

## REFORMAS NO SISTEMA NACIONAL DE SAÚDE BRITÂNICO: O FINANCIAMENTO DOS HOSPITAIS PÚBLICOS E O PAPEL DA *'PERFORMANCE MEASUREMENT AND MANAGEMENT'*

*Maria Sena de Sousa\**

*Maria João Major\*\**

*Elsa Cardoso\*\*\**

*Ricardo Gonçalves\*\*\*\**

*Rita Bento\*\*\*\*\**

**Resumo:** Este estudo visa analisar as reformas ocorridas no Sistema Nacional de Saúde (SNS) do Reino Unido de forma a responder às seguintes questões de investigação: (i) Como evoluiu o SNS Britânico ao longo das duas últimas décadas?; e (ii) Quais os sistemas de financiamento adotados para reembolsar os serviços prestados pelos hospitais públicos e qual o papel da *'Performance Measurement and Management'* (PMM) nas reformas ocorridas neste país?. De forma a responder a estas questões, uma abordagem qualitativa foi adotada, metodologicamente. Tal possibilitou aos investigadores a recolha e análise de evidência detalhada e contextualizada referente ao fenómeno em estudo. A investigação mostrou que as reformas ocorridas no SNS Britânico têm sido similares às reformas ocorridas noutros países, nomeadamente a separação da entidade financiadora da de prestadora de cuidados de saúde e a introdução de mecanismos de contratualização baseados em sistemas de financiamento prospetivos e em *'Diagnosis-Related Groups'* (DRGs). O estudo possibilitou, ainda, concluir que o PMM assume desde 1999 um papel de relevo no SNS do Reino Unido, tendo possibilitado a criação de uma cultura efetiva de responsabilização e de avaliação de desempenho dos profissionais de saúde daquele país.

**Palavras-chave:** Gestão do Serviço Nacional de Saúde Britânico; Financiamento hospitais no Reino Unido; Reformas no SNS Britânico.

---

\* BDO, Lisboa, Portugal

\*\* Nova School of Business and Economics, Universidade Nova de Lisboa, Portugal

Endereço para correspondência: Campus de Campolide, 1099-032 Lisboa

E-mail: maria.joao.major@novasbe.pt

\*\*\* ISCTE – Instituto Universitário de Lisboa, Portugal

\*\*\*\* Novabase, UK

\*\*\*\*\* Novabase, Portugal

Agradecimentos: Este estudo foi financiado por fundos nacionais da Fundação para a Ciência e Tecnologia (FCT), no âmbito do projeto referência UID/ECO/00124/2013, e por Lisboa, no âmbito do projeto LISBOA-01-0145-FEDER-007722

**Abstract:** This study seeks to analyse the changes occurred in the National Health Services (NHS) in the UK in order to answer to the following research questions: (i) How has the British NHS evolved over the two last decades; and (ii) Which sort of financing systems have been adopted to reimburse public hospitals and what is the role of the Performance Measurement and Management (PMM) in the reforms undertaken in this country?. To this end a qualitative approach was adopted, methodologically speaking. This enabled researchers to collect and analyse detailed and contextualized data. The researcher showed that reforms in the British UK are similar with those occurred in other countries, including the separation between the provider and purchaser of healthcare services and the introduction of contract mechanisms based on prospective payment schemes and Diagnosis-Related Groups (DRGs). Likewise the study evidenced that PMM assumes an important role in the British NHS since 1999, enabling the creation of an effective culture of accountability and performance evaluation of clinical profession in the UK.

**Keywords:** Management of British SNS; Reimbursement of hospitals in the UK; Reforms in the British NHS.

## 1. Introdução

Nas últimas décadas diversos países europeus, incluindo o Reino Unido, têm implementado reformas nos seus sistemas de saúde. Numa tentativa de melhorar o desempenho das entidades prestadoras de cuidados, e conseqüentemente do sistema de saúde como um todo, o governo Britânico tem introduzido alterações significativas ao sistema de financiamento das entidades de saúde. Neste âmbito, desde o início da década de 90 que a separação das funções de financiador e prestador, conjuntamente com a adoção de mecanismos de contratualização em saúde, têm sido considerados elementos-chave das reformas implementadas neste país. Entre as vantagens associadas à adoção destes instrumentos destacam-se: o aumento de ganhos em saúde, assim como da capacidade de resposta às necessidades em saúde da população; a melhoria do desempenho dos profissionais de saúde; e a introdução de competição no setor (Duran *et al.*, 2005; Robinson *et al.*, 2005).

A par destes instrumentos, os sistemas de pagamento prospectivos têm assumido um importante papel no aumento da eficiência, da transparência e da qualidade no setor hospitalar. Desde 1983, ano em que o primeiro sistema de pagamento prospectivo foi introduzido nos EUA, tem havido uma forte tendência a nível mundial no sentido

dos governos reembolsarem as entidades hospitalares de forma prospetiva. Ao longo das últimas décadas, estes sistemas têm-se revelado como o mecanismo predominante de reembolso dos hospitais (Geissler *et al.*, 2011; Wiley, 2011). Contudo, tanto os mecanismos de contratualização como os sistemas de pagamento têm associados desvantagens que requerem controlo das entidades de saúde de forma a anular ou minimizar os efeitos perversos resultantes da utilização destes sistemas. Neste contexto, a *Performance Measurement e Management* (PMM) tem, por um lado, auxiliado os agentes financiadores na monitorização das entidades de saúde, e por outro lado, contribuído no controlo da qualidade dos serviços prestados e no cumprimento de regras contratuais por parte dos prestadores.

O presente artigo tem por objetivo analisar o sistema de financiamento dos hospitais públicos do Reino Unido, o qual tem sido o modelo para muitos países na forma como têm vindo a organizar os seus serviços nacionais de saúde, bem como, examinar o papel da *Performance Measurement e Management* neste país. Efetivamente, em Inglaterra, o Serviço Nacional de Saúde (SNS) tem-se mostrado desde sempre na vanguarda das reformas promovidas no setor da saúde a nível europeu, tendo a PMM assumido sempre um aspeto central destas reformas. Tal facto levou-nos a querer estudar mais profundamente as reformas empreendidas neste país. O presente artigo está estruturado da seguinte forma: após esta introdução, na secção 2 iremos proceder à revisão de literatura sobre o financiamento hospitalar e o papel da PMM nas reformas levadas a cabo no setor da saúde. Na secção 3, descreve-se a metodologia adotada neste estudo. O artigo prossegue com a apresentação na secção 4 das reformas desencadeadas no setor hospitalar do SNS Inglês nas últimas décadas. O artigo termina com a apresentação de conclusões finais na secção 5.

## **2. Revisão da Literatura**

Nas últimas décadas diversas reformas têm sido promovidas na grande maioria dos sistemas de saúde europeus (Barros e Gomes, 2002; Busse *et al.*, 2011; Costa *et al.*, 2008; Figueras *et al.*, 2005).

As razões pelos quais os diversos governos têm desencadeado estas reformas são transversais aos diferentes países, e residem fundamentalmente em dar resposta aos desafios apresentados ao setor da saúde nos últimos anos, nomeadamente o aumento progressivo da despesa; os problemas associados com a ineficiência operacional das entidades prestadoras de cuidados (e.g., longas listas de espera para os tratamentos programados); o aumento da procura de cuidados de saúde, decorrente em grande parte de mudanças nas características sociodemográficas da população (e.g., o envelhecimento da população derivado ao aumento da expectativa média de vida); entre outros (Figueras *et al.*, 2005). Neste âmbito, as alterações às formas de financiamento das entidades prestadoras de cuidados de saúde têm desempenhado um papel central. Particularmente no setor hospitalar, a separação das funções de financiador e de prestador de cuidados, conjuntamente com a adoção de mecanismos de contratualização, têm vindo a ser implementados nos sistemas de saúde europeus de países como a Espanha, Finlândia, Inglaterra, Itália, Portugal, Suécia, entre outros, desde a década de 90 (Barros e Gomes, 2002; Robinson *et al.*, 2005).

Estes instrumentos têm sido identificados como fatores-chave na melhoria do desempenho dos sistemas de saúde. Adicionalmente, têm-se assumido como importantes ferramentas para os governos ao nível da implementação e do cumprimento de objetivos de saúde pública. No que se refere à separação das entidade(s) financiadora(s) das entidades prestadoras de cuidados de saúde, diversas vantagens podem resultar da sua implementação, como por exemplo: (i) o aumento dos ganhos em saúde através do alinhamento entre as prioridades em saúde e à alocação de recursos financeiros aos prestadores de cuidados; (ii) o aumento da capacidade de resposta às necessidades em saúde da população; (iii) a melhoria de desempenho dos profissionais de saúde através da utilização de instrumentos de monitorização e de sistemas de incentivos por parte do agente financiador; e (iv) a introdução de concorrência entre as entidades públicas, bem como entre públicas e privadas (Robinson *et al.*, 2005).

Por sua vez, os mecanismos de contratualização consistem num instrumento indispensável no contexto da separação financiador-prestador, na medida em que definem a relação entre os financiadores e os prestadores e obrigam as partes a se comprometerem expressamente sobre um conjunto de fatores, nomeadamente: a definição dos serviços que devem ser fornecidos pelo prestador e os termos de prestação desses mesmos serviços; a definição das contrapartidas financeiras; e a especificação da partilha de risco entre as partes, entre outros (Barros e Gomes, 2002; Duran *et al.*, 2005; Valente, 2010). Neste âmbito, é importante salientar que a forma de contrato utilizado e os mecanismos de pagamento através dos quais os prestadores são reembolsados constituem considerações importantes aquando da utilização de mecanismos de contratualização. Além disso, os instrumentos de monitorização e acompanhamento assumem um papel importante na medida em que auxiliam o financiador a garantir que os prestadores fornecem os serviços acordados (Robinson *et al.*, 2005). Relativamente aos contratos utilizados pelos diferentes sistemas de saúde dos vários países, apesar da sua forma variar substancialmente, na generalidade contemplam os seguintes itens: tipo e volume de serviços, duração, preço, critérios de faturação, elegibilidade, padrões de qualidade, acompanhamento e avaliação, níveis de remuneração, confidencialidade da informação, incentivos e penalizações (Duran *et al.*, 2005).

A par da separação financiador-prestador, tem havido nos últimos anos uma forte tendência dos sistemas de saúde para efetuarem mudanças à forma de reembolso das entidades hospitalares, mais precisamente, a adoção de sistemas de pagamento prospetivos (*Prospective Payment Systems* – PPS) em detrimento de modelos retrospectivos (Busse *et al.*, 2011). Nos sistemas de pagamento retrospectivos, a base de pagamento é a despesa histórica, não havendo relação direta do financiamento com a produção ou com o desempenho do hospital. Uma das suas principais características é que os custos reais do prestador são totalmente reembolsados *ex post*, pelo que não há incentivo à eficiência e ao controlo de custos. Além disso, os prestado-

res podem ter um incentivo para aumentar os seus custos sem produzirem benefícios adicionais à saúde. O risco, neste caso, concentra-se totalmente do lado do financiador dos serviços (Bentes, 1998; Costa, 1990; Jegers *et al.*, 2002). Por sua vez, nos sistemas prospetivos, o pagamento relaciona-se diretamente com a atividade desenvolvida pelo hospital, sendo as taxas de pagamento determinadas *ex ante*. Ao contrário dos mecanismos retrospectivos, neste caso, não há uma relação entre o valor reembolsado ao hospital e os custos incorridos por este. Adicionalmente, em caso de défice, os prestadores são financeiramente responsáveis, total ou parcialmente, pelo que os sistemas prospetivos têm um elevado potencial de contenção de custos e é indutor de maior eficiência por parte do prestador. Neste tipo de sistemas, geralmente, é o prestador que incorre em maior risco (Barros e Gomes, 2002; Bentes, 1998; Costa, 1990; Jegers *et al.*, 2002).

O caso pioneiro, e mais conhecido de um sistema de pagamento prospetivo é o da Medicare (*Medicare Prospective Payment System*), introduzido nos Estados Unidos em 1983 para reembolso das entidades hospitalares (Wiley, 2011; Scott, 1984). De acordo com este sistema, os hospitais, nomeadamente os serviços de internamento, passaram a ser reembolsados consoante um montante fixo por caso com base no sistema de *Diagnosis Related Groups* (DRGs)<sup>1</sup>. Passadas mais de três décadas, diversos sistemas de saúde de todo o mundo têm implementado sistemas de pagamento prospetivos com base no sistema de DRG<sup>2</sup> com o objetivo de melhorar a eficiência das entida-

---

<sup>1</sup> Os DRGs constituem um sistema de classificação de doentes internados em hospitais de agudos que agrupa doentes em grupos clinicamente coerentes e similares do ponto de vista do consumo de recursos.

<sup>2</sup> Embora criado originalmente nos Estados Unidos, os conceitos base têm sido adaptados e desenvolvidos por sistemas de saúde de inúmeros outros países, constituindo-se como suporte quer do financiamento quer da análise da produção hospitalar, englobando, em alguns países, para além dos serviços de internamento procedimentos em ambulatório. Como exemplos temos Portugal (*Grupos de Diagnóstico Homogéneos* – GDH), a Alemanha (*German DRG* – G-DRG), Dinamarca (*Danish Diagnosis Related Groups* – DkDRG), França (*Groupe Homogène des Malades* – GHM), Inglaterra (*Healthcare Resource Groups* – HRG) e outros, que desenvolveram sistema de classificação de doentes cuja génese deriva dos DRG criados originalmente em 1983 nos Estados Unidos. Por sua vez, alguns países têm optado

des hospitalares, aumentar a transparência e garantir a qualidade dos cuidados hospitalares (Geissler *et al.*, 2011; Wiley, 2011). Contudo, é importante destacar que ambos os sistemas, retrospectivos e prospectivos, têm associadas vantagens e desvantagens que devem ser rigorosamente examinadas aquando da sua implementação, de forma a anular potenciais efeitos perversos resultantes da utilização destes sistemas (ver por exemplo, Barnum *et al.*, 1995; Jegers *et al.*, 2002). De modo particular, nos sistemas prospectivos, os hospitais podem ser tentados a: (i) reduzirem a qualidade dos serviços prestados de modo a diminuírem os seus custos; (ii) selecionar os doentes para atendimento ao optarem por aqueles que representem “baixo risco”; ou (iii) simplesmente não prestarem os cuidados necessários ao doente. Deste modo, o agente financiador/comprador dos serviços deverá monitorizar a qualidade dos cuidados de saúde prestados, bem como avaliar o desempenho das entidades contratadas, de modo a garantir que a população tenha um serviço de saúde de qualidade e que os recursos financeiros concedidos são devidamente empregues (Barnum *et al.*, 1995; Jegers *et al.*, 2002; Valente, 2010).

Neste sentido, a *Performance Measurement and Management* (PMM) tem-se revelado como uma importante ferramenta para os sistemas de saúde de diversos países. Por um lado, a PMM têm proporcionado uma maior transparência e *accountability* por parte dos governos, autoridades e prestadores de cuidados de saúde para com os cidadãos e utentes (e.g., *Belgian Health System Performance Report; Dutch Health Care Performance Report; Quality and Efficiency in Swedish Health Care Report*). Por outro lado, a PMM tem auxiliado os prestadores no controlo da qualidade dos serviços prestados, bem como no cumprimento das exigências impostas pelos agentes financiadores dos cuidados de saúde (Aidemark e Funck, 2009; Ballantine *et al.*, 1998; Conrad e Guven-Uslu, 2011; Grafton *et al.*, 2011). O papel da PMM nas organizações do setor da saúde tem sido alvo de diversos estudos académicos (e.g., Carinci *et al.*, 2012; Chang, 2009;

---

pela adoção das recentes versões do agrupador existentes atualmente nos Estados Unidos, como por exemplo: Espanha, Itália, Portugal, entre outros.

Goddard *et al.*, 1999; Modell, 2001; Van der Wees *et al.*, 2014), bem como atraído a atenção de importantes organizações internacionais, destacando-se a *Organisation for Economic Co-operation and Development* (OECD), a *World Health Organization* (WHO) e a *European Observatory on Health Systems and Policies*. Em particular, no setor da saúde, a *Performance Measurement* oferece aos decisores políticos e organizações de saúde, a oportunidade de garantir a melhoria dos cuidados de saúde. O seu papel é o de melhorar a qualidade das decisões tomadas por todos os intervenientes do sistema de saúde, incluindo utentes, profissionais, gestores, governos, seguradoras, entre outros (Smith *et al.*, 2009). Por sua vez, a *Performance Management* tem sido referida na literatura como um conjunto de processos destinados a auxiliar a organização na definição, execução e monitorização do seu plano estratégico, através da análise, planeamento, medição, controlo e atribuição de recompensas (Anthony e Govindarajan, 2007; Ferreira e Otley, 2009). Desta forma, a *Performance Management* é crucial para os sistemas de saúde, dado que pode auxiliar as organizações de saúde na prossecução das políticas nacionais de saúde, assim como dos seus objetivos estratégicos (OECD, 1999).

### 3. Metodologia

Metodologicamente este estudo recorreu à investigação qualitativa dado o seu objetivo de analisar a evolução do sistema nacional de saúde Britânico, assim como, o sistema de financiamento dos hospitais públicos, e o papel da *Performance Measurement e Management* (PMM) neste país. A investigação qualitativa foi adotada por se tratar de uma abordagem que possibilita estudar os fenómenos no contexto em que operam, possibilitando a obtenção de informação detalhada e complexa (Silverman, 2005; Denzin and Lincoln, 2000; Mason, 2002). Mason (2002) define investigação qualitativa como uma abordagem que se baseia numa posição filosófica que é genericamente 'interpretativista' já que está relacionada com a forma como o mundo social é interpretado, compreendido, experienciado, produzido e constituído, bem como, baseado em métodos de obtenção de evidência e de aná-



lise que são flexíveis e sensíveis ao contexto social em que a evidência é recolhida (p. 3). Só recorrendo a uma abordagem desta natureza foi possível estudar de uma forma contextualizada, integrada e holística o SNS Britânico, bem como o PMM desenvolvido. A evidência foi recolhida através da recolha de elementos de diversas fontes escritas de forma a possibilitar a triangulação de dados (Ryan et al., 2002) e a qualidade da investigação. Essas fontes incluíram a consulta de revistas científicas referentes ao período de 1995 a 2014 (nomeadamente da ‘Health Policy’, ‘International Journal of Health Planning & Management’, ‘Journal of Healthcare Management’, ‘Financial Accountability & Management’ e ‘Management Accounting Research’), bem como a consulta na internet de diversos relatórios sobre o sistema de saúde Britânico (‘Health Systems in Transition 2011’, ‘Audit Commission 2004 – Introducing Payment by Results’, ‘Department of Health de 1997 a 2013’, ‘Monitor & NHS England 2013 – National Tariff Payment System’, ‘OECD de 2000 a 2013’, ‘NAO 2014 – Regulating NHS Foundation Trusts’, ‘PricewaterhouseCoopers 2012 – An evaluation of the reimbursement system for NHS-funded care: Report for Monitor’, ‘NHS England 2014 – Commissioning for Quality and Innovation (CQUIN)’, ‘NHS Standard Contract’) e de livros (incluindo, ‘Purchasing to Improve Health Systems Performance – Open University Press’ e ‘Diagnosis-Related Groups in Europe – Open University Press’). Estes documentos foram impressos, lidos e analisados de forma a encontrar padrões e repetições que permitissem aos autores compreender as principais alterações ocorridas no sector da saúde do Reino Unido nas últimas duas décadas e a responder às questões de investigação colocadas pelos autores, as quais se resumiram às seguintes: (i) Como evoluiu o SNS Britânico ao longo das duas últimas décadas?; (ii) Quais os sistemas de financiamento adotados para reembolsar os serviços prestados pelos hospitais públicos e o papel da PMM naquele país?. Para possibilitar a análise sistematizada da evidência recolhida, e a subsequente resposta a estas duas questões de investigação, procedeu-se à construção de uma base de dados onde toda a evidência pudesse ser acumulada. Esta base de dados assumiu a forma de uma ‘dropbox’ (a qual

foi instalada em cada um dos computadores dos membros da equipa] tendo possibilitado a partilha mais fácil de dados entre os investigadores. A informação recolhida foi analisada seguindo as recomendações de Miles e Huberman (1994), os quais recomendam que a análise se inicie com a redução da evidência através da construção de quadros e tabelas que a condensem. A análise prosseguiu com a construção de gráficos que relacionassem os diversos elementos constituintes da evidência. Tal procedimento possibilitou que os investigadores fossem capazes de passar do processo de descrição (o qual tem como objetivo a decomposição das partes constituintes dos problemas de forma a tornar simples, questões que são complexas) para o processo de explicação (visando este a identificação das regras que mostram como as partes de um problema se relacionam), e logo compreender mais profundamente como se processaram as mudanças no SNS do Reino Unido. O processo de análise terminou com a inferência de conclusões. Estes três fluxos que constituem a análise (redução, construção de ‘displays’, verificação e formulação de conclusões) foram adotados de forma interativa pelos investigadores, de acordo com as recomendações de Miles e Huberman.

#### **4. Reformas no Serviço Nacional de Saúde Britânico e o papel da Performance Measurement and Management**

O Serviço Nacional de Saúde (SNS)<sup>3</sup> Britânico foi instituído em 1948 sob os princípios da universalidade e equidade no acesso aos cuidados de saúde, acrescentando-se a estes, o princípio da gratuidade dos cuidados, independentemente do rendimento ou das contribuições pagas pelos cidadãos. Baseado no modelo *Beveridge*, o SNS é financiado predominantemente por impostos, o que em 2011, representou sensivelmente 76% do seu financiamento (Thomson *et al.*, 2013). Ao longo de seis décadas de existência, o SNS tem sido alvo de um processo de mudança contínua e de adaptação. Diversas reformas têm sido promovidas de forma a aumentar a eficiência e a

---

<sup>3</sup> National Health Service (NHS) em inglês.

qualidade dos cuidados de saúde, tendo sido intensificadas nos últimos anos de forma a responder aos desafios apresentados ao setor público da saúde, nomeadamente o aumento exponencial da despesa pública com a saúde e o aumento da exigência por parte dos cidadãos por cuidados de saúde de melhor qualidade.

No início da década de 90, uma das mais importantes reformas foi implementada no SNS Britânico através da Lei do Serviço Nacional de Saúde e Assistência Social de 1990, a qual determinava a criação de um “mercado interno”, bem como a transformação dos hospitais públicos em organizações sem fins lucrativos semi-independentes, conhecidos como *NHS Acute trusts*<sup>4</sup>. Como consequência deste novo modelo de organização no SNS Britânico, em 1991, estabeleceu-se a separação das funções de “comprador” e “prestador” dos cuidados de saúde e um sistema de contratualização foi introduzido. Por conseguinte, as Autoridades Distritais de Saúde e os *General Practitioner Fundholders* passaram a desempenhar o papel de compradores, cabendo aos hospitais desempenhar o papel de prestadores de cuidados de saúde (Boyle, 2011). A criação de um “mercado interno” no SNS, tinha como propósito introduzir uma maior competição no setor baseada no pressuposto de que os compradores procurariam adquirir os serviços de saúde aos prestadores que oferecessem o melhor preço, promovendo uma cultura de controlo de custos no sistema como um todo, o aumento da eficiência e da capacidade de resposta no atendimento, bem como da qualidade dos cuidados de saúde (Conrad e Guven-Uslu, 2012). Adicionalmente, era esperado que com a introdução deste modelo e do novo sistema de contratualização, que as Autoridades Distritais abandonassem os contratos em bloco<sup>5</sup> utilizados para financiar os prestadores e passassem a utilizar contra-

---

<sup>4</sup> Para Barros e Gomes (2002), em Portugal, os *trusts* são, de algum modo, semelhantes as empresas de capitais públicos sem fins lucrativos.

<sup>5</sup> O contrato em bloco consistia num contrato anual que especificava o acesso aos residentes da autoridade de saúde distrital a uma diversidade de serviços e o montante monetário acordado em troca. Sob este sistema, os preços eram normalmente negociados localmente e os fornecedores dos serviços de saúde financiados por uma quantia fixa, independentemente da atividade efetivamente realizada.

tos de custo e volume<sup>6</sup> e contratos de custo por caso<sup>7</sup>. No entanto, o que se verificou na prática foi a utilização de contratos designados de “contrato em bloco sofisticado”, i.e., em que o processo de contratação tipicamente envolvia o pagamento de um montante acordado, entre comprador e prestador, pelo acesso a uma diversidade de serviços ou equipamentos, sendo os valores contratados baseados em dados históricos (Boyle, 2011).

Esta reforma, para além de alterar o modo de financiamento dos prestadores de cuidados de saúde, proporcionou uma maior utilização dos sistemas de medição de desempenho pelas instituições centrais e pelos próprios prestadores. O *Patient's Charter*, em 1991, divulgou o primeiro conjunto de indicadores de desempenho que visava reportar aos utentes o desempenho dos serviços de saúde locais. Contudo, o Departamento de Saúde Britânico concluiu que a informação obtida através da utilização de tais indicadores era limitada, e não fornecia suporte apropriado às Autoridades Distritais no processo de contratação. Deste modo, nos anos subsequentes, foram desenvolvidas diversas ações de forma a identificar indicadores adequados para avaliar o desempenho das entidades do SNS e auxiliar a contratação entre compradores e prestadores. Ainda na década de 90, o modelo de organização introduzido no NHS Britânico em 1991 foi alvo de diversas críticas dos opositores políticos que criticavam em particular, os custos administrativos adicionais resultantes da reforma de 1991 (Boyle, 2011). Deste modo, com o advento destes políticos no governo em 1997, novas reformas foram implementadas no SNS (Conrad e Guven-Uslu, 2012) com o propósito de substituir a concorrência entre as organizações prestadoras de serviços, pela cooperação, bem como pelo *benchmarking* interno e externo (Güven-Uslu e Conrad, 2011). O *White Paper “The New NHS: Modern and Dependable*

---

<sup>6</sup> O contrato de custo e volume consistia num contrato onde era especificado um determinado número de tratamentos ou casos que o prestador ofereceria a um preço acordado.

<sup>7</sup> O contrato de custo por caso refere-se a contratos definidos ao nível do paciente individual. Ao contrário dos contratos em bloco, nos contratos de custo por caso as despesas estavam ligadas a atividade efetivamente realizada pelo prestador.

ble” de 1997, determinava a substituição do “mercado interno” por um sistema impulsionado pelo desempenho e baseado na parceria das entidades do SNS. Este sistema designado de “cuidado integrado”, era a base para um programa de dez anos destinado a renovar e melhorar o SNS através de uma mudança progressiva. Este programa, centrado nas necessidades dos pacientes, iria atuar de forma a cumprir o compromisso assumido pelo Governo em reduzir as listas de espera para tratamento hospitalar. Neste documento foram anunciadas as reformas preconizadas pelo governo para os anos subsequentes, destacando-se o desenvolvimento de uma nova abordagem de medição de desempenho para o NHS. Assim sendo, em 1999, foi publicado o Quadro de Avaliação de Desempenho (PAF – *Performance Assessment Framework*).

O PAF era uma ferramenta destinada a medir e avaliar o desempenho de todas as entidades do SNS. Esta nova abordagem de medição de desempenho visava facilitar e incentivar o *benchmarking* entre hospitais e havia sido desenvolvida com base na abordagem do sistema de gestão estratégica *Balanced Scorecard* (BSC). Pretendia-se que as entidades fossem avaliadas nas seguintes dimensões de atuação, as quais em conjunto, procuravam fornecer uma visão abrangente do desempenho do SNS: (i) melhoria da saúde; (ii) equidade no acesso aos cuidados de saúde; (iii) prestação eficaz de cuidados adequados; (iv) eficiência; (v) experiência do paciente; e (vi) resultados dos cuidados da saúde. Estas, seriam avaliadas através de indicadores específicos para cada dimensão. Em 1999, foi difundido um conjunto de indicadores, sendo que em 2000, um novo conjunto foi divulgado de forma que os indicadores refletissem as prioridades do setor.

A introdução do PAF, para além de fornecer informações às autoridades centrais e aos utentes, tinha por objectivo “*to ensure that this information is accessible to help managers and clinicians assess their own performance and to support the identification of best practice, so that links can be made with others in similar organizations to compare progress and agree ways to improve performance*” (NHS Executive, 1999; p. 10). A ideia central era criar uma cultura de gestão

do desempenho nas organizações prestadoras de cuidados de saúde e no SNS como um todo. Paralelamente, em 2000/2001, foi introduzido o Sistema de Classificação de Desempenho do SNS (*System of NHS Performance Ratings*), também conhecido como “*NHS Star Rating System*”, no qual as entidades do NHS eram avaliadas em dois domínios. Primeiro, em termos de metas nacionais, e, segundo, de acordo com um BSC constituído por três perspetivas: (i) paciente; (ii) dados clínicos; e (iii) questões relacionadas com o pessoal. O BSC utilizado neste sistema era uma extensão do PAF, mas que neste âmbito era utilizado com o propósito de classificar as organizações em áreas de desempenho que o Governo considerava mais cruciais. Consoante o seu desempenho em ambas as dimensões, as entidades eram classificadas de acordo com quatro categorias: “Três estrelas”, “Duas estrelas”, “Uma estrela” e “Zero estrelas”. A classificação era determinada de acordo com uma grelha que avaliava as duas dimensões em simultâneo.

A classificação resultante do sistema de classificação é que determinava, em parte, o acesso das entidades aos incentivos financeiros instituídos pelo governo em 2001. Estes incentivos eram atribuídos através do *National Health Performance Fund*, que tinha sido criado de forma a recompensar, ao nível regional, as entidades que cumprissem com os objetivos acordados. Ou seja, se um hospital tivesse classificação “três estrelas”, este tinha o direito de aceder a sua quota-parte no Fundo sem quaisquer restrições; o mesmo não aconteceria com entidades com classificações “duas” ou “uma” estrela(s), que apesar de acederem ao incentivo (quota-parte no Fundo) eram obrigadas a assumir compromissos com as Autoridades Regionais ou com as Agências de Modernização. Em alguns casos, era necessário que os hospitais definissem a forma como utilizariam a sua quota-parte para melhorar os seus serviços e contribuir para os objetivos nacionais e prioridades locais. A Comissão de Melhoria da Saúde (*Commission for Health Improvement*), em conjunto com a Comissão de Auditoria (*Audit Commission*), seria responsável por inspecionar a aplicação do PAF e do Sistema de Classificação pelas entidades do SNS, bem como

pela publicação anual dos resultados, onde seriam identificados os hospitais com melhor desempenho de acordo com as seis dimensões do PAF e as “classificações estrela”, cujo intuito era tornar estes hospitais um ponto de referência, em termos de custos, qualidade e eficiência, para os que apresentassem pior desempenho. O sistema de classificação de desempenho, assim como o novo sistema de incentivos, foram medidas anunciadas no Plano de 2000 (*The NHS Plan*). Neste documento, o Governo, anunciou uma série de reformas importantes para o funcionamento do SNS, inclusive a intenção de introduzir um novo sistema de financiamento dos serviços de saúde. Além disso, alertou para a necessidade de se desenvolver uma cultura de gestão de desempenho no SNS e de se modernizar o sistema através de investimentos em tecnologias da informação.

Neste contexto, os primeiros cinco anos da década de 2000, foram assinalados por novos e importantes desenvolvimentos. Em 2003/04 foi efetivada a introdução de um novo mecanismo de financiamento hospitalar no NHS e em 2004/05 foi acionada a reestruturação do setor público hospitalar. O novo sistema de financiamento do NHS, designado de “Pagamentos por Resultados” (*Payment-by-Results – PbR,*) foi introduzido em 2003/04. O PbR é um sistema de pagamento prospetivo que tem por base os Grupos de Recursos de Saúde (*Healthcare Resource Groups – HRG´s*)<sup>8</sup> e cujos preços são definidos de acordo com um sistema nacional de tarifa. Desde a introdução do PbR em 2003/04, a tarifa nacional tem sido calculada com base nos custos médios unitários de todos os prestadores do NHS, que são recolhidos anualmente. O pressuposto é de que as organizações com custos acima da média vão tentar ser mais eficientes de modo a reduzir os seus custos até que estes atinjam o valor da tarifa. Consequentemente, a tarifa irá baixar nos anos seguintes, uma vez

---

<sup>8</sup> Apesar de redundante, salienta-se que os *Healthcare Resource Groups* são agrupamentos de tratamentos clinicamente semelhantes que utilizam níveis comuns de recursos de cuidados de saúde, ou seja, é um sistema similar ao *Diagnosis Related Groups* (DRG). A primeira versão do HRGs foi publicada em 1991. Atualmente, encontra-se em vigor a quarta versão que compreende mais de 1500 agrupamentos.

que esta é determinada com base nos custos dos próprios prestadores. Para efeitos de reembolso, a tarifa nacional é ajustada para refletir diferenças inevitáveis de custos entre as regiões (e.g., variação regional dos salários e outros custos de prestação de serviços), pelo que a tarifa é multiplicada por um fator de forças de mercado (*Market Forces Factor* – MFF) que é definido a nível nacional e exclusivo para cada entidade.

Um dos objetivos da introdução deste sistema de financiamento no setor hospitalar era reduzir as listas de espera dos tratamentos programados. Para o Departamento de Saúde, os contratos em bloco baseados no orçamento anual, não forneciam um incentivo para que os hospitais atraíssem pacientes adicionais, já que provocaria o aumento da atividade sobre o nível contratado. Adicionalmente, para além de apoiar a política do governo de estimular a redução das listas de espera, a introdução deste novo sistema visava promover uma série de outros objetivos, especialmente, induzir uma maior transparência e disciplina financeira nas organizações de saúde.

A implementação do PbR foi realizada através de um processo gradual, iniciado em 2003/04 e concluído em 2008/09. Inicialmente, a sua aplicação foi restringida a um pequeno número de tratamentos programados; posteriormente, em 2005/06, foi expandido aos demais, bem como aos tratamentos em regime de ambulatório e atendimentos de emergência (Boyle, 2011). No início, em 2003/04, a intenção do Governo era que todos os prestadores de cuidados de saúde do NHS passassem a ser reembolsados através do PbR. No entanto, apesar do desenvolvimento substancial no setor, esta mudança ainda não foi possível. Em 2012, apenas cerca de 60% da atividade dos hospitais era reembolsada através do PbR, sendo a restante por meio de contratos em bloco e tarifas locais, que eram negociadas localmente entre comissários (financiadores) e prestadores.

Relativamente a contratualização entre os Grupos de Comissão Clínica (*Clinical Commissioning Groups* – CCGs), entidades atualmente responsáveis pelas compras da grande maioria dos cuidados de saúde do NHS, e os hospitais, esta é efetuada através de um contrato- tipo



designado de *NHS Standards Contract*. Este, consiste num documento publicado anualmente pelo Departamento de Saúde e de utilização obrigatória pelos CCGs ou outros comissários na contratação de todos os serviços de saúde, exceto dos cuidados de saúde primários. A grande maioria destes contratos contém um Plano de Atividade Indicativa (*Indicative Activity Plan – IAP*), onde são estabelecidos: (i) a quantidade da atividade contratada, com base em HRGs ou TFCs (*Treatment Function Code*)<sup>9</sup>; e (ii) o preço a ser pago de acordo com a tarifa nacional. Os comissários e os hospitais podem acordar um valor anual estimado do contrato, que será reembolsado em duodécimos, iguais em cada mês, e que posteriormente será ajustado com base na atividade real. É de referir, que embora o IAP seja um plano onde é indicado a atividade estimada e contratada por ambas as partes, tal não garante o reembolso total da mesma no caso da sua não execução. Neste caso, o prestador é que deverá efetuar um reembolso ao comissário. Por sua vez, a atividade contratada não representa um limite máximo sobre a atividade hospitalar, uma vez que, se a atividade real for superior a acordada no IAP, um pagamento adicional é feito ao prestador. Adicionalmente, os hospitais públicos do SNS poderão ser, efetivamente, reembolsados por um valor abaixo da sua atividade real, uma vez que ao Contrato-Padrão está associado um conjunto de incentivos e penalizações que passam a ser apresentados:

- [1] *Never Events*: *Never events* são eventos graves relacionados com a segurança do paciente que ocorrem sob administração do prestador de cuidados de saúde e que são em grande parte evitáveis. O Departamento de Saúde (DoH) determina que os comissários devem reter o pagamento associado ao custo de cuidados em que tenha ocorrido um *never event*, bem como todos os custos envolvidos no tratamento subsequente resultante deste tipo de evento. Desta forma, existe uma lista de eventos considerados pelo DoH como *never events*. Para o

---

<sup>9</sup> *Treatment Function Code*, Código de Função de Tratamento, é um sistema semelhante ao HRGs, porém, para os procedimentos em ambulatório.

ano 2013/2014, esta lista contava com um total de 25 eventos (e.g., cirurgias efetuadas em locais errados, retenção de objeto estranho pós-procedimento, queimaduras graves de pacientes, entre outros);

- [2] *Commissioning for Quality and Innovation Payment Framework: Commissioning for Quality and Innovation Payment Framework (CQUIN Framework)* é um quadro nacional destinado a programas de melhoria da qualidade acordados a nível local, em que uma proporção do financiamento do prestador depende da consecução das metas acordadas entre o comissário e o prestador. Assim, este projeto tem permitido que os prestadores sejam recompensados pela excelência dos serviços fornecidos. O *CQUIN Framework* foi instituído em abril de 2009 com o objetivo de introduzir o tema da qualidade nas relações estabelecidas entre comissários e prestadores, de modo a desenvolver a melhoria contínua da qualidade em todas as organizações de saúde. Neste quadro é repercutido as prioridades estratégicas de nível nacional e local, dado que inclui objetivos e metas estabelecidos nacionalmente pelo Governo e entre o comissário e o prestador ao nível local. Estes objetivos são fixados numa base anual e recentemente passaram a fazer parte do *NHS Standards Contract*. Em 2009, primeiro ano de aplicação do *CQUIN Framework*, a taxa indexada ao valor do financiamento era de 1%, sendo que no ano seguinte a mesma foi alvo de um acréscimo de 0,5%. Para 2014/15, a taxa definida foi de 2,5% do valor total de todos os serviços de saúde contratados através do *NHS Standards Contract*, excluindo deste cômputo os medicamentos de alto custo, instrumentos e determinados procedimentos. Uma parte desta taxa é destinada a retribuir os prestadores pelo cumprimento das metas nacionais, sendo a restante parte dirigida às metas nacionais;
- [3] Sistemas de incentivos e penalizações locais: Para além dos incentivos locais estabelecidos no *CQUIN Framework*, os

comissários podem acordar esquemas de incentivos ao nível regional e/ou local;

- (4) Violação dos requisitos nacionais de qualidade: Os requisitos nacionais de qualidade são um pequeno conjunto de requisitos, sob a forma de indicadores, derivados da orientação estratégica do SNS, que se espera que todos os hospitais cumpram. Há penalizações financeiras associadas ao incumprimento de tais requisitos, cujos valores são definidos nacionalmente;
- (5) Violação dos requisitos locais de qualidade: Trata-se de um processo semelhante ao anterior, i.e., um conjunto de indicadores locais de qualidade que devem ser cumpridos pelos hospitais, no qual as penalizações financeiras são definidas ao nível local. O Departamento da Saúde aconselha que tais indicadores devem ser clinicamente adequados e exequíveis. Além disso, anualmente é determinado um limite máximo para as penalizações financeiras associadas aos requisitos nacionais, isto é, uma percentagem máxima que estas penalizações podem representar do valor do financiamento de cada hospital.

Por fim, salienta-se que a introdução de um sistema de pagamento mais complexo e que contempla sistemas de incentivos e de penalizações, implicou o aperfeiçoamento dos sistemas de PMM e novos investimentos ao nível dos sistemas de informação em todo o SNS. Em 2014, o Governo Britânico anunciou a intenção de rever o atual sistema de pagamentos em conjunto com o sistema de incentivos e penalizações contratuais, como parte do desenvolvimento de uma estratégia de longo prazo para o sistema de pagamento do SNS. Relativamente a reestruturação do setor hospitalar iniciada em 2004, é importante recordar que até esta data os cuidados de saúde secundários no âmbito do SNS eram assegurados pelos hospitais públicos com estatuto de *Acute trusts*, que conforme referido anteriormente são organizações sem fins lucrativos semi-independentes criadas em

1991, mas que no final da década de 90 voltaram a ser controlados pelo Secretário da Saúde, embora continuassem a funcionar como entidades independentes. Neste contexto, em 2004, foi estabelecido um novo estatuto para os hospitais públicos: *NHS Foundation Trust* (FT). Estes são entidades de utilidade pública sem fins lucrativos, instituídas de forma a descentralizar a tomada de decisão dentro do SNS. O objetivo do Governo é que estas entidades sejam mais orientadas para os pacientes e para a comunidade local do que para as organizações centrais. Em 2013, o número de hospitais com o estatuto de FT era de 147, incluindo hospitais, serviços de cuidados a comunidade e serviços de ambulância e de saúde mental. Desde abril de 2004, as entidades de saúde do SNS podem solicitar o estatuto de FT, o qual pode ser ou não atribuído. Ao efetuar o pedido, a entidade passa por um processo de avaliação rigoroso, projetado para fornecer garantia de que a entidade é financeiramente sustentável e possui uma gestão eficiente. A entidade responsável por avaliar e autorizar os requerentes deste estatuto é uma entidade designada de Monitor que é responsável pela atribuição do estatuto de FT e a sua posterior regulação. O processo inicia-se com a proposta do hospital a Autoridade Estratégica de Saúde (SHA).

Os FT diferem dos *Acute trusts* essencialmente por: (i) usufruírem de uma maior liberdade do controlo do Ministério da Saúde; (ii) possuírem acesso facilitado ao financiamento de capital; e (iii) serem autorizados a acumular *superavits* ou *deficits* (temporários), embora permaneçam sujeitas a um sistema de auditoria e inspeção externa. Os FT permanecem no âmbito do SNS, sendo o seu desempenho financeiro regulado pelo Monitor, enquanto que a prestação dos cuidados de saúde são regulados pela Comissão de Qualidade dos Cuidados (Commission Quality Care – CQC), a semelhança dos *Acute trusts*. O objetivo do Governo é que todos os hospitais públicos adquiram o estatuto de FT. Aquando da criação das primeiras FT em 2004, a intenção do governo era que até 2008 todos os hospitais estivessem habilitados a adquirir o estatuto de FT. Contudo, apesar dos diversos esforços realizados neste sentido, tal não se verificou. Um relatório

de 2011 da *National Audit Office*, sublinhou que os desafios que impedem esta transição incluem questões financeiras, de qualidade e de governança dentro das próprias organizações, bem como questões mais profundas e de longa data, como por exemplo, o tamanho e a localização destas entidades, que limita a sua capacidade de prestar serviços de saúde de forma eficiente e eficaz. Em 2012, a *NHS Trust Development Authority* (TDA), entidade responsável por monitorizar o desempenho das NHS Trusts e apoiar a transição das mesmas para o estatuto de FT, assumiu o compromisso de nos próximos quatro anos concretizar este grande objetivo. Para o Governo, era expectável que até abril de 2014 todas as entidades “trusts” teriam o estatuto de FT, o que novamente não se veio a concretizar. Segundo dados da TODA, em março de 2014, o número total de NHS trusts era de 102 entidades, sendo que 62 eram hospitais. Mais recentemente, em 2012, o SNS Britânico foi alvo de uma nova reestruturação que resultou em importantes alterações. Esta nova reforma tinha por fundamento combater os desafios que nos últimos anos têm ameaçado os princípios essenciais do SNS criado em 1948. Estes desafios residem essencialmente no aumento da procura e dos custos dos cuidados e na necessidade de melhoria em áreas específicas do SNS. Com esta reforma, importantes funções do Departamento de Saúde e do Secretário de Estado da Saúde foram transferidas para uma nova entidade, o Conselho de Comissão do NHS (*NHS Commissioning Board*), destacando-se a gestão do orçamento do SNS, permanecendo o Departamento de Saúde e o Secretário de Estado da Saúde responsáveis pela definição das políticas nacionais de saúde e pela gestão do SNS como um todo. É de referir que posteriormente o Conselho de Comissão foi renomeado para NHS Inglaterra (*NHS England*). O NHS Inglaterra, juntamente com o Monitor, passou também a ser responsável pela fixação das taxas dos HRGs. Além disso, atua como comissário na compra de alguns serviços especializados de baixo volume, tais como a cirurgia pediátrica cardíaca, a imunização nacional e programas de rastreio e serviços de cuidados primários, incluindo clínica geral, odontologia e farmácia. Por sua vez, o Monitor, é responsável por atribuir o esta-

tuto de FT às *NHS trusts* e monitorizar o desempenho financeiro das FTs. Com esta reforma passou a ser a entidade reguladora da saúde, responsável pelos prestadores públicos e privados. Estas alterações introduziram novas responsabilidades para promover o “cuidado integrado”, ou seja, ligações de trabalho mais próximas entre os hospitais e os serviços de saúde de base comunitária, incluindo os cuidados de saúde primários e de assistência social. O NHS Inglaterra, o Monitor e os CCGs são os responsáveis pela promoção de tal “integração”, conforme determina a Lei de Saúde e de Assistência Social de 2012, da qual resultou tais reformas.

## 5. Conclusões

Nos últimos anos, um conjunto amplo de reformas foi implementado no sistema de saúde Britânico. Estas reformas apresentaram elementos similares a outros países, como a separação das funções de financiador e de prestador e a adoção de mecanismos de contratualização. A separação financiador-prestador no SNS em 1991 foi promovida com o propósito de introduzir uma maior concorrência no setor hospitalar, tendo os mecanismos de contratualização sido aperfeiçoados ao longo dos últimos anos. A semelhança dos hospitais portugueses, os hospitais do SNS são atualmente financiados através de um contrato-tipo (*NHS Standards Contract*) inserido num processo de contratualização definido centralmente pelo governo (Boyle, 2011). O SNS tem seguido nos últimos anos uma estratégia de promoção de cuidados integrados, tendo sido em 2012 implementada uma importante reforma estrutural que introduziu novas responsabilidades a um conjunto de entidades responsáveis pela sua gestão. Relativamente aos sistemas de pagamento das entidades hospitalares os resultados vão de encontro à tendência verificada a nível internacional, ou seja da adoção de sistemas prospetivos em detrimento dos mecanismos de pagamento retrospectivos (Wiley, 2011). No SNS Britânico a adoção de um sistema de pagamento com base nos DRG apenas se verificou em 2003 com a introdução de um novo mecanismo de pagamento “*Payments-by-Results*”. Por fim, ao longo do presente trabalho foi possível

concluir que a PMM, desde 1991, aquando da separação financiador-prestador e da introdução do sistema de contratualização, tem assumido um importante papel, com a adoção de sistemas mais sofisticados, no âmbito dos sistemas de financiamento hospitalar do SNS Britânico. Efetivamente, desde este período tem havido uma evolução ao nível dos sistemas adotados de modo a acompanhar o aumento da complexidade nos sistemas de contratualização e de pagamento das entidades hospitalares. Uma das grandes novidades introduzidas a este nível foi a adoção de um sistema de avaliação de desempenho em 1999, o qual havia sido desenvolvido com base na abordagem do *Balanced Scorecard*. Para além dos propósitos inerentes a adoção de um sistema de avaliação de desempenho, a implementação deste sistema no SNS visou criar uma cultura de *Performance Management* nas entidades prestadoras de cuidados de saúde e no sistema de saúde como um todo. Considerado como um método inovador e abrangente, este sistema tem sido utilizado como uma ferramenta de apoio ao nível do planeamento estratégico e controlo, tanto pelo sistema de saúde como pelas entidades hospitalares.

## **Bibliografia**

- Aidemark, L-G., & Funck, E. K. 2009. Measurement and health care management. *Financial Accountability & Management*, 25 (2): 253-276.
- Anthony, R., & Govindarajan, V. 2007. *Management Control Systems* (12th ed.). Boston: McGraw-Hill.
- Appleby, J., Harrison, T., Hawkins, L., & Dixon, A. 2012. *Payment by Results: How can payment systems help to deliver better care?*. UK: The King's Fund.
- Ballantine, J., Brignall, Stan., & Modell, S. 1998. Performance measurement and management in public health services: A comparison of U.K. and Swedish practice. *Management Accounting Research*, 9 (1): 71-94.
- Barnum, H., Kutzin, J., & Saxenian, H. 1995. Incentives and provider payment methods. *The International Journal of Health Planning and Management*, 10 (1): 23-45.
- Barros, P. P., & Gomes, J-P. 2002. *Os Sistemas Nacionais de Saúde da União Europeia, Principais Modelos de Gestão Hospitalar e Eficiência no Sistema Hospitalar Português*. Lisboa: Faculdade de Economia da Universidade Nova de Lisboa.
- Bentes, M. 1998. *O financiamento dos hospitais*. Lisboa: Instituto de Gestão Informática e Financeira da Saúde. Disponível em: [http://www.acss.min-saude.pt/Portals/0/Bentes\\_M%20IGIF%201998.pdf](http://www.acss.min-saude.pt/Portals/0/Bentes_M%20IGIF%201998.pdf).

- Boyle, S. 2011. United Kingdom (England): Health system review. *Health Systems in Transition*, 13 (1): 1–486.
- Busse, R., Geissler, A., Quentin, W., & Wiley, M. 2011. *Diagnosis-Related Groups in Europe*. Maidenhead, Berkshire: Open University Press.
- Chang, L.C. 2006. Managerial responses to externally imposed performance measurement in the NHS: An institutional theory perspective. *Financial Accountability & Management*, 22 (1): 63-85.
- Chang, L.C. 2009. The impact of political interests upon the formulation of performance measurements: The NHS star rating system. *Financial Accountability & Management*, 25(2): 145-165.
- Conrad, L., & Guven-Uslu, P. 2011. Investigation of the impact of 'Payment by Results' on performance measurement and management in NHS Trusts. *Management Accounting Research*, 22 (1): 46–55.
- Conrad, L., & Guven-Uslu, P. 2012. UK health sector performance management: Conflict, crisis and unintended consequences. *Accounting Forum*, 36 (4): 231– 250.
- Costa, C. 1990. Financiamento de serviços de saúde – a definição de preços. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 8 (2): 65-72.
- Costa, C, Santana, R., & Boto, P. 2008. Financiamento por capitação ajustada pelo risco: Conceptualização e aplicação. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 7: 67-102.
- Denzin, N. and Lincoln, Y. (2000) *Handbook of Qualitative Research*, 2<sup>nd</sup> edition, Thousand Oaks, CA: Sage.
- Duran, A., Sheiman, I., Schneider, M., & Øvretveit, J. 2005. Purchasers, providers and contracts. In Figueras, J., Robinson, R., & Jakubowski. *Purchasing to improve health systems performance*: 187-214. Maidenhead, Berkshire: Open University Press.
- Ferreira, A., & Otley, D. 2009. The design and use of performance management systems: An extended framework for analysis. *Management Accounting Research*, 20 (1): 263–282.
- Figueras, J., Robinson, R., & Jakubowski, E. 2005. *Purchasing to improve health systems performance*. Maidenhead, Berkshire: Open University Press.
- Geissler, A., Quentin, W., Scheller-Kreinsen, D., & Busse, R. 2011. Introduction to DRGs in Europe: Common objectives across different hospital systems. In Busse, R., Geissler, A., Quentin, W., & Wiley, M. *Diagnosis-Related Groups in Europe*: 9-22. Maidenhead, Berkshire: Open University Press.
- Goddard, M., Mannion, R., & Smith, P. C. 1999. Assessing the performance of NHS Hospital Trusts: The role of 'hard' and 'soft' information. *Health Policy*, 48 (1): 119-134.
- Grafton, J., Abernethy, M.A., & Lillis, A. M. 2011. Organisational design choices in response to public sector reforms: A case study of mandated hospital networks. *Management Accounting Research* 22 (1): 242– 268.
- Guven-Uslu, P., & Conrad, L. 2011. A longitudinal study of change in the English National Health Service. *Financial Accountability & Management*, 27 (4): 385-408.
- Jegers, M., Kesteloot, K., De Graeve, D., & Gilles, W. 2002. A typology for provider payment systems in health care. *Health Policy*, 60 (3): 255–273.
- Mason, J. (2002). *Qualitative researching* (2nd ed.). Thousand Oaks, California: Sage.



- Miles M. B., & Huberman, A. M. [1994]. *Qualitative data analysis*. Thousand Oaks, California: Sage.
- Modell, S. 2001. Performance measurement and institutional processes: A study of managerial responses to public sector reform. *Management Accounting Research*, 12 (1): 437–464.
- Monitor & NHS England. 2013. *2014/15 National Tariff Payment System*. London: Monitor e NHS England. Disponível em: [https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment\\_data/file/300547/2014-15\\_National\\_Tariff\\_Payment\\_System\\_-\\_Revised\\_26\\_Feb\\_14.pdf](https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/300547/2014-15_National_Tariff_Payment_System_-_Revised_26_Feb_14.pdf).
- OECD. 1999. Integrating financial management and performance management. Disponível em: <http://www.oecd.org/officialdocuments/publicdisplaydocumentpdf/?cote=PUMA/SB0%2899%294/FINAL&docLanguage=En>.
- Robinson, R., Jakubowski, E., & Figueras, J. 2005. Organization of purchasing in Europe. In Figueras, J., Robinson, R., & Jakubowski. *Purchasing to improve health systems performance*: 11-43. Maidenhead, Berkshire: Open University Press.
- Ryan, B.; Scapens, R.; Theobald, M. [2002]. *Research Method and Methodology in Finance & Accounting*. 2<sup>nd</sup> edition, London: Thomson Learning.
- Scott, S. J. 1984. The Medicare Prospective Payment System. *The American Journal of Occupational Therapy*, 38 (5): 330-334.
- Silverman, D. [2005] *Doing Qualitative Research*. Thousands Oaks, CA: Sage.
- Smith, P. C., Mossialos, E., Papanicolas, I., & Leatherman, S. 2009. *Performance measurement for health system improvement: Experiences, challenges and prospects*. New York: Cambridge University Press.
- Thomson, S., Osborn, R., Squires, D., & Jun, M. 2013. *International profiles of healthCare systems*. The Commonwealth Fund.
- Valente, M. C. 2010. Contratualização em contexto hospitalar. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 9: 25-39.
- Van der Wess, P. J., Sanden, M. W. G. N., Ginneken, E., Ayanian, J. Z., Schneider, E. C., & Westert, G. P. 2014. Governing health care through performance measurement in Massachusetts and the Netherlands. *Health Policy*, 116 (1): 18–26.
- Wiley, M. 2011. From the origins of DRGs to their implementation in Europe. In Busse, R., Geissler, A., Quentin, W., & Wiley, M. *Diagnosis-Related Groups in Europe*: 3-8. Maidenhead, Berkshire: Open University Press.

