesas, muitas vezes inconsciente, de territórios, interesses grupais e motivações culturais.

A ultrapassagem destas reações naturais implica assim além de estratégias de articulação, metodologias de continuidade de cuidados, avaliação de resultados comuns e intervenção profissional na montagem do método.

É necessário definir claramente os níveis de cuidados com missão reconhecida e eficácia intrínseca, contratualizada e avaliada, e Também reconhecer e avaliar as estratégias de continuidade ou articulação, independente da lógica local de financiamento hierarquia ou organização administrativa.

A articulação visa a eficiência global e a prestação de cuidados com um desenho menos orientado pela oferta e mais focado nas necessidades efetivas dos utentes, defendendo-se que, para além dos ganhos em saúde, a integração de cuidados pode melhorar o acesso, elevar os níveis de serviço na prestação e possibilitar a obtenção de ganhos de eficiência.

Esta procura histórica de obter melhor articulação de cuidados pela procura de eficiência é assim agora mais premente pelas condições financeiras do sistema.

Mais grave do que isso no entanto é o reconhecimento de que a drástica alteração do padrão de consumo e do consumidor obriga a uma seleção eficaz de mecanismos de articulação e continuidade sob pena de uma total inadequação das respostas.²

3. NOVAS NECESSIDADES; FRAGILIDADE GERIÁTRICA; D CRÓNICA; PERFIL DE CONSUMO; NOVAS CULTURAS; INFORMAÇÃO

A evolução e as mudanças nas características culturais e demográficas da população por todos reconhecida têm clara implicação nas necessidades e na utilização dos serviços.

Assistimos à passagem da utilização episódica, pontual, com porta de entrada pela urgência ou diretamente à especialidade, desagregada de um gestão clínica ou das necessidade, sem recurso a outros cuidados no episódio e sem continuidade no tempo, para uma utilização continuada, com uma doença crónica ou um processo de envelhecimento, obedecendo a uma lógica de progressão e continuidade, e em que a desagregação dos serviços prestados se revela totalmente inoperante, cara, geradora de desperdícios e certamente sem critérios validos de prioridade.

Aliado a um perfil totalmente diferente do utilizador, cada vez mais dirigido á sua própria gestão dos recursos e dos acessos procurando e tendo acesso a informação diversificada.

As alterações de características da população, o acesso á informação, o envelhecimento a D crónica mudaram claramente as necessidades mas também as exigências e até a capacidade de escolher e optar da população.

Para além das alterações originadas por uma população que é proporcionalmente mais velha, e mais velha durante mais tempo, temos uma sociedade mais exigente, mais conhecedora e com mais acesso á informação, e maior (preocupação) adesão a hábitos de vida saudáveis mas também com necessidade de maior rapidez na resolução dos seus problemas, com crescente limitação na disponibilidade de recurso financeiro mas também na disponibilidade de tempo para resolução episódica ou intervenção não considerada prioritária.

Podemos assim considerar a doença crónica e a fragilidade geriátrica as situações que preenchem maioritariamente os critérios para assegurar a continuidade de cuidados podendo estabelecer-se critérios de acompanhamento de doentes na perspetiva da continuidade.

Na realidade podemos construir dois universos com necessidades e organização diferentes:

A doença crónica e a fragilidade geriátrica representantes do novo paradigma e exigentes de nova organização, garante de uma continuidade lógica assegurada horizontalmente, mas principalmente com estratégias viáveis, simples e concretizáveis no contexto atual, e com os recursos existentes, de articulação vertical eficaz.

A utilização tradicional, de episódio de doença ou resultante de agudizações melhorada por adaptações aos novos perfis de utilização e de utilizadores

4. DOENÇA CRÓNICA E NECESSIDADES GERIÁTRICAS

Doença crónica

As alterações no padrão da doença com a passagem para necessidades maioritariamente oriundas de doenças crónicas e nestas com um período de sobrevivência crescente implicam a passagem também da intervenção diagnóstica e curativa para uma intervenção planeada coerente ao longo do tempo que possa prevenir e depois acompanhar as complicações específicas e as agudizações e responder a questões que ultrapassam a referida intervenção tradicional e requerem interdisciplinaridade pelas implicações em vários domínios das consequências da doença.

É assim neste grupo que melhorias na articulação e continuidade de cuidados se vão revelar mais necessárias, mas também com maior impacto e contribuir claramente para a adaptação do sistema.

Propomos para a seleção de doentes com doença crónica a adoção dos critérios apresentados por GdT (1) e literatura internacional e acrescentados de listagem a elaborar por grupo de consenso DGS / OM

Critérios de GdT: Número de co-morbilidades; Consumo de recursos; Utilizadores frequentes do serviço de urgência; Readmissões hospitalares frequentes; Demora média dos internamentos hospitalares;

Necessidades complexas após a alta, nível de independência funcional e severidade da doença;

Condições sociais complexas (por exemplo, pessoas que vivam sozinhas e sem suporte familiar ou social); Comportamento colaborante do doente;

NECESSIDADES GERIÁTRICAS

Uma população mais velha, significa não só maior número de velhos, mas também que quer o envelhecimento quer as doenças que são agora englobadas no conceito de doença crónica, viram o seu horizonte temporal extraordinariamente alargados.

Vive-se agora englobado no conceito de idoso ou de doença crónica durante tanto tempo que se foram construindo várias fases nestas vivências:

Fase inicial em que se é considerado “velho” ou se sabe que se tem D Crónica mas em que a qualidade de vida global não é afetada.

Fase intermédia em que sintomas de doença ou sinais de envelhecimento implicam com a performance e funcionalidade mas permitindo ainda uma vida social, psicológica de interação e até por vezes laboral.

Fase avançada já com sinais claros e interferência major funcional na sociabilização e interação e até na qualidade básica de vida.

Fase final com necessidades de acompanhamento em fim de vida.

A estas fases deveríamos oferecer globalmente uma estrutura de resposta organizada em pilares operacionais:

Pilar 1- Prevenção, envelhecimento

Pilar 2 – intervenção em episódios de agudização e intervenção clínica nas agudizações

Pilar 3- prevenção terciária, reabilitação e manutenção

Paliativos – Manutenção e conforto NEC Pal.

Se prevê uma crescente necessidade de resposta nos primeiros pilares para as necessidades não só de qualidade de vida mas também de vida social e financeiramente ativa. Também nos pilares 3 e 4 a expectativa de resposta de saúde e do setor social é crescente juntando-se agora á complexidade de elaboração técnica adequada (ver casos das demências em Portugal) o enorme desafio de responder a crescentes necessidades em complexidade e volume com limitados recursos sociais comunitários das famílias e do individuo.

Estas alterações na procura com menos tempo e disponibilidade financeira ao longo da vida, mais tempo de vida como idosos ou com D crónica, maior número de anos nos vários enquadramentos, quer de velhice, quer de D crónica com diferentes necessidades, reforçam a necessidade de eficiência e não só eficácia, à procura de eficiência alia-se a competência técnica e científica e não apenas financeira de alocar prioridades.

Constatando – se esta alteração profunda na procura nas necessidades e nas capacidades de resposta elenca-se a necessidade de alterações significativas na organização e na disponibilização dos cuidados/ recursos.

Claramente o modo como até aqui se procuraram processos de melhoria de integração ou de articulação e continuidade de cuidados não iria corresponder a esta crescente necessidade de fazer com menos recursos eliminar desperdícios e repetições, não atingir objectivos individuais ou globais por se repetirem objectivos parciais ou fragmentados.

A integração de cuidados, a articulação de vários níveis de cuidados e / ou a procura de continuidade de cuidados, tem sido desenvolvida numa lógica de procura de eficiência global do sistema, a que se tem de acrescentar a lógica de inovação, no sentido de corresponder às novas necessidades elencadas e principalmente na lógica de um plano com coerência entre as varias disciplinas, em cada momento adaptado as realidades presentes, e com uma lógica de continuidade articulando as respostas ao longo do tempo.

Integração local – articulação níveis de cuidados de saúde e respostas sociais e da comunidade

A interdisciplinaridade dos problemas na D Crónica e em geriatria, O crescente grau de literacia em saúde, a procura mais exigente, a espectacular personalização em massa de informação de saúde (OPSS, 2009) a participação de diferentes estruturas locais não necessariamente oriundas do setor da saúde, o papel das associações de doentes, voluntários, de plataformas de troca de conhecimento

aconselhamento e partilha de recursos, o surgimento de modelos de negócio inovadores que tiram partido da tecnologia nomeadamente as Tecnologias de Informação e Comunicação Incorporando critérios de custo-efectividade na abordagem à doença (R. Santana & Costa, 2008). Implicam genericamente mas especificamente nos casos de doença crónica e fragilidade geriátrica o estender os conceitos de articulação e continuidade a um conceito de base local alargada

5. PROPOSTAS

Propostas seleccionadas

Dos trabalhos e relatórios revistos, seleccionamos as propostas que nos parecem cumprir os quesitos enunciados de aplicabilidade eficaz no contexto atual, que apresentamos em três anexos: de Gdt de ICC, Vários.

Estas são medidas que seguramente resultarão, algumas estão em curso, implicam um esforço de todo o sistema e considerável esforço financeiro e de recursos humanos, têm como apresentado pelos autores significativo retorno pelos ganhos espectáveis.

Sentimos no entanto a necessidade de sinteticamente conseguir propor as medidas que no atual contexto e considerada a enorme necessidade de ganhos e saúde e em eficiência nesta área pode ser aplicadas sem criação de novas estruturas ou categorias profissionais, enquadrando os atuais recursos na nova lógica proposta.

A grande ambição será aqui o objetivo de pragmaticamente e com realismo, conseguir as alterações focais, que nos parecem da análise feita, poderem com o menor esforço produzir o maior efeito

6. MEDIDAS PROPOSTAS

- 1 Organização específica para a articulação e continuidade na D Crónica e na F Geriátrica
- 2 Método
- 3 Processo clínico eletrónico Sistema de informação
- 4 Tableau de Bord específico por níveis e por resultados comuns
- 5 Sistema de gestão da articulação e continuidade de cuidados
- 6 Telemedicina
- 7 Conceito de base local alargada

7. ORGANIZAÇÃO ESPECÍFICA PARA A ARTICULAÇÃO E CONTINUIDADE NA D CRÓNICA E NA F GERIÁTRICA

Se a utilização tradicional dos serviços revela como já discutido novos perfis de utilizador e de utilização, a doença crónica e o envelhecimento necessitam de uma lógica de continuidade não compatível com serviços desagregados e não articulados.

É nestes que mais se sentirá efeito de uma estratégia funcionante nestes domínios, assim a proposta é a de aplicação prioritária das medidas selecionadas a este grupo permitindo a instalação generalizada em fases sequenciais:

Aceite como interessante a seleção dos utentes com DC e FG para inclusão na estratégia prioritária de articulação e continuidade de cuidados, torna-se necessário definir os critérios de inclusão, os métodos de seguimento clínico e planeamento de cuidados, e a construção /consensualização de protocolos e *guidelines*.

1.1 Construir grupo de consenso DGS/OM- na continuidade do esforço iniciado pela DGS e O.M. a constituição de um grupo de consenso de colégios de especialidade de MGF e Med.Interna (M.I.) da O.M. e da DGS, (DGS/OM -MGF;MI) para estes fins:

1.1.1 Estabelecer Critérios de seleção de doença crónica e fragilidade geriátrica partindo dos elencados acima na seleção de GdT acrescentado dos criados por (DGS/OM -MGF;MI)

1.1.2 Criação de normas e protocolos de seguimento na DC e FG

2 Criar a figura de gestor clínico da doença atribuída no Hospital a Medicina Interna (MI) e no ambulatório a Medicina Geral e Familiar (MGF).

3 Alargar a competência das estruturas que no Hospital e ambulatório fazem gestão de casos na RNCCI (EGA e ECL respetivamente) ao doentes crónicos e com Frag. Geriátrica

No princípio de, com o menor esforço obter a partir dos recursos existentes a maior evolução, sugerimos a implementação em dois tempos, sendo o primeiro o de aplicação ao grupo selecionado com maior impacto esperado, mas também com claras necessidades de ganhos em saúde através de melhor articulação e continuidade.

8. MÉTODO

Parece-nos recomendável e inovador numa lógica de impacto mensurável e eficiente através da utilização exclusiva dos recursos existentes, a introdução de método comum de trabalho nos três níveis de cuidados para os doentes crónicos e geriátrico.

(2 ICC) Quando diferentes profissionais de saúde intervêm sobre o mesmo doente, na ausência de um único plano de cuidados, o risco de fragmentação na prestação de cuidados é grande, bem como o potencial de erros. A fragmentação de cuidados tem forte probabilidade de erros e duplicações, num seguimento desadequado do utente. Poderá, também, levar a uma maior utilização dos hospitais e dos serviços de urgência e, conseqüentemente a um aumento dos custos na prestação de cuidados (Coleman et al., 2002).

Verificamos que a além da articulação entre níveis de cuidados importa pelo exposto assegurar a articulação interna nos hospitais e o contínuo de cuidados numa lógica coerente. A função do médico de família na comunidade de centralização dos problemas clínicos desagrega-se no Hospital pela multiplicidade de canais de entrada, pelo acesso direto as várias especialidades e pelo papel de solução global dos serviços de urgência, que assim centralizam a entrada no Sistema mas desagregam a continuidade de cuidados.

2.1 Implementação do instrumento Plano individual de intervenção (PII) como agregador da avaliação e planeamento interdisciplinar na DC / FG. Mais do que a criação de novas estruturas ou até de novas profissões parece-nos mais realista no atual momento potenciar as competências das profissões de saúde existentes, fornecer-lhes meios organizacionais e estruturais para terem um PII coerente, horizontal dentro de cada nível, e um IT eficiente que ligue verticalmente os PII e construa critérios de referenciação/ métodos eficazes de transição entre os vários níveis.

Para que seja simples de funcionar e implementável terá de corresponder a métodos conhecidos pelos profissionais e que não entrem em conflito com as atuais competências profissionais antes as desenvolvam e desenvolvem a interdisciplinaridade sem despertarem reivindicações corporativas antes promovendo o desenvolvimento do potencial técnico científico natural de cada profissão.

2.2 Criação do Gestor clínico da DC/FG- Se o papel do MGF na gestão clínica na comunidade está estabelecido falta construir o seu equivalente no ambiente Hospitalar, o tradicional papel de agregador científico pode e deve ser estendido às novas respostas organizacionais de gestão de D. Cronica construir assim de facto o papel da Medicina interna como agregador centralizador da gestão clínica da DC/ FG no Hospital.

Propomos alargar organizacionalmente este novo papel da Medicina Interna e simultaneamente desenvolver nestas duas especialidades medica (MI e MGF) competências na área de planeamento de cuidados, gestão de doença crónica, articulação vertical. Ou seja a Gestão da doença e assim a coerência clínica: diagnósticos, MCD, *guidelines* / protocolos específicos e objetivos terapêuticos em dois eixos horizontais: Medicina geral e familiar nos CSP Med interna no C Hospitalares.

2.3 Consolidação das estruturas de gestão de caso, estão atuantes, nomeadas com formação específica e operacionais estruturas de gestão de caso quer no Hospital quer em ambulatório as ECL e EGAS da RNCCI, são constituídas por enfermeiros e serviço social treinados nesta área. Na realidade estas duas áreas profissionais Enfermagem e Serviço Social possuem em conjunto as capacidades de avaliação de necessidades e da alocação de respostas nas áreas de cuidados clínicos e sociais nesta crescente simbiose das necessidades bio psicossociais na D crónica e no envelhecimento.

O alargamento das suas funções ao grupo de DC /FG requer ampliação da capacidade mas não criação de novas profissões ou estruturas. Têm o mecanismo de articulação vertical funcionante. Utilizam já o PII.

(ICC) Propostas de definições utilizados em diferentes países da OCDE, a respeito da integração de cuidados (Hofmarcher, Oxley, & Rusticelli, 2007).

Na gestão da doença, geralmente focada em utentes com uma só doença crónica, o objetivo é, através de um processo contínuo e coordenado de prestação de cuidados, melhorar o estado de saúde de grupos específicos da população ao longo dos vários estádios de evolução da doença.

Na gestão de caso, há uma preocupação em coordenar os vários elementos que compõem o sistema de saúde, de forma a obter resultados concretos. Pressupõe a avaliação das múltiplas necessidades dos utentes no longo prazo e inclui recomendações para os cuidados a prestar, monitorização e seguimento dos utentes.

Critérios de referenciação, trata-se de definir, para situações concretas dos utentes, o que fazer, quem intervém, onde e quando.

Nesta proposta foram consultadas e adaptadas numa lógica de exequibilidade atual as recomendações 5.1.1. de (1)GdT e 9;10;12 de (2) ICC (anexos).

9. SISTEMA DE INFORMAÇÃO

Integração da dimensão informação - condição fundamental para o processo de integração vertical sem a qual não é possível garantir as restantes dimensões funcionais, particularmente a clínica e a financeira

A questão do processo clínico eletrónico partilhado não é já um problema técnico mas sim de organização.

(GdT IC) O carácter multiproduto do bem saúde e a complexidade inerente ao processo produtivo (por razões de oferta e procura de cuidados) potencia naturalmente a repetição de atos e procedimentos ao longo da cadeia de valor de sistemas de prestação não integrados.

Ainda assim, a maioria dos problemas que se colocam são de natureza administrativa e organizativa, não tecnológica (Gröne & Garcia, 2002). Será importante conseguir ganhos sociais com o investimento nas TIC, para garantir a partilha e a integração da informação (Hofmarcher et al., 2007).

3.1 Instalação de Processo clínico comum MGF / MI -é indiscutivelmente a peça fundamental para assegurar a articulação de cuidados

3.2 Admite-se como realizável em curto prazo a criação de uma plataforma de partilha de informação, estruturado num plano de intervenção do doente crónico ou com fragilidade geriátrica, e com níveis de acesso para dados de processo clínico e dados de gestão de cuidados.

Sugeríamos como ponto de partida uma folha clínica simples com Diagnósticos e MCDT atualizáveis com facilidade, modelo a construir pelo grupo de consenso DGS /OM – MGF;MI, e uma folha de problemas e planeamento de cuidados construída na base do modelo PII em consenso DGS O Enfermeiros. E os dois PII devem ser articulados também com um SI comum aqui com registos de necessidades de cuidados clínicos e sociais e indicadores de resultados comuns

10. TABLEAU DE BORD

O objetivo de melhorar a articulação e continuidade, as medidas implementadas e os esforços dos envolvidos no sentido de ganhos em saúde, tem de ser avaliado e medido, para num processo de MCQ garantir resultados e progressão

4.1 Proposta a construção de um *tableau de bord* com indicadores nesta área

Sugerimos concretamente a construção de um *Tableau de Bord* partilhado a nível local e com indicadores que reflitam o esforço mas também os resultados, estabelecidos por consenso e avaliação regular conjunta com reporte. Os indicadores devem ser selecionados a nível central, num TB sintético e de rápida avaliação a ser implementado e avaliado em conjunto pelos vários níveis em relatório comum

2 o TB deve ser público para disponibilização de mais e melhor informação aos utentes sobre o desempenho dos prestadores e os ganhos em saúde.

Ver apresentação e bibliografia em (2) GdT 5.2.1 e 5.2.2

(1) (ICC) Recomendação 8

11. SISTEMA DE GESTÃO DA ARTICULAÇÃO E CONTINUIDADE

Sistema de gestão de articulação

Formação

Avaliação de sucesso

Embora se tenham selecionado medidas que não impliquem criação de novas profissões ou alocação de novos recursos a sua implementação porque altera culturas estabelecidas e métodos tradicionais necessita de método de implementação.

5.1 Criação de um Sistema de gestão de articulação e continuidade de cuidados – criação de um núcleo central articulado com a DGS/OM – MI /MGF para cumprir objetivos estabelecidos de definições técnicas de DC e FR e regras de implantação Nacional. Participará também na construção do TB partilhado

5.2 Formação - Desenvolvimento das competências e de capacidade de atuação por gestão de caso, e gestão de doença crónica, se este método de trabalho já está genericamente reconhecido e funcionante globalmente nos CC e pontualmente implementado nos CSP, terá de se desenvolver organizacionalmente nos C.hospitalares. formação prioritária conjunta para médicos e MGF e MI e em enfermeiros a integrar equipas.

(GdT) 5.3.2. Formação específica em integração de cuidados de saúde Medida

(ICC) Recomendação 3

6 Telemedicina – a Telemedicina através de vídeo-conferências articula níveis assegura continuidade e pode ultrapassar barreiras territoriais (ver experiência do Alentejo) condições de instalação e obrigatoriedade para resultados:

Responsável nos dois níveis em cada unidade

Horário reconhecido em cada especialidade Hospitalar

Organização nos CSP clara e reconhecida

7 Conceito de base local alargada -Nos casos de doença crónica e fragilidade geriátrica estender os conceitos de articulação e continuidade a um conceito de base local alargada envolvendo os intervenientes da saúde, do social, da comunidade em geral.

As soluções sociais já têm genericamente a metodologia de trabalho de PII. Propomos a ligação por IT e principalmente uma estratégia que ultrapasse os constrangimentos dos dois ministérios e possa

Ter uma interdisciplinaridade de lógica local.

7.1 – Partilha de plataforma com informação dos utentes com DC ou FG entre a gestão de caso na saúde e a gestão de caso no grupo de intervenção social.

Documento de trabalho

BIBLIOGRAFIA

- 1 **Relatório do Grupo de Trabalho** criado para a definição de proposta de metodologia de integração dos níveis de cuidados de saúde para Portugal Continental
- Trabalho realizado no âmbito do Despacho nº 9567/2013, de Sua Excelência o Secretário de Estado Adjunto do Ministro da Saúde, de 10 de Julho, publicado no Diário da República, 2ª série, nº 139, de 22 de Julho de 2013 -
- Fevereiro
- 2 **“Integração e Continuidade de Cuidados”**
Autores:
Ana Dias (doutoranda da Universidade de Aveiro e Assistente do Departamento de Economia e Gestão e Engenharia Industrial da Universidade de Aveiro)
Alexandra Queirós (Professora Coordenadora da Escola Superior de Saúde da Universidade de Aveiro)
- 3 **Luis Pisco, Luis cunha Ribeiro.** *Integração de Cuidados Gestão Hospitalar* 2014 Julho
- 4 **Shortell, S e Kaluzny, A.** *Health care management organization design and behaviour.* [ed.] Thomson Delmar Learning. 5th Edition. 2006.
- 5 **Conrad, D e Dowling, W.** Vertical integration in health services: theory and managerial implications. *Health Care Management Review.* 1990, Vol. 15:4, pp. 9-22. 68
- 6 **Porter, M e Teisberg, E.** *Redefining health care creating value-based competition on results.* Boston : Harvard Business School Press, 2006.
- 7 **Shortell, S e et al.** Creating organized delivery systems: the barriers and facilitators. *Hospital and Health Services Administration.* 1993, Vol. 38:4, pp. 447-466.
- 8 **Reis, V.** Vamos reconstruir o arquipélago? *Revista Prémio.* 2005, Vol. 45.
- 9 **Brown, M e McCool, B.** Vertical integration: exploration of a popular strategic concept. *Health Care Management Review.* 1986, Vol. 11:4, pp. 7-19.
- 10 **Byrne, M e Ashton, C.** Incentives for vertical integration in healthcare: the effect of reimbursement systems. *Journal of Health Care Management.* 1999, Vol. 44:1, pp. 34-46.
- 11 **Leichsenring, K.** Developing integrated health and social care services for older persons in Europe. *International Journal of Integrated Care.* 2004, Vol. 4:3, pp. 1-15.
- 12 **Contrandiopoulos, A e et al.** The integration of health care: dimensions and implementation. [ed.] Université de Montreal. *Working Paper Group de Recherche Interdisciplinaire en Santé.* 2003.
- 13 **Grone, J e Garcia-Barbero, M.** Integrated care: a position paper of the WHO European Office for integrated health care services. *International Journal of Integrated Care.* 2001, Vol. 1:1, pp. 1-10.
- 14 **Kodner, D e Spreeuwenberg, C.** Integrated care: meaning, logic, applications and implications: a discussion paper. *International Journal of Integrated Care.* 2002, Vol. 2:14, pp. 1-16.
- 15 **Sobczak, A.** Oportunities for and constraints to integration of health services in Poland. *International Journal of Integrated Care.* 2002, Vol. 2:1, pp. 1-10.
- 16 **Silva, JMC.** O papel dos hospitais em cuidados de saúde primários. *Revista Portuguesa de Saúde Pública.* 1983, Vol. 1:2, pp. 5-10.
- 18 **Portugal.** Programa do XVII Governo Constitucional. 2005.
- 19 *Primary health care in Europe: problems and solutions.* in **Vuori, H.** Tokyo : s.n., 11-12 June 1983. 6th Annual Conference of the Japanese Society of Primary Health Care.
- 20 **Starfield, B.** *Primary care: balancing health needs, services and technology.* Oxford : Oxford University Press, 1998.
- 21 **Ramos, V.** Problemas éticos da distribuição de recursos para a saúde. *Cadernos de Bio-Ética.* 1994, Vol. 6, pp. 31-43.
- 22 **Evans, R.** *Incomplete vertical integration:*
- 23 **WONCA.** *Definição Europeia de Medicina Geral e familiar (Clínica Geral/Medicina Familiar).* Europa : WONCA, 2002.

- Delnoij, D, Klazinga, N e Velden, K.** Building integrated health system in Central and Eastern Europe: an analysis of WHO and World Bank views and their relevance for health systems in transition. *European Journal of Public Health*. 2003, Vol. 13:3, pp. 240-245.
24. **Ahgren, B.** Chain of care development in Sweden: results of a national study. *International Journal of Integrated Care*. 2003, Vol. 3:7, pp. 1-8.
- 25 **McKee, M e Nolte, E.** Caring for people with chronic conditions: a health system perspective. *The European Observatory on Health Systems and Policies*. [Online] 2008. [Citação: 21 de nov de 2012.] http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0006/96468/E91878.pdf.
- 26 **Kodner, D e Kyriacou, C.** Fully integrated care for frail elderly: two American models. *International Journal of Integrated Care*. nov de 2000, Vol. 1, pp. 1-19.
27. **Kodner, D.** All together now: a conceptual exploration of integrated care. *Alberta Health Services*. [Online] 2009. [Citação: 21 de nov de 2012.] <http://www.albertahealthservices.ca/Publications/ahs-pub-hc-quarterly.pdf>.
- 28 **Lifton, J.** Assessing options for developing the continuum of care. *Healthcare Financial Management*. 1996, Vol. 50:10, pp. 38-40.
- 29 **Stille, C e et al.** Coordinating care across diseases and clinicians: a key role for the generalist in practice. *Annals of Intern Medicine*. 2005, Vol. 142:8, pp. 700-708.
- 30 **Rosen, A e et al.** Identifying future high-healthcare users. *Disease Management and Health Outcomes*. 2011, Vol. 13:2, pp. 117-127.
31. **Leatt, P, Pink, G e Guerriere, M.** Towards a Canadian model of integrated healthcare. *Healthc Pap*. Spring de 2000, Vol. 1:2, pp. 13-35.
- Powell, S.** *Advance case management: outcomes and beyond*. s.l. : Lippincott Williams & Wilkins, 2000.
32. **Harvey, N e DePue, D.** Disease management: a continuum. *Healthcare Financial Management*. 1997, Vol. 51:6, pp. 35-37.
- Harold, L, Field, T e Gurwitz, J.** Knowledge patterns of care, and outcomes of care for generalists and specialists. *Journal of General Internal Medicine*. 1999, Vol. 14:8, pp. 499-511.
33. **Jenkins, R.** Quality of general practitioner referrals to outpatient departments: assessment by specialists and a general practitioner. *The British Journal of General Practice*. 1993, Vol. 34:368, pp. 111-113.
35. **Shortell, S e et al.** Integrating health care delivery
- 36 **Piro, L e Doctor, J.** *Managed oncology care: the disease management model*. Illinois : American Cancer Society. National Conference on Purchasing Services: Current methods and models in the marketplace, 1997.
- 37 **Devers, K e Berenson, R.** Can accountable care organizations improve the value of health care by solving the cost and Quality Quandaries? [Online] 2009. [Citação: 20 de 02 de 2014.] <http://www.urban.org/publications/411975.html>.
38. **McWilliams, J.** Accountable care organizations: a challenging opportunity for primary care to demonstrate its value. [Online] 2013. [Citação: 01 de 02 de 2014.] <http://link.springer.com/article/10.1007%2Fs11606-013-2713-9>.
- 39 **Nedel, F e et al.** Conceptual and methodological aspects in the study of hospitalizations for ambulatory care sensitive conditions. *Ciência Saúde*. 2011, Vol. 16:supl 1, pp. 1145-54.
40. **Nolan, T e Bisognano, M.** Finding the balance between quality and cost. *Healthcare Financial Management*. 2006, Vol. 60:4, pp. 66-72.
41. **Porter, M e Teisberg, E.** *Redefining health care creating value-based competition on results*. Boston : Harvard Business School Press, 2006.
42. **Ibrahim, M e et al.** Population-based health principles in medical and public health practice. *Journal of Public Management Practice*. May de 2001, Vol. 7:3, pp. 75-81.
43. **Khoury, M e et al.** A population approach to precision medicine. *American Journal of Preventive Medicine*. June de 2012, Vol. 42:6, pp. 693-45.
44. **Leape, L.** Error in medicine. *JAMA*. 1994, Vol. 272:23, pp. 1851-1857.
45. **Little, J e Hawken, S.** On track? Using the human genome epidemiology roadmap. *Public Health Genomics*. 2010, Vol. 13, pp. 256-66.
46. **Shortell, S e et al.** Creating organized delivery systems: the barriers and facilitators. *Hospital and Health Services Administration*. 1993, Vol. 38:4, pp. 447-466.
47. **Reis, V.** Vamos reconstruir o arquipélago? *Revista Prémio*. 2005, Vol. 45.

48. **Devers, K e et al.** Implementing organized delivery systems: an integration scorecard. *Health Care Management Review*. 1994, Vol. 19:3, pp. 7-20
49. **Brown, M e McCool, B.** Vertical integration: exploration of a popular strategic concept. *Health Care Management Review*. 1986, Vol. 11:4, pp. 7-19.
50. **Byrne, M e Ashton, C.** Incentives for vertical integration in healthcare: the effect of reimbursement systems. *Journal of Health Care Management*. 1999, Vol. 44:1, pp. 34-46.
51. **Leichsenring, K.** Developing integrated health and social care services for older persons in Europe. *International Journal of Integrated Care*. 2004, Vol. 4:3, pp. 1-15.
52. **Conrandiopoulou, A e et al.** The integration of health care: dimensions and implementation. [ed.] Université de Montreal. *Working Paper Group de Recherche Interdisciplinaire en Santé*. 2003.
53. **Grone, J e Garcia-Barbero, M.** Integrated care: a position paper of the WHO European Office for integrated health care services. *International Journal of Integrated Care*. 2001, Vol. 1:1, pp. 1-10.
54. **Kodner, D e Spreeuwenberg, C.** Integrated care: meaning, logic, applications and implications: a discussion paper. *International Journal of Integrated Care*. 2002, Vol. 2:14, pp. 1-16.
55. **Sobczak, A.** Oportunities for and constraints to integration of health services in Poland. *International Journal of Integrated Care*. 2002, Vol. 2:1, pp. 1-10.
56. **Silva, JMC.** O papel dos hospitais em cuidados de saúde primários. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*. 1983, Vol. 1:2, pp. 5-10.
57. **Portugal.** Programa do XVII Governo Constitucional. 2005.
58. *Primary health care in Europe: problems and solutions.* in **Vuori, H.** Tokyo : s.n., 11-12 June 1983. 6th Annual Conference of the Japanese Society of Primary Health Care.
59. **Starfield, B.** *Primary care: balancing health needs, services and technology.* Oxford : Oxford University Press, 1998.
60. Lei de Bases da Saúde. Lei 48/90 de 24 de agosto. DR. 69
- 61 **Comissão Europeia.** Europa 2020: estratégias para um crescimento inteligente, sustentável e inclusivo. *Comissão Europeia*. [Online] [Citação: 10 de 02 de 20147.] http://ec.europa.eu/europe2020/europe-2020-in-a-nutshell/flagship-initiatives/index_pt.htm.
62. **Ramos, V.** Problemas éticos da distribuição de recursos para a saúde. *Cadernos de Bio-Ética*. 1994, Vol. 6, pp. 31-43.
63. **Evans, R.** *Incomplete vertical integration: the distinctive structure of the healthcare industry.* s.l. : Health, Economics and Health Economics North Holland Publishing Company, 1981. pp. 329-354.
64. **Samuelson, P e Nordhaus, W.** *Economia*. 12ª. New York : McGraw-Hill, 1988.
65. **Clement, J.** Vertical integration and diversification of acute care hospitals: conceptual definitions. *Hospital and Health Services Administration*. 1988, Vol. 33:1, pp. 99-110.
66. **Matias, A.** *O mercado de cuidados de saúde. Documento de trabalho 5/95.* Lisboa : s.n., 1995.
67. **Costa, C.** Os consumidores e as organizações de saúde: participação ou satisfação? *Que sistema de saúde para o futuro da organização dos hospitais na sua relação com a sociedade.* s.l. : Liga dos Amigos do Hospital Geral de Santo antónio, 1996.
68. **WONCA.** *Definição Europeia de Medicina Geral e familiar (Clínica Geral/Medicina Familiar).* Europa : WONCA, 2002.
69. **Delnoij, D, Klazinga, N e Velden, K.** Building integrated health system in Central and Eastern Europe: an analysis of WHO and World Bank views and their relevance for health systems in transition. *European Journal of Public Health*. 2003, Vol. 13:3, pp. 240-245.
70. **Ahgren, B.** Chain of care development in Sweden: results of a national study. *International Journal of Integrated Care*. 2003, Vol. 3:7, pp. 1-8.
71. **Reis, V e Costa, C.** O hospital: um sistema aberto. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*. 1985, Vol. 3:1, pp. 11-18.
72. **Institute of Medicine.** *Crossing the quality chasm. A New Health System for the 21st Century* . Washington DC : s.n., 2001.
73. **Koogan Larousse Seleções.** *Dicionário Enciclopédico.* [ed.] Brasil. Rio de Janeiro : Larousse, 1978. Vol. 1.
74. **Armitage, G e et al.** Health Systems Integration: state of evidence. *International Journal of Integrated Care*. june de 2009, Vol. 17:9, p. e82.

75. **Lloyd, J e Walt, S.** *Integrated care: a guide for policymakers*. London : Aliance for Health and the Future, 2005.
76. **McKee, M e Nolte, E.** Caring for people with chronic conditions: a health system perspective. *The European Observatory on Health Systems and Policies*. [Online] 2008. [Citação: 21 de nov de 2012.] http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/96468/E91878.pdf.
77. **Burns, L e Pauly, M.** Integrated delivery networks: a detiur on the road to integrated health care? *Health Affairs*. july-august de 2002, Vol. 21:4, pp. 128-43.
78. **Friedman, L e Goes, J.** Why integrated health networks have failed. *Front Health Serv Manage*. Summer de 2001, Vol. 17:4, pp. 3-28.
79. **Luke, R e Begun, J.** Permeating organizational boundaries: the challenge of integration in healthcare. *Frontiers of Health Services Management*. 1996, Vol. 13:1, pp. 46-49.
80. **Leggat, S e Leatt, P.** A framework for assessing the performance of integrated health delivery systems. *Health Care Mangement Forum*. 1997, Vol. 10:1. 70
43. **Lin, B e Want, T.** Analysis of integrated healthcare networks' performance: a contingency-strategic management perspective. *Journal of Medical Systems*. 1999, Vol. 23:6, pp. 467-485.
44. **Parker, V e et al.** Clinical service lines in integrated delivery systems: an initial framework and exploration. *Journal of Healthcare Management*. 2001, Vol. 46:4, pp. 261-275.
45. **Wan, T, Lin, B e Ma, A.** Integration mechanisms and hospital efficiency in integrated health care delivery systems. *Journal of Medical Systems*. 2002, Vol. 26:2, pp. 127-143.
46. **Coddington, D, Moore, K e Fischer, E.** Vertical integration: is the bloom off the rose? *Healthcare Forum Journal*. 1996, Vol. 39:5, pp. 42-47.
47. **Gillies, R e et al.** Conscptualizing and measuring integration: findings from the health systems integration study. *Hospital and Health Services Admsitration*. 1993, Vol. 38:4, pp. 467-489.
48. **Conrad, DA e Shortell, SM.** Integrated health systems: promise and performance. *Front Health Serv Mange*. Fall de 1996, Vol. 13 (1), pp. 3-40; discussion 57-8. Review.
49. **Fisher, E e et al.** Creating accountable care organizations. the extended hospital medical staff. *Health Affairs*. jan-feb de 2007, Vol. 26:1, pp. w44-57.
50. **Lawrence, P e Lorsh, J.** Differentiation and integration in complex organizations. *Administrative Science Quarterly*. jun de 1967, Vol. 12:1, pp. 1-47.
51. **Ovretveit, J.** *INtegrated care: models and issues. Briefing paper*. Gothenburg: The Nordic School of Public Health : s.n., 1998.
52. **Kodner, D e Kyriacou, C.** Fully integrated care for frail elderly: two American models. *International Journal of Integrated Care*. nov de 2000, Vol. 1, pp. 1-19.
53. **Kodner, D.** All together now: a conceptual exploration of integrated care. *Alberta Health Services*. [Online] 2009. [Citação: 21 de nov de 2012.] <http://www.albertahealthservices.ca/Publications/ahs-pub-hc-quarterly.pdf>.
54. **Conrad, D e Shortell, S.** Integrated health systems: promise and performance. *Frontiers of Health Services Management*. 1996a, Vol. 13:1, pp. 3-40.
55. **Freire, A.** *Estratégia Sucesso em Portugal*. s.l. : Editorial Verbo, 1998.
56. **Mick e et al.** Horizontal and vertical integration-diversification in rural hospitals: a national study of strategic activity, 1983-1988. *J Rural Health*. 1993 Spring; Vol. 9:2, pp. 99-119. Review.
57. **Lifton, J.** Assessing options for developing the continuum of care. *Healthcare Financial Management*. 1996, Vol. 50:10, pp. 38-40.
58. **Shortell, S, Morrison, E e Friedman, B.** *Key requirements for success in a changing health care environment in strategic choices for America's hospitals*. San Francisco : California Jossey-Bass, 1990.
59. **Devers, K e et al.** Implementing organized delivery systems: an integration scorecard. *Health Care Management Review*. 1994, Vol. 19:3, pp. 7-20.
60. **WHO.** Integrated health services - What and why? Technical brief. 2008, Vol. 1.
61. **Zimba, D.** *Vertical versus virtual integration*. 1998.
62. **Stahl, DA.** Integrated deivery system: an opportunity or a dilema. *Nursing Management*. 1995, Vol. 26:7, pp. 22-23.
63. **Stille, C e et al.** Coodrinating care across diseases and clinicians: a key role for the generalist in practice. *Annals of Intern Medicine*. 2005, Vol. 142:8, pp. 700-708. 71

64. **Zuckerman, H, Kaluzny, A e Ricketts, T.** Alliances in health care: what we know, what we think we know and what we should know. *Health Care Management Review*. 1995, Vol. 20:1, pp. 54-64.
65. **Rosen, A e et al.** Identifying future high-healthcare users. *Disease Management and Health Outcomes*. 2011, Vol. 13:2, pp. 117-127.
66. **Leatt, P, Pink, G e Guerriere, M.** Towards a Canadian model of integrated healthcare. *Healthc Pap*. Spring de 2000, Vol. 1:2, pp. 13-35.
67. **Charns, M e Tewksbury, L.** *Collaborative management in health care: implementing the integrative organization*. s.l. : San Francisco Jossey-Bass, 1993.
68. **The Boston Consulting Group.** *The Changing Environment for US Pharmaceuticals*. 1993.
69. **Powell, S.** *Advance case management: outcomes and beyond*. s.l. : Lippincott Williams & Wilkins, 2000.
70. **Harvey, N e DePue, D.** Disease management: a continuum. *Healthcare Financial Management*. 1997, Vol. 51:6, pp. 35-37.
71. **Galvin, L.** Achieving successful integration. *Healthcare Executive*. 1995, Vol. 10:1, pp. 38-39.
72. **Ackerman, K III.** The movement toward vertically integrated regional systems. *Health Care Management Review*. 1992, Vol. 17:3, pp. 81-88.
73. **Katzenbach, J e Smith, D.** *The wisdom of teams*. New York : HapperCollins, 1993.
74. **Donohoe, M e et al.** Reasons for outpatient referrals from generalists to specialists. *Journal of General Internal Medicine*. 1999, Vol. 14:5, pp. 281-286.
75. **Ayanian, J e et al.** Specialty of ambulatory care physicians and mortality among elderly patients after myocardial infarction. *New English Journal of Medicine*. 2002, Vol. 347:21, pp. 1678-1686.
76. **Christakis, D e et al.** Continuity and quality of care for children with diabetes who are covered by Medicaid. *Ambulatory pediatrics*. 2001, Vol. 1:2, pp. 99-103.
77. **Starfield, B.** primary care: participants or gatekeepers? *Diabetes Care*. 1994, Vol. 17: suplement 1, pp. 12-17.
78. **Williams, J.** Guidelines for managing integration. *Healthcare Forum Journal*. 1992, Vol. 35:2, pp. 39-47.
79. **Gandi, T e et al.** Communication breakdown in the outpatient referral process. *Journal of General Internal Medicine*. 2000, Vol. 15:9, pp. 626-631.
80. **Harold, L, Field, T e Gurwitz, J.** Knowledge patterns of care, and outcomes of care for generalists and specialists. *Journal of General Internal Medicine*. 1999, Vol. 14:8, pp. 499-511.
81. **Jenkins, R.** Quality of genral practitioner referrals to outpatient departments: assessment by specialists and a general practitioner. *The British Journal of General Practice*. 1993, Vol. 43:368, pp. 111-113.
82. **Shortell, S e et al.** INtegrating health care delivery. *Health Care Forum Journal*. 2000, Vol. 43:6, pp. 35-39.
83. **Coile, R.** The future of American health care in the post reform era. *Physician Executive*. 1995, Vol. 21:5, pp. 3-6.
84. **Duffy, J.** Information technology needs for integrated delivery systems. *Healthcare Financial Management*. 1996, Vol. 50:7, pp. 30-31. 72
85. **Young, D e Barrett, D.** Managing clinical integration in integrated delivery systems: a framework for action. *Hospital and Health services Admnsitration*. 1997, Vol. 42:2, pp. 255-279.
86. **Coddington, D, Moore, K e Fischer, E.** Vertical integration: is the bloom off the rose? *Healthcare Forum Journal*. 1996, Vol. 39:5, pp. 42-47.
87. **Kast, F e Rosenzweig, J.** *Organization and management: a system and contingency approach*. 3rd edition. New York : McGraw-Hill, 1979.
88. **Chiavenato, I.** *Administração de empresas uma abordagem contingencial*. 2ª edição. Brasil : MacGraw-Hill, 1987.
89. **Katz, D e Kahn, R.** *Psicologia social das organizações*. São Paulo : Atlas, 1976.
90. **de Jong, I e Jackson, C.** An evaluation approach for a new paradigm-health care integration. *Journal Eval Clin Pract*. feb de 2001, Vol. 7:1, pp. 71-9.
91. **Porter, M.** *Competitive Advantage*. New York : Free Press, 1985.
92. **Foreman, S e Roberts, R.** The power health care value-adding partnerships: meeting competition through cooperation. *Hospital and Health Services Administration*. 1991, Vol. 36:2, pp. 175-190.
93. **Butler, J.** *Hospital cost analysis*. The Netherlands : Kluwer Academic Publishers, 1995.
94. **Rocha, J.** *A estrutura do hospital tendências. Docuemnto de trabalho*. s.l. : Escola Nacional de Saúde Pública, 1997.

95. **Daft, R.** *Organization theory and design*. Cincinnati : South-Western College Publishing, 1998.
96. **Leatt, P, Shortell, S e Kimberly, J.** Issues in organization design. [autor do livro] S Shortell e A Kaluzny. *Healthcare management: a text in organization theory and behaviour*. 4th edition. Delmar : s.n., 2000, pp. 274-306.
97. **Piro, L e Doctor, J.** *Managed oncology care: the disease management model*. Illinois : American Cancer Society. National Conference on Purchasing Services: Current methods and models in the marketplace, 1997.
98. **Burns, L e et al.** How integrated are integrated delivery systems? results from a national survey. *Health Care Management Review*. 2001, Vol. 26:1, pp. 20-39.
99. **Herber, R e Veil, A.** Monitoring the degree of implementation of an integrated delivery system. *International Journal of Integrated Care*. 2004, Vol. 4:20, pp. 1-7.
100. **Ahgren, B e Axelsson, R.** Evaluating integrated health care: a model for measurement. *International Journal of Integrated Care*. 2005, Vol. 5:31, pp. 1-9.
101. **Wheeler, J e et al.** Financial and organizational determinants of hospitals diversification into sub-acute care. *Health Services Research*. 1999, Vol. 34:1 pt1, pp. 61-81.
102. **Cody, M.** Vertical integration strategies: Revenue effects in hospital and Medicare markets. *Hospital and Health Services Administration*. 1996, Vol. 41:3, pp. 343-357.
103. **Tjerbo, T e Kjekshus, L.** Coordinating health care: lessons from Norway. *International Journal of Integrated Care*. 2005, Vol. 5:2, pp. 1-9.
104. **McCue, M e Lynch, J.** Financial assessment of small multihospital systems. *Hospital and Health Services Administration*. 1987, Vol. 32:2, pp. 181-189.
105. **Walston, S, Kimberly, J e Burns, L.** Owned vertical integration and health care: promise and performance. *Health Care Management Review*. 1996, Vol. 21:1, pp. 83-82. 73
106. **Shortell, S.** Management partnerships: improving patient care in healthcare organizations of the future. *Health Care Management Forum*. 1988, Vol. 1:2 suppl, pp. 17-20.
107. **Feachem, R, Sekhri, N e White, K.** Getting more for their dollar: a comparison of the NHS with California's Keiser Permanent. *BMJ*. 2002, Vol. 324:7353, pp. 135-143.
108. **Anderson, H.** Hospitals seek new ways to integrate health care. *Hospitals*. 1992, Vol. 66:7, pp. 26-36.
109. **The World Bank.** Health expenditure, total (% of GDP). [Online] 2013. <http://data.worldbank.org/indicator/SH.XPD.TOTL.ZS..>
110. **Miller, R e Luft, H.** HMO plan performance update: an analysis of the literature 1997-2001. *Health Affairs*. 2002, Vol. 21:4, pp. 63-86.
111. **Shortell, S, Casalino, L e Fisher, E.** Implementing Accountable Care Organizations. [ed.] Economic and Family Security BerkelyLaw. Berkely Centre on Health. *Advancing National Health Reform. Policy brief*. may de 2010.
112. **Devers, K e Berenson, R.** Can accountable care organizations improve the value of health care by solving the cost and Quality Quandaries? [Online] 2009. [Citação: 20 de 02 de 2014.] <http://www.urban.org/publications/411975.html>.
113. **McWilliams, J.** Accountable care organizations: a challenging opportunity for primary care to demonstrate its value. [Online] 2013. [Citação: 01 de 02 de 2014.] <http://link.springer.com/article/10.1007%2Fs11606-013-2713-9>.
114. **McClellan, M e et al.** A national strategy to put accountable care into practice. *Health Affairs (Project Hope)*. May de 2010, Vol. 29:5, pp. 982-990.
115. **Medicare Payment Advisory Commission.** Report to the congress: Improving incentives in the Medicare program. [Online] 2009. [Citação: 03 de 02 de 2014.] http://www.medpac.gov/documents/jun09_entirereport.pdf.
116. **Fisher, E e et al.** Fostering accountable health care: moving forward in medicare. *Health affairs (Project Hope)*. abril de 2009, Vol. 28:2, pp. w219-231.
117. **Deloitte Centre for Health Solutions.** *Accountable Care Organizations: A new model for sustainable innovation*. s.l. : Deloitte Center for Health Solutions, 2010.
118. **Shortell, S e Casalino, L.** Health care reform requires accountable care systems. *JAMA*. 2 de July de 2008, Vol. 300:1, pp. 95-97.
119. **Robinson, J e Dolan, E.** Accountable care organizations in California: Lessons for the national debate on delivery system reform. *Integrated Health Care Association*. 2010.

120. **Berenson, R e Burton, R.** Next steps for ACOs. *Health Affairs - Health Policy Briefs*. 2012, Vol. 32:12.
121. **Bao, Y e et al.** Behavioral health and health care reform models: patient centered medical home, health home and accountable care organization. *The Journal of Behavioral Health services & Reseacr*. 2012, Vol. 40:1, pp. 121-132.
122. **Lowell, K e Bertko, J.** The accountable care organization (ACO) Model: building blocks for success. *Journal of Ambulatory Care Management Payment Reform*. 2010, Vol. 33:1, pp. 81-88.
123. **Quality Measurement & Health Assessment Group.** *Accountable care organizations 2012 program analysis: Quaiity performance standards narrative measurement specifications (final report)*. s.l. : Quality Measurement & Health Assessment Group, 2011. 74
124. **Meyer, H.** Accountable care organization prototypes: Winners and losers? *Health Affairs*. 1 de july de 2011, Vol. 30:7, pp. 1227-1231.
125. **Centers for Medicare and Medicaid services.** Pioneer accountable Care organizations succeed in improving care, lowering costs. [Online] 16 de 07 de 2013. [Citação: 2014 de 12 de 2013.] <http://www.cms.gov/Newsroom/MediaReleaseDatabase/Press-Releases/2013-Press-Releases-Items/2013-07-16.html>.
126. **Patel, K e Lieberman, S.** Taking stock of initial year one results for pioneer ACOs. *Health Affairs blog*. [Online] 2013. [Citação: 12 de 01 de 2014.] <http://healthaffairs.org/blog/2013/07/25/taking-stock-of-initial-year-one-results-for-pioneer-acos/>.
127. **Goldsmith, J.** Accountable care organizations: the casee for flexible partnerships between health plans and providers. *Health Affairs (Project Hope)*. 2011, Vol. 30:1, pp. 32-40.
128. **Meyer, H.** Many accountable care organizations are now up and running, if not off to the races. *Health Affairs*. 1 de november de 2012, Vol. 31:11, pp. 2363-2367.
129. **NHS England and Local Government Association.** Statement on the health and social care: integration transformation fund. [Online] 2013a. [Citação: 10 de 01 de 2014.] http://www.local.gov.uk/c/document_library/get_file?uuid=b20e023f-fabb-4f46-b881-31bbe92e74a4&groupId=10180..
130. **PSNC.** PSNC briefing 100/13: The integration transformation fund. [Online] 2013. <http://psnc.org.uk/wp-content/uploads/2013/10/PSNC-Briefing-100.13-The-Integration-Transformation-Fund-Oct-2013.pdf>.
131. **NHS England and Local Government Association.** Next steps on implementing the integration transformation fund. [Online] 2013b. [Citação: 20 de 01 de 2014.] <http://www.local.gov.uk/documents/10180/5572443/Next+steps+on+implementing+the+Integration+Transfor+mation+Fund/4e797e4b-0f1a-4d53-a87d-6a384a86792d..>
132. **Rutstein, D e et al.** Measuring the quality of medical care. A clinical method. *New English Journal of Medicine*. 11 de mar de 1976, Vol. 294:11, pp. 582-8.
133. **Nedel, F e et al.** Conceptual and methodological aspects in the study of hospitalizations for ambulatory care sensitive conditions. *Ciência Saúde*. 2011, Vol. 16:supl 1, pp. 1145-54.
134. **Caminal, J e et al.** The role of primary care in preventing ambulatory care sensitive conditions. *Oxford Journals*. 2004, Vol. 14:3, pp. 246-51.
135. **Homar, J e Matutano, C.** La evaluación de la atención primaria y las hospitalizaciones por ambulatory care sensitive conditions. Marco conceptual. *Aten. Primaria*. 2003, Vol. 31:1, pp. 61-5.
136. **Caminal, J e et al.** Las hospitalizaciones por ambulatory care sensitive conditions: selección del listado de códigos de diagnóstico válidos para España. *Gac Sanit*. 2001, Vol. 15:2, pp. 128-41.
137. **Solberg, L e et al.** The Minnesota project: a focused approach to ambulatory quality assessment. *Inquiry*. jan de 1990, Vol. 27:4, pp. 359-67.
138. **Weissman, J.** Rates of Avoidable Hospitalization by Insurance Status in Massachusetts and Maryland. *Journal of America Medical Association*. 4 de nov de 1992, Vols. 268-17, p. 2388.
139. **Ansari, Z e et al.** The Victorian ambulatory care sensitive conditions study: rural and urban perspectives. *Soz Praventivmed*. 2003, Vol. 48:1, pp. 33-43. 75
140. **Rizza, P e et al.** Preventable hospitalization and access to primary health care in an area of Southern Italy. *BMC Health Serv Res*. 2007, Vol. 7:134.
141. **Hossain, M e Laditka, J.** Using hospitalization for ambulatory care sensitive conditions to measure access to primary health care: an application of spatial structural equation modeling. [Online] 2009. [Citação: 19 de

dec de 2013.]

<http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=2745375&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>.

142. **Menec, V e et al.** Does continuity of care with a family physician reduce hospitalizations among older adults? *J. Health Serv. Res. Policy.* 2006, Vol. 11:4, pp. 196-201.

143. **Roos, L e et al.** Physician visits, hospitalizations, and socioeconomic status: ambulatory care sensitive conditions in a canadian setting. *Health Serv Res.* Vol. 40:4, pp. 1167-85.

144. **Pirani, M e et al.** Potentially avoidable hospitalisation in Bologna, 1997-2000: temporal trend and differences by income level. *Epidemiol. Prev.* 2006, Vol. 30:3, pp. 169-77.

145. **Agabiti, N e et al.** Income level and chronic ambulatory care sensitive conditions in adults: a multicity population-based study in Italy. *BMC Public Health.* 2009, Vol. 9:1, p. 457.

146. **Magan, P e et al.** Geographic variations in avoidable hospitalizations in the elderly, in a health system with universal coverage. *BMC Health Serv. Res.* 2008, Vol. 8:1, p. 42.

147. **Bermudez-Tamayo, C e et al.** Organizational characteristics of primary care and hospitalization for to the main ambulatory care sensitive conditions. *Aten. Primaria.* 2004, Vol. 33:6, pp. 305-11.

148. **Millman, M.** *Access to health care in America.* 1st ed. Washington DC : National Academy Press, 1993.

149. **Billings, J e et al.** Impact of socioeconomic status on hospital use in New York City. *Health Affairs.* 1993, Vol. 12:1, pp. 162-73.

150. **Sanderson, C e Dixon, J.** Conditions for which onset or hospital admission is potentially preventable by timely and effective ambulatory care. [Online] 2000. [Citação: 18 de dec de 2013.]

<http://researchonline.lshtm.ac.uk/19704/>.

151. **Brown, A e et al.** Hospitalization for ambulatory care-sensitive conditions: a method for comparative access and quality studies using routinely collected statistics. *Can J. Public Health.* 2001, Vol. 92:2, pp. 155-9.

152. **Quality Afhra.** *Ahrq Guide to Prevention Quality Indicators: Hospital Admission for Ambulatory Care Sensitive Conditions.* 4th rev. Rockville : Agency for Healthcare Research and Quality, 2004.

153. **Information CIHF.** Technical Note: Ambulatory Care Sensitive Conditions (ACSC). [Online] 2008. [Citação: 20 de nov de 2011.]

INFORMATION CIHF. Technical Note: Ambulatory Care Sensitive Conditions (ACSC) [Inhttp://www.cihi.ca/cihi-ext-portal/internet/en/document/health+system+performance/indicators/health/tech_acsc_2011.

154. —. Information CI for H. Ambulatory Care Sensitive Conditions (ACSCs). [Online] 2008. [Citação: 20 de nov de 2011.] http://www.cihi.ca/cihi-ext-portal/internet/en/document/health+system+performance/indicators/health/ind_tech_2.5_2012.

155. **Tian, Y, Dixon, A e Gao, H.** Emergency Hospital Admissions for Ambulatory Care-Sensitive Conditions: Identifying the potential for reductions. [Online] 2012. [Citação: 22 de nov de 2013.]

<http://scholar.google.com/scholar?hl=en&btnG=Search&q=intitle:Emergency+hospital+76admissions+for+ambulatory+care-sensitive+conditions+:+identifying+the+potential+for+reductions#4>.

156. **Sarmiento, J.** Internamentos por causas sensíveis a cuidados de ambulatório em contexto de integração vertical. [Online] 2013. <http://run.unl.pt/bitstream/10362/9631/1/RUN> - Tese de Mestrado - João Sarmiento.pdf.

157. **Comissão Europeia.** Europa 2020: estratégias para um crescimento inteligente, sustentável e inclusivo. *Comissão Europeia.* [Online] [Citação: 10 de 02 de 2014.] http://ec.europa.eu/europe2020/europe-2020-in-a-nutshell/flagship-initiatives/index_pt.htm.

158. **Begun, J e Kaissi, A.** An exploratory study of healthcare strategic planning in two metropolitan areas. *Journal of healthcare management.* 2005, Vol. 50 (4), pp. 264-75.

159. **Mick, S e et al.** A horizontal and vertical integratino diversification in rural hospitals: a national study of strategic activity 1983-88. *The Journal of Rural Health.* 1990, Vol. 9:2, pp. 99-119.

160. **Alter, C e Hage, J** – Organizations working together.