

INSTITUTO POLITÉCNICO DE LISBOA  
INSTITUTO SUPERIOR DE CONTABILIDADE  
E ADMINISTRAÇÃO DE LISBOA



ISCAL

ESTUDO PARA A IMPLEMENTAÇÃO DO  
*BALANCED SCORECARD* NO CENTRO  
HOSPITALAR DE LISBOA OCIDENTAL

---

Florentina Iulia Spînzurici Leonte

Lisboa, abril de 2017



INSTITUTO POLITÉCNICO DE LISBOA  
INSTITUTO SUPERIOR DE CONTABILIDADE E  
ADMINISTRAÇÃO DE LISBOA

ESTUDO PARA A IMPLEMENTAÇÃO DO  
*BALANCED SCORECARD* NO CENTRO  
HOSPITALAR DE LISBOA OCIDENTAL

Florentina Iulia Spînzurici Leonte

Dissertação submetida ao Instituto Superior de Contabilidade e Administração de Lisboa para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do grau de Mestre em Contabilidade, realizada sob a orientação científica da Doutora Paula Alexandra Rocha Gomes dos Santos, professora da área científica de Contabilidade e Auditoria e coorientação da Mestre Tânia Mafalda Antunes Saraiva, professora da área científica de Contabilidade e Auditoria.

Constituição do Júri:

Presidente \_\_\_\_\_ Doutor Orlando da Costa Gomes

Arguente \_\_\_\_\_ Doutora Célia Vicente

Vogal \_\_\_\_\_ Doutora Paula Gomes dos Santos

Lisboa, abril de 2017

Declaro ser a autora desta dissertação, que constitui um trabalho original e inédito, que nunca foi submetido (no seu todo ou qualquer das suas partes) a outra instituição de ensino superior para obtenção de um grau académico ou outra habilitação. Atesto ainda que todas as citações estão devidamente identificadas. Mais acrescento que tenho consciência de que o plágio – a utilização de elementos alheios sem referência ao seu autor – constitui uma grave falta de ética, que poderá resultar na anulação da presente dissertação.

## **Agradecimentos**

Ao concluir esta dissertação cumpre-me agradecer ao meu companheiro perante quem me sinto constrangida por não conseguir encontrar uma forma de expressar como ele é verdadeiramente extraordinário. Uma coisa é certa chegar até aqui não teria sido possível sem ele.

À minha família e em particular aos meus pais por me terem possibilitado ser quem sou.

Um agradecimento muito especial à Professora Doutora Paula Alexandra Rocha Gomes dos Santos que com amizade, paciência e superior inteligência me orientou para conseguir chegar à concretização desta dissertação.

Agradeço à Professora Tânia Mafalda Antunes Saraiva pelas sugestões transmitidas para a realização deste trabalho.

Agradeço também aos meus professores que, certamente com tolerância, me foram munindo dos conhecimentos que me permitiram avançar para este desafio.

Finalmente agradeço aos colegas e amigos que me incentivaram a avançar na minha formação sem deixarem de dar contributos e opiniões críticas.

## Resumo

Os serviços de cuidados de saúde obrigam a uma melhoria contínua, seja pela crescente tendência de privatização dos serviços públicos ou pela intensificação da concorrência, e bem como pelo aumento das exigências em termos de qualidade e satisfação dos utentes. Compreender a importância que o *Balanced Scorecard* pode assumir na condução da atividade hospitalar, é fundamental para se procurar a melhoria da atividade, da efetividade, da qualidade e da eficiência dos serviços prestados e do alinhamento destes com a estratégia.

A presente dissertação tem como objetivo investigar em que medida o *Balanced Scorecard* se torna útil para o desempenho organizacional hospitalar considerando os sistemas de avaliação existentes para este setor. Na definição do *Balanced Scorecard* utilizamos um modelo baseado em Kaplan (1999) e Caldeira (2010).

Com o estudo, foi possível identificar a possibilidade de conseguir, pela melhoria de gestão do capital humano, uma diminuição do custo com o pessoal obtendo, simultaneamente, um aumento da efetividade dos cuidados de saúde.

Melhorando o planeamento e a gestão do capital humano assegura-se, por um lado, maior produtividade, menor desperdício de recursos financeiros e uma utilização mais racional dos meios disponíveis e, por outro lado, um aumento da efetividade dos cuidados de saúde, aumento do número de consultas, melhoria dos tempos de espera e uma redução do custo médio por consulta.

**Palavras-Chave:** *Balanced Scorecard*, centro hospitalar, eficiência, estratégia, indicadores.

## **Abstract**

*The health care services require a continuous improvement, either by the growing trend toward the privatization of public services or by the intensification of competition caused by globalization, as well as by the increased requirements in terms of quality and user satisfaction.*

*Understanding the importance that the Balanced Scorecard assumes in the hospital management activities, as a strategic management tool, is fundamental to seek the improvement and effectiveness of activities, quality and efficiency of the services rendered and the alignment of these with the strategy.*

*This dissertation aims to investigate to what extent the Balanced Scorecard becomes useful for organizational performance considering the existing evaluation systems for the sector.*

*The dissertation is a case study based on document content analysis using the scientific repositories and websites. For the definition of the Balanced Scorecard we used a model based on Kaplan (1999) e Caldeira (2010).*

*With this study, it was possible to identify, by improving human capital management, the possibility to reduce costs with the employees, as well as an increase of the effectiveness of health care services.*

*Improving the planning and management of staff ensures greater productivity, more rational use of resources and, on the other hand, an increase in the number of consultation, reduction of the waiting time and the average cost of consultation.*

**Keywords:** *Balanced Scorecard, hospital, efficiency, strategy, indicators.*

# Índice

Índice de Quadros .....	ix
Índice de Figuras.....	x
Índice de Tabelas .....	xi
1. Introdução .....	1
1.1 Contexto do estudo .....	1
1.2 Objetivos e justificação do estudo .....	2
1.3 Estrutura da dissertação .....	3
2. Estratégia e o sistema de avaliação de desempenho .....	4
2.1 Conceito e tipos de estratégia .....	4
2.2 Caracterização do sistema de avaliação e medição do desempenho .....	6
2.2.1 Plano operacional.....	7
2.2.2 Controlo orçamental .....	8
2.3 Instrumentos de controlo e gestão estratégica .....	13
2.3.1 <i>Tableau de Bord</i> .....	13
2.3.2 <i>Balanced Scorecard</i> .....	14
2.3.3 <i>Tableau de Bord</i> vs. <i>Balanced Scorecard</i> .....	23
2.4 Particularidades do modelo <i>BSC</i> nas organizações do setor público.....	24
2.5 Vantagens e limitações do <i>Balanced Scorecard</i> .....	28
3. As Entidades Públicas Empresariais e as características do sistema de avaliação hospitalar.....	29
3.1 As Entidades Públicas Empresariais.....	29
3.2 Gestão de serviços de saúde em hospitais públicos .....	29
3.3 Controlo de gestão hospitalar .....	30
3.4 Evolução do sistema de avaliação .....	32
3.4.1 O Modelo de <i>Benchmarking</i> Hospitalar da ACSS.....	36
3.4.2 Sistema nacional de avaliação em saúde - SINAS – ERS .....	37
3.4.3 Contratualização .....	39
3.5 <i>Balanced Scorecard</i> vs. atuais sistemas de avaliação hospitalar .....	42
3.6 Indicadores de desempenho hospitalares .....	43
4. O <i>Balanced Scorecard</i> no Centro Hospitalar Lisboa Ocidental .....	48
4.1 Metodologia .....	48
4.2 Caracterização do Centro Hospitalar .....	49

4.3 Medidas de avaliação de desempenho .....	54
4.4 Definição da estratégia.....	55
4.5 Definição do <i>Balanced Scorecard</i> .....	57
4.5.1 Objetivos estratégicos .....	57
4.5.2 Mapa estratégico .....	58
4.5.3 Metas e indicadores .....	61
4.5.4 Iniciativas.....	64
4.6 Integração do <i>BSC</i> com os sistemas de informação .....	66
4.7 Resultados.....	67
5. Conclusões.....	72
5.1 Principais conclusões.....	72
5.2 Limitações do trabalho.....	74
5.3 Recomendações para futuros estudos .....	74
Referências Bibliográficas.....	75
Legislação .....	79
Apêndice.....	80

## Índice de Quadros

Quadro 2.1 - Componentes orçamentais.....	9
Quadro 2.2 - Fases de evolução do <i>Tableau de Bord</i> .....	14
Quadro 2.3 - Fases de evolução do <i>Balanced Scorecard</i> .....	15
Quadro 2.4 - Semelhanças e diferenças entre o <i>TdB</i> e <i>BSC</i> .....	23
Quadro 2.5 - Perspetivas do <i>BSC</i> no Setor Público .....	27
Quadro 3.1 - Características da atividade dos hospitais .....	30
Quadro 3.2 - Funções e características da gestão da saúde no contexto SNS .....	32
Quadro 3.3 - Perspetivas da qualidade dos serviços hospitalares.....	35
Quadro 3.4 - Diferenças entre o <i>BSC</i> e os atuais sistemas de avaliação.....	42
Quadro 3.5 - Indicadores frequentemente utilizados .....	43
Quadro 3.6 - Distribuição dos indicadores pelo <i>BSC</i> .....	46
Quadro 4.1 - Perspetivas de avaliação de desempenho do CHLO .....	55
Quadro 4.2 - Mapa estratégico.....	59
Quadro 4.3 - Indicadores e metas .....	62
Quadro 4.4 - Fonte da informação .....	66

## Índice de Figuras

Figura 2.1 - Orçamento Continuo .....	12
Figura 2.2 - Proposta de valor ao cliente .....	18
Figura 2.3 - Relação causa e efeito para o Setor Público.....	25
Figura 3.1 - Estrutura hierárquica e funcional do SNS.....	31
Figura 3.2 - Diagrama dos sistemas de contratualização .....	40
Figura 3.3 - Diagrama dos sistemas de avaliação .....	41
Figura 3.4 - Distribuição dos indicadores hospitalares por perspetiva em Portugal.....	44
Figura 3.5 - Distribuição dos indicadores hospitalares por perspetiva nos EUA .....	45
Figura 4.1 - Organograma do CHLO .....	52
Figura 4.2 - Análise <i>SWOT</i> .....	56

## Índice de Tabelas

Tabela 4.1 - Dados relativos a atividade do CHLO .....	53
Tabela 4.2 - Impacto do aumento do n.º de consultas.....	67
Tabela 4.3 - Custo com os medicamentos.....	68
Tabela 4.4 - Custo com o pessoal médico.....	69
Tabela 4.5 - Aumento da taxa de ocupação .....	70

## **Lista de Abreviaturas**

- ACSS – Administração Central do Sistema de Saúde
- ARS - Administração Regional de Saúde
- ARSLVT – Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo
- BSC – *Balanced Scorecard*
- CHLO – Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental
- CTH – Consulta a Tempo e Horas
- DGS – Direção-Geral da Saúde
- EPE – Entidade Pública Empresarial
- ERS – Entidade Reguladora da Saúde
- FCS – Fatores críticos de sucesso
- FSE – Fornecimentos e Serviços Externos
- JCI - *Joint Commission International*
- MS – Ministério da Saúde
- OCDE – Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico
- PNS – Plano Nacional de Saúde
- SAM – Sistema de Apoio ao Médico
- SICA – Sistema de Informação para Contratualização e Acompanhamento
- SIEF – Sistema de Informação Económico Financeira
- SIGIC – Sistema de Gestão de Inscritos para Cirurgia
- SONHO – Sistema Integrado de Informação Hospitalar
- SINAS – Sistema Nacional de Avaliação em Saúde
- SNS – Sistema Nacional de Saúde
- SQ – Sistema de Qualidade
- SWOT – *Strengths, Weaknesses, Opportunities and Threats*
- TdB – *Tableau de Bord*
- TMRG – Tempo Máximo de Resposta Garantido

# 1. Introdução

## 1.1 Contexto do estudo

O ambiente económico restritivo, decorrente da necessidade de diminuição da despesa com a saúde (Memorando de Entendimento, 2011) impôs reformas, entre 2011 e 2014, que conduziram a melhorias no acesso, na qualidade e na eficiência do sistema de saúde (Despacho n.º 10601/2011; Portaria n.º 82/2014), e contribuíram para a sustentabilidade financeira do sistema (OCDE, 2015). A despesa com a saúde representava 9,9% do Produto Interno Bruto em 2011 e 9,1% em 2013 (OCDE, 2015) e a dívida hospitalar ascendia a 1.625 milhões de euros em 2012 (Vale *apud* Costa, 2012<sup>1</sup>).

A saúde é definida como « um estado dinâmico de bem-estar caracterizado pelo potencial físico, mental e social que satisfaz as necessidades vitais de acordo com a idade, cultura e responsabilidade pessoal » (Bircher 2005 *apud* DGS-MS, 2012, p. 13<sup>2</sup>).

As organizações de saúde consomem muitos recursos financeiros (Ramos e Matos, 2009; Torres, 2010), mesmo tendo em conta um quadro restritivo traduzido no respetivo orçamento.

Apesar da tendência decrescente das despesas com a saúde, Portugal continua a gastar, em termos relativos, mais neste setor que a maioria dos outros países (OCDE, 2015).

Os hospitais públicos são financiados tendo por base objetivos definidos pela tutela e a medição do desempenho é definida pelo cumprimento dos objetivos, em termos de qualidade, eficiência dos processos, adequada utilização dos recursos e eficácia na prestação de cuidados de saúde (CHLO, 2016; Miranda, 2015), o que nos conduz a considerar a necessidade de um nível mais detalhado e fiável de informação, que será importante para melhorar o controlo e definir novas estratégias de gestão.

O caso em estudo enquadra-se no setor da saúde, em particular no Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, que será submetido a uma análise com o objetivo de definir um *Balanced Scorecard (BSC)* e evidenciar a importância que esta ferramenta pode assumir na gestão da atividade hospitalar.

---

<sup>1</sup> Vale, Maria de Lurdes, (2011). *O estado da saúde: O verdadeiro retrato de Portugal*. Gradiva Publicações.

<sup>2</sup> Bircher, J. (2005). *Towards a dynamic definition of health and disease*. Med, Health Care and Philosophy.

Os sistemas de avaliação existentes geridos por várias entidades de forma institucional e individualizada, conduzem necessariamente a consumos de recursos financeiros e humanos superiores ao que seria necessário, dado que, segundo Miranda (2015, p. 45), «a informação é tratada de natureza administrativa cujos dados poderão apresentar problemas de qualidade devido à falta de precisão [dos registos].» como também, por outro lado, podem conter lacunas.

A situação seria diferente caso os sistemas de informação estivessem fundidos num único sistema, devidamente integrado, com um nível de automatização elevado e cujos dados resultantes ficariam à disposição de todos os interessados e, assim como nos sistemas existentes, diferenciar-se-ia apenas o nível de acesso aos mesmos (Kaplan e Norton, 1996; Torres, 2010).

Nos hospitais públicos portugueses esta ferramenta assume maior importância uma vez que são financiados por meio do Orçamento do Estado (Matos e Ramos, 2009).

## **1.2 Objetivos e justificação do estudo**

O nosso trabalho tem como objeto de estudo o Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental (CHLO). O objetivo principal do estudo é apresentar uma proposta de *BSC* para o CHLO, considerando os atuais sistemas centralizados de monitorização do desempenho promovidos pela Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS) e Entidade Reguladora da Saúde (ERS).

Com vista a reforçar a utilidade desta ferramenta, tal como referido por Russo (2009), inter-relacionamos o *BSC* com indicadores que são do interesse de vários organismos públicos como é o caso dos reguladores e entidades gestoras deste setor.

Pretendemos identificar indicadores no sentido de avaliar de que modo a integração dos diversos sistemas de avaliação com o *Balanced Scorecard* beneficia o desempenho operacional, agiliza a comunicação da informação para a gestão e facilita a tomada de decisão.

Pelo presente estudo pretendemos propor um modelo que permita que, por um lado, a informação complexa, necessária ao órgão de gestão para a tomada de decisão, deixe de estar dispersa pelas entidades que a administram, tornando mais fácil a tomada de medidas em tempo útil e, por outro lado, evitar a sobrecarga dos funcionários, deixando deste modo, de recolher dados, elaborar e fornecer a respetiva informação.

Pretendemos, ainda, procurar uma forma eficaz e eficiente de obtenção da informação que vá ao encontro das necessidades da gestão, tanto mais que nos encontramos numa época em que a necessidade para reestruturação e privatização dos serviços públicos aumenta.

Em síntese, o presente trabalho tem os seguintes objetivos :

- Elaborar um *BSC* para o CHLO, contendo um sistema centralizado de monitorização do desempenho que corresponda, simultaneamente, às necessidades de informação da Administração Central do Sistema de Saúde (A.C.S.S.) e da Entidade Reguladora da Saúde (E.R.S.);
- Propor um modelo que permita uma forma mais eficiente de obtenção de informação tornando mais fácil a tomada de decisão e,
- Evidenciar a importância que o *BSC* pode assumir na gestão da atividade hospitalar.

### **1.3 Estrutura da dissertação**

A dissertação está estruturada em cinco capítulos, sendo no primeiro capítulo apresentados os objetivos, a relevância do tema e o enquadramento do estudo.

No capítulo seguinte, abordamos os conceitos da estratégia e avaliação de desempenho, o plano operacional, o controlo orçamental, *Tableau de Bord* e o *Balanced Scorecard* como ferramenta de gestão estratégica, as quatro perspetivas, o mapa estratégico, os indicadores, as relações causa-efeito e as particularidades do *Balanced Scorecard* no setor público.

No terceiro capítulo, será feita uma breve apresentação das Entidades Públicas Empresariais e serão apresentados e caracterizados os diversos sistemas existentes de avaliação do desempenho hospitalar e dos indicadores aplicáveis aos cuidados de saúde e aos serviços hospitalares.

O quarto capítulo reservado ao caso particular em estudo onde são apresentadas melhorias possíveis, em plano teórico, resultantes do modelo proposto de *BSC*.

No último capítulo apresentamos as conclusões da dissertação. Neste são, ainda, apresentadas as limitações encontradas no desenvolvimento do trabalho e algumas linhas orientadoras para futuros estudos possíveis ligados a este tema.

## **2. Estratégia e o sistema de avaliação de desempenho**

### **2.1 Conceito e tipos de estratégia**

A estratégia implica o aproveitamento de oportunidades para obtenção de mais recursos e de novas competências organizacionais num constante ajustamento da organização ao seu meio envolvente (Nunes, 2013).

Para Nunes (2013), a estratégia de uma organização baseia-se na geração e utilização de recursos e competências e passa pela definição de um conjunto de ações, resultantes do conhecimento e competências adquiridas, diferenciando as suas atividades.

Major e Vieira (2009, p.303) afirmam que «[a] estratégia é influenciada pela envolvente externa, a qual também afeta a concepção e o uso dos sistemas de controlo de gestão».

Para Horngren, Foster, Datar, Rajan e Ittner (2008), a estratégia descreve como uma organização pode criar valor para os seus clientes, enquanto cria oportunidades de diferenciação face aos concorrentes e específica de que modo a organização faz a correspondência das suas competências com as oportunidades de mercado para atingir os objetivos propostos.

Os constrangimentos financeiros das entidades públicas, em geral, influenciam as suas estratégias (Matos e Ramos, 2009), políticas de investimento e financiamento o que afeta o desenvolvimento organizacional.

Para Nunes (2013), uma estratégia salienta os conceitos de diferenciação e eficiência. Através de diferenciação, as organizações assumem uma posição no mercado diferente dos concorrentes, enquanto a eficiência lhes serve como um meio de referenciação, por se querer fazer o mesmo, mas melhor que os outros concorrentes.

Assim, Horngren *et al.* (2008) e Freire (2000), definem a diferenciação como a capacidade de oferecer serviços únicos e de qualidade superior obtidos com recurso à investigação e inovação o que contribui para a retenção dos clientes.

Os mesmos autores consideram que uma estratégia de custos implica a capacidade de atingir preços mais baixos para produtos e serviços similares aos concorrentes, seja pelo aumento da produtividade ou pelo aumento da eficiência, seja pela redução de desperdícios e um controlo de custos apertado.

Segundo Freire (2000, p. 20) «[o] sucesso empresarial é reconhecido pela sobrevivência a longo prazo da organização e pelo crescimento sustentado das suas vendas [ou prestação de serviços], pela obtenção de uma rentabilidade adequada e pela demonstração de uma sólida capacidade de inovação».

Kaplan e Norton (1996) consideram que a estratégia deve adaptar-se aos novos desenvolvimentos, solicitando-se ideias a todos os membros da organização, uma vez que são estes um dos elementos que contribuem para o sucesso da organização.

Uma das características mais marcantes dos hospitais financiados com recurso ao Orçamento do Estado, segundo Matos e Ramos (2009), é a falta de uma competição real entre hospitais públicos. Este facto deriva não só da forma do financiamento garantido aos hospitais, como pela organização, administração e controlo do setor hospitalar no âmbito do Serviço Nacional de Saúde (SNS).

Não sendo o objeto deste estudo a procura de formas novas de organização e financiamento do sistema de saúde, permitimo-nos apenas considerar que a limitação das capacidades se deve, entre outras, ao facto de se encontrar sujeitas às políticas públicas e, por consequência, sujeitas ao constrangimento dos recursos financeiros, limitados à «capacidade financeira da população [como contribuintes fiscais] que terá sempre que suportar este encargo» (Torres, 2010, p.71).

A competitividade das empresas no mercado pode ser determinada pelos fatores críticos de sucesso (FCS) que, se relacionados aos objetivos e à manutenção das suas vantagens competitivas, influenciam diretamente o desempenho da organização.

Os fatores críticos de sucesso servem de base para a análise *SWOT*<sup>3</sup>, sendo esta uma ferramenta utilizada no planeamento estratégico que permite analisar os principais fatores que condicionam o sucesso, diagnostica os pontos fortes, os pontos fracos, as ameaças e as oportunidades de uma empresa.

Para Russo (2009), *SWOT* é uma análise que relaciona os pontos fortes e fracos da organização com as oportunidades e ameaças do seu meio envolvente, tendo como objetivo minimizar as suas fraquezas e converter em oportunidades as ameaças detetadas no seu ambiente, pelo reforço das suas competências centrais.

---

<sup>3</sup> Representa as *Strengths* (forças), *Weaknesses* (fraquezas), *Opportunities* (oportunidades), *Threats* (ameaças) da organização.

## 2.2 Caracterização do sistema de avaliação e medição do desempenho

Para Abernethy e Chua *apud* Major e Vieira (2009<sup>4</sup>, p.303), no âmbito do controlo de gestão, o sistema de avaliação e medição é um mecanismo concebido e implementado «para aumentar a probabilidade de que os atores organizacionais irão comportar-se de forma consistente com os objetivos [...] organizacionais».

Um sistema de avaliação permite compreender de que modo a transformação e mudança da organização é essencial para o sucesso da organização (Torres, 2010).

Para os gestores poderem avaliar em que medida a organização está a caminhar no sentido desejado não basta que os gestores apenas avaliem o desempenho financeiro, uma vez que, como sistema tradicional de avaliação de desempenho, orientam os gestores para uma análise retrospectiva baseada em acontecimentos passados. Este sistema é considerado limitado tanto como sistema de informação, como de avaliação (Jordan, Neves e Rodrigues, 2008).

No contexto económico atual são os fatores não financeiros que garantem a sustentabilidade da capacidade competitiva das organizações (Russo, 2009).

Para Kaplan e Norton (1996), o ambiente competitivo exige capacidades de mobilizar e explorar os ativos intangíveis face os novos pressupostos operacionais do atual ambiente competitivo, nomeadamente:

- cruzamento de funções – a organização opera por meio dos processos de negócios integrados que atravessam as funções tradicionais do negócio;
- ligação para os clientes e fornecedores – um sistema integrado a montante a partir dos pedidos dos clientes para os fornecedores de materiais permite que, as unidades funcionais ao longo da cadeia de valor, realizam melhorias no custo, qualidade e tempo de resposta para a prestação do serviço;
- segmentação do cliente – as organizações aprendem a oferecer produtos e serviços personalizados aos diferentes segmentos de clientes;

---

<sup>4</sup> Abernethy, M. A. e Chua, W. F. (1996). A field study of control system «redesign»: The impact of institutional process on strategic choice. In *Contemporary accounting research*, 13(2). pp. 569-606.

- escala global – as empresas devem combinar as eficiências e capacidades competitivas nas atividades globais com um marketing orientado para o mercado local;
- inovação – em setores de atividade com rápidas alterações tecnológicas as organizações devem antecipar as necessidades futuras dos clientes, conceber novos produtos e criar serviços por meio de novas tecnologias de rápida implantação e processos operacionais eficientes de entrega dos produtos e prestação dos serviços;
- trabalhadores do conhecimento – os trabalhadores devem contribuir para a criação de valor através do conhecimento detido e as informações que estes podem fornecer. Investir, explorar e gerir o conhecimento que os trabalhadores possuem torna-se crítico para o sucesso organizacional.

Os supracitados autores afirmam que os ativos intangíveis permitem:

- desenvolver um clima de fidelidade dos clientes e conseguir novos segmentos de clientes e mercado de uma forma eficiente e eficaz;
- lançar produtos e serviços inovadores que sejam desejados pelos seus clientes;
- criar produtos personalizados de qualidade superior a um custo reduzido e com ciclos de produção mais curtos;
- mobilizar as competências e motivar os colaboradores para uma melhoria contínua dos processos, qualidade e tempos de resposta;
- utilizar tecnologia da informação, base de dados e sistemas de informação.

### **2.2.1 Plano operacional**

Para Jordan *et al.* (2008) o plano operacional é uma ferramenta que ajuda a implementação da estratégia que apoia na elaboração de planos de ação e tem como principal função a determinação de medidas necessárias e quantificação dos objetivos da organização.

O plano operacional é integrado com o plano estratégico e tem como objetivo assegurar a coerência dos objetivos de longo prazo com os objetivos de curto prazo e garantir a interligação entre os diversos planos de ação e medidas, no sentido de se evitar a duplicação dos recursos associados à sua execução.

Para Jordan *et al.*(2008) a determinação de um plano implica a afetação de recursos e dos meios a utilizar na prossecução dos objetivos e contribui para a tomada de decisões em relação às atividades que se pretendem executar no ano seguinte. Os autores consideram ser esta a razão pela qual o plano de atividades da organização deve ser integrado com o plano estratégico, uma vez que verte sobre vários anos.

Considerando as necessidades da organização, o plano operacional implica a sua discussão, aprovação e divulgação aos responsáveis pela sua implementação e controlo, sendo determinado por um prazo inferior ao plano estratégico, e tal como no caso do orçamento, o plano operacional é ligado à estratégia, e deve conter (Wood e Sangster, 2008):

- os objetivos acordados entre o responsável e o superior hierárquico;
- o plano de ação, os resultados esperados e a sua calendarização;
- uma previsão dos recursos necessários e dos rendimentos e gastos num período determinado.

Assim, Jordan *et al.* (2008, p.54) consideram o controlo operacional como «o processo que assegura se determinada tarefa fora executada com eficiência e eficácia».

### **2.2.2 Controlo orçamental**

Segundo Jordan *et al.* (2008, p.77), o orçamento «é um instrumento de decisão e de ação», e que apoia o gestor na prossecução dos objetivos definidos tendo em conta os meios necessários e as previsões sobre a evolução do mercado. «[É] a tradução monetária dos planos de ação» (Jordan *et al.*, 2008, p.80).

Para Horngren *et al.* (2008) e Wood e Sangster (2008), o orçamento é a expressão quantitativa de um plano de iniciativas propostas para um período determinado de tempo, elaborado com o objetivo de coordenar qualquer ação que deva ser feita para a sua implementação.

O orçamento considera uma parte financeira e outra não financeira, como podemos observar no Quadro 2.1, e envolve na sua elaboração todos os níveis de gestão (Horngren

*et al.*, 2008), quantificando as expectativas da gestão quanto ao financiamento e rendimento da organização.

Na sua elaboração podem ser considerados vários cenários de modo a conhecer como os resultados podem variar se os objetivos propostos não foram atingidos.

Os resultados expectáveis são quantificados por um determinado período de tempo tendo em conta a dependência da sua estratégia, dos fatores de mercado como do sector e da atividade económica desenvolvida e a política dos concorrentes (Jordan *et al.*, 2008).

**Quadro 2.1** - Componentes orçamentais

<b>Financeiros</b>	<b>Não financeiros</b>
Balanço	Volume e tipo de produção
Demonstração de Resultados	Evolução do número de empregados
Fluxo de Caixa	Previsão sobre novos produtos ou serviços

**Fonte:** Adaptado de Horngren *et al.* (2008)

Segundo Horngren *et al.* (2008) os benefícios que resultam de um processo orçamental podem ser os seguintes:

- Planeamento;
- Comunicação;
- Coordenação;
- Avaliação;
- Motivação.

Refere o mesmo autor que no processo orçamental, o planeamento é um conjunto de atividades dos departamentos e serviços, onde é considerado o desempenho passado e as alterações previstas.

No âmbito de controlo, são investigadas as variações inesperadas dos resultados face às expectativas e são implementadas ações corretivas. Os gestores de topo indicam aos

diretores intermédios um quadro de referência das suas expetativas financeiras e não financeiras com os quais os resultados reais serão comparados.

Da utilização do orçamento, como ferramenta de controlo, resultam algumas vantagens e desvantagens. Entre as vantagens encontradas, Horngren *et al.* (2008) salientam a promoção da coordenação e comunicação entre os serviços e departamentos, a criação de um quadro de avaliação do desempenho organizacional porque fornece um guia aos gestores que os ajuda a produzir os resultados desejados e comparar os resultados atuais com os esperados. Contribui para a aprendizagem organizacional e motiva os gestores e restantes colaboradores à determinação de objetivos desafiantes.

As vantagens são:

- **coordenação** - promove a coordenação pelo balanceamento dos aspetos da produção e dos serviços de modo a organização atingir os objetivos propostos; Obriga a um pensamento relacional onde todas as partes são integradas de um modo coordenado (Wood e Sangster, 2008).

Os objetivos são repartidos pelos responsáveis dos departamentos ou dos serviços assegurando-se a coerência entre os objetivos de todos os departamentos dado que os resultados, e o desempenho de um departamento sob a responsabilidade de um determinado gestor, podem ser afetados pelo poder de decisão e de controlo de um outro gestor (Jordan *et al.*, 2008).

- **participação** – envolvimento de todos os níveis de gestão considerando que os gestores da base são aqueles que melhor conhecem as necessidades das atividades diárias facto que conduz a maior dedicação e empenho desses gestores;

Cada responsável participa na fixação dos objetivos do departamento que se encontra sob a sua direção e controlo (Jordan *et al.*, 2008).

Por outro lado, quando um orçamento é imposto os gestores são menos empenhados a usar adequadamente o orçamento face aos gestores que participaram na sua elaboração.

- **comunicação** - garante que os objetivos são entendidos por todos os colaboradores dos diversos departamentos e serviços;

- **avaliação de desempenho** – mede o desempenho real em relação ao previsto. Contribui para melhoria do desempenho dos gestores e dos colaboradores porque induz um cuidado especial;
- **motivação** – influencia o comportamento dos gestores para obtenção de melhores resultados (Jordan *et al.*, 2008);
- **ajuda os gestores aprender e melhorar** – a aprendizagem é o resultado do processo de investigação dos acontecimentos sucedidos e da procura de compreender as razões dos resultados serem diferentes.

Este processo decorre quando os objetivos propostos não são atingidos e leva a procura de soluções para melhorias futuras.

Como limitações à utilização do orçamento como ferramenta de controlo, são apontados por Horngren *et al.* (2008); Wood e Sangster (2008); Jordan *et al.* (2008):

- **subavaliação** – a subavaliação é resultado da medição do desempenho atual face ao passado onde a informação passada é usada como base para avaliar o desempenho atual. Considerando que resultados anteriores incorporam situações passadas, os objetivos presentes podem ser subavaliados;  
Pode também incentivar os gestores tomarem decisões de melhoria a curto prazo condicionando os objetivos de longo prazo.
- **desajustamento** – as condições económicas e sectoriais são diferentes face às condições anteriores (Horngren *et al.*, 2008) e tem por base um conjunto de pressupostos de carácter subjetivo que podem vir a mostrar-se desajustadas ao longo do exercício (Jordan *et al.*, 2008).

Considera-se também que para que um sistema de controlo de gestão ser eficaz são necessárias informações oportunas. Por esta razão um sistema de informação não adequado às necessidades de informação da organização pode prejudicar a tomada de medidas corretivas atempadas devido ao atraso na divulgação informação.

A periodicidade orçamental pode ser mensal, trimestral, semestral, anual ou de longo prazo e depende das atividades e dos objetivos que se pretendem atingir.

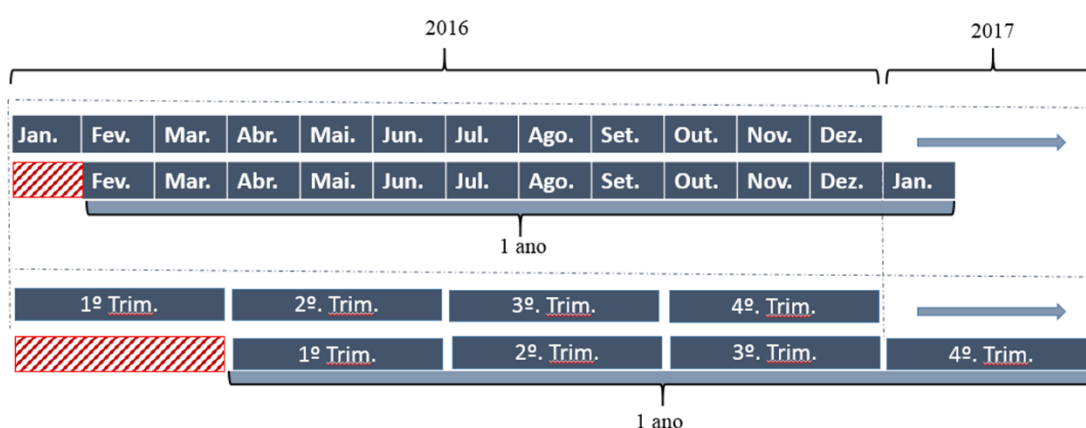
Na definição do orçamento é considerado habitualmente um período anual que pode ser subdividido em períodos mensais que permitem rápida revisão e melhor ajustamento ao longo do ano.

O orçamento é mais útil à organização quando é integrado com a estratégia (Kaplan e Norton 1996; Horngren *et al.* 2008; Wood e Sangster 2008). Os autores sugerem que o processo de conversão dos planos em orçamentos deve ser integrado com o plano estratégico de modo a garantir que todo o processo orçamental segue o planeamento estratégico.

Nesta situação, os gestores podem atribuir novos recursos e rever iniciativas estratégicas de modo a fazer corresponder os dois planos.

O benefício resultante da integração do orçamento e plano estratégico é o ajustamento entre o desempenho financeiro de curto prazo e os benefícios de longo prazo (Wood e Sangster, 2008).

Para Horngren *et al.* (2008) é uma tendência das organizações a utilização de orçamentos contínuos (Figura 2.1) que se traduzem num orçamento sempre disponível por um período de tempo determinado. É definido acrescentando continuamente uma fração de um período anteriormente orçamentado ao período terminado, facto que obriga os gestores a pensar nos períodos seguintes.



**Figura 2.1 - Orçamento Contínuo**

**Fonte:** Adaptado de Horngren *et al.* (2008)

Hornigren *et al.* (2008) referem dois tipos de orçamentos, operacional e financeiro:

- o orçamento operacional compreende as projeções financeiras em que são quantificadas diversas atividades dos departamentos para um período de tempo determinado;
- orçamento financeiro concentra-se em como as operações e os gastos de capital previstos afetam o fluxo de caixa.

### **2.3 Instrumentos de controlo e gestão estratégica**

O sistema de gestão estratégica é útil aos gestores por permitir a comparação entre os serviços, departamentos e pessoas revelando as diferenças que existem dentro de cada grupo (Freire, 2000).

Este sistema implica um planeamento a nível estratégico que permite obter vantagens competitivas superiores aos concorrentes (Jordan *et al.*, 2008) e permite obter informação, conhecer as oportunidades e as ameaças no meio ambiente, os pontos fortes e fracos da organização, determinar e avaliar estratégias alternativas para se aproveitar as oportunidades e solucionar os problemas existentes.

O controlo da atividade da organização será mais adequado quando foca a sustentabilidade na sua perspetiva económica de longo prazo, permitindo melhorias com impacto sobre todos os interessados e sobre as suas expectativas.

Quanto à sustentabilidade financeira, do ponto de vista estratégico, Freire (2000), pronuncia-se na vertente da economia de custos, e exemplifica, entre outros, alguns meios de o fazer através de aumentos de produtividade ou por meio de reestruturações e fusões que permitem aumentar a rentabilidade, atrair novos recursos e beneficiar de sinergias resultantes destas alterações organizacionais.

#### **2.3.1 *Tableau de Bord***

O *Tableau de Bord (TdB)* é um livro de bordo definido pelo um conjunto de dados sobre os resultados para atuar no curto prazo (Jordan *et al.*, 2008). De acordo com Russo (2009), o *TdB* tem vindo a evoluir ao longo dos anos, como se apresenta no Quadro 2.2.

**Quadro 2.2** - Fases de evolução do *Tableau de Bord*

<b>Fases de evolução</b>	<b>Período</b>	<b>Características</b>
I	1930	Composto por um conjunto de indicadores de desempenho provenientes da área de engenharia
II	1950	Inclui dados orçamentais possibilitando desagregação em centros de responsabilidade
III	1980	Permite a comparação de dados reais com os orçamentados com vista à tomada de medida corretivas
IV	1990	Pela sua ligação de forma genérica à estratégia passam os gestores a definir os objetivos organizacionais relevantes a serem cumpridos

**Fonte:** Adaptado de Russo (2009)

Este instrumento de ação, apoia-se em informação financeira e foi desenvolvido para facilitar o cumprimento com a missão da organização (Jordan *et al.*, 2008).

O *TdB* é um instrumento de controlo sintético que contém indicadores diversificados, permitindo tomada de decisão rápida, contém dados históricos e previsionais obtidos por estimativa, é atualizado mensalmente, evidencia os desvios com impacto importante sobre os resultados (Jordan *et al.*, 2008). Disponível em tempo útil, frequente e regular, favorece o diálogo entre os gestores e os colaboradores (Russo, 2008).

### 2.3.2 *Balanced Scorecard*

Esta metodologia surge em 1992 através de um artigo publicado na *Harvard Business Review* pelos professores Robert Kaplan e David Norton, em resultado de um estudo com duração de um ano, realizado em 1990, junto de 12 grandes empresas de diversos setores (Kaplan e Norton, 1996; Matos e Ramos, 2009) e tem vindo a evoluir como se apresenta no Quadro 2.3.

**Quadro 2.3** - Fases de evolução do *Balanced Scorecard*

Fases de evolução	Período	Características
I	1992 1996	Ferramenta de avaliação e medição multidimensional. Equilibra indicadores financeiros com indicadores não financeiros, as perspectivas Processos Internos e Aprendizagem com Clientes e Financeira. Liga os objetivos de longo prazo com objetivos de curto prazo. Inclusão de métricas, metas e iniciativas.
II	2000 2004	Ferramenta de gestão estratégica onde a organização é orientada para a estratégia. O mapa estratégico permite garantir uma implementação adequada e uma boa gestão da estratégia de forma contínua, definir orçamentos orientados para a estratégia e associar ao desempenho um sistema de incentivos. Os colaboradores devem ser motivados a participarem na estratégia.
III	2004 2008	Alinhamento da organização com a estratégia, relacionar as pessoas, tecnologia e o clima organizacional como fundamento para garantir o cumprimento dos objetivos estratégicos relacionados com as perspectivas dos clientes, processos internos e financeira.

**Fonte:** Adaptado de Caldeira (2010), Pinto (2009) e Russo (2009)

Dentre as características específicas do *BSC* identificadas pelos autores Jordan *et al.* (2008) destacam-se os seguintes:

- mede a eficácia da estratégia pela ligação dos indicadores à estratégia;
- clarifica as relações causa – efeito;
- orienta a atuação dos gestores nos fatores críticos de sucesso.

Para Kaplan e Norton (1996), Major e Vieira (2009), Jordan *et al.* (2008) e Torres (2010) o *BSC* é uma metodologia que mune os gestores com uma ferramenta que facilita o entendimento, a comunicação, o alinhamento estratégico, clarifica e relaciona os objetivos e políticas de gestão, traduz a sua missão e estratégia num conjunto abrangente de medidas de desempenho que permite criar um sistema de medição, avaliação, gestão e controlo estratégico que conduz a organização para sucesso no futuro.

É uma ferramenta de gestão que dá uma visão integrada da atividade organizacional em quatro perspectivas – uma financeira e três não financeiras – consideradas essenciais para um bom desempenho organizacional (Jordan *et al.*, 2008).

O *BSC* estimula estratégias, cria novas oportunidades para o aumento de valor para o cliente, pela interligação dos objetivos de curto prazo com os objetivos longo prazo (Kaplan e Norton, 1996).

Os pilares que apoiam o *BSC* consistem na missão (Kaplan e Norton, 1993), na visão e nos valores da organização (Jordan *et al.*, 2008; Russo, 2009).

Permite alinhar medidas, iniciativas e inovação com a estratégia em todos os níveis hierárquicos, segundo Russo (2009), e uma rápida, completa e integrada visão do negócio (Kaplan e Norton 1996; Jordan *et al.*, 2008).

Segundo Kaplan e Norton (1996), as empresas devem disponibilizar informação que quantifica os resultados da sua atividade, numa perspetiva previsional, nomeadamente:

- informação sobre os planos, oportunidades, riscos e incertezas;
- concentrar-se mais sobre os fatores críticos que criam valor a longo prazo;
- alinhar a informação destinada aos utilizadores externos com a informação para os utilizadores internos.

A informação inclui indicadores financeiros e não financeiros (Kaplan e Norton, 1996; Russo, 2009), que indicam os resultados das decisões anteriormente tomadas, complementados com indicadores operacionais, que medem a satisfação do cliente, de processos internos de inovação e melhoria.

Refere Russo (2009), que as organizações que seguem estratégias de diferenciação baseada em inovação utilizam indicadores e medidas não financeiras na avaliação do desempenho.

Com recurso a um número limitado de indicadores centrados nos Fatores Críticos de Sucesso (FCS) da organização, Matos e Ramos (2009, p. 23), consideram que esta metodologia se baseia numa boa gestão dos ativos intangíveis e que «assenta no princípio que as organizações atuais terão tanto mais sucesso quanto melhor conseguirem investir e gerir os seus bens intelectuais e os conhecimentos adquiridos ao longo do tempo».

Para uma gestão adequada e controlo desses elementos, para Russo (2009) torna-se necessária a valorização dos aspetos não-financeiros como a produtividade, a qualidade dos serviços, a gestão da informação e do conhecimento, as relações com as partes interessadas, a motivação e formação dos colaboradores.

O *BSC* constitui uma ferramenta multidimensional que corresponde às necessidades de gestão multidimensional (Russo, 2009) que auxilia os gestores a compreenderem a estratégia e os fatores determinantes para o sucesso organizacional.

Com recurso a indicadores apropriados esta ferramenta facilita o acompanhamento da estratégia. Matos e Ramos (2009) consideram que após a definição dos indicadores a serem utilizados torna-se importante que se defina o modo de obtenção dos indicadores.

O *Balanced Scorecard* abrange quatro perspetivas e permite responder a questões ligadas a clientes, a processos internos, aprendizagem e desenvolvimento e financeiras (Kaplan e Norton 1993, 1996; Matos e Ramos 2009).

Para Kaplan e Norton (1996), a utilização do *BSC* permite realizar uma melhor gestão dos processos mais críticos e destacando que, pela utilização de medidas financeiras e não financeiras, esta ferramenta permite integrar um sistema de informação disponível a todos os trabalhadores em todos os níveis hierárquicos.

Existem vários componentes que constituem o *BSC* que são definidos para cada perspetiva de acordo com a visão e a estratégia da organização, pelas linhas estratégicas, que conduzem ao sucesso organizacional (Kaplan e Norton, 1996).

Estes componentes são:

- os objetivos;
- fatores críticos de sucesso;
- indicadores;
- fontes de informação;
- metas e,
- iniciativas.

Deste modo, monitoriza-se o desempenho operacional de curto prazo e a estratégia de longo prazo (Jordan *et al.*, 2008).

As relações de causalidade entre objetivos e perspetivas são definidas no sentido de identificar de que modo cada objetivo influencia o outro (Kaplan e Norton, 1996).

Segundo os autores as motivações para a sua utilização derivam das pressões financeiras, da competitividade, do aumento da procura, como utilização de instrumento de regulação e informação para a gestão.

## Objetivos estratégicos

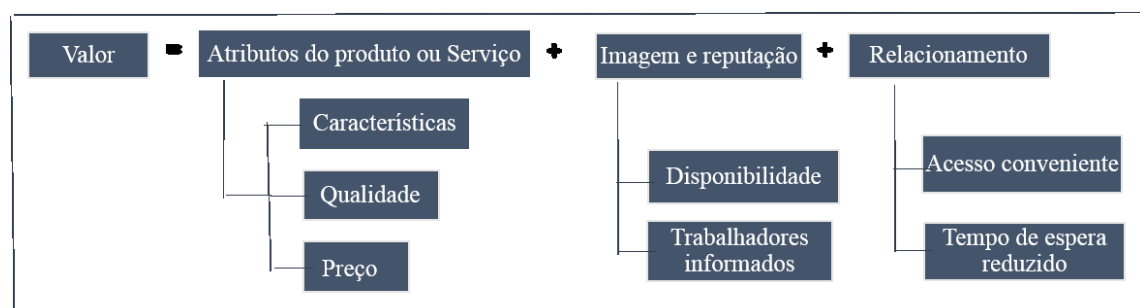
De acordo com Pinto (2009, p.66), «um objetivo pode ser definido como a descrição concisa sobre o que a organização tem que fazer bem, tendo em vista executar a estratégia» e destinam-se a comunicar aos colaboradores as intenções estratégicas e operacionais da organização (Caldeira, 2010).

## Perspetiva dos clientes

A importância que uma organização dá aos seus clientes emerge da própria missão (Kaplan e Norton 1993, 1996; Matos e Ramos 2009; Russo 2009).

O valor criado pelos serviços prestados, a satisfação dos clientes, das suas expectativas e necessidades leva a um aumento do número de clientes e da fidelização (Kaplan e Norton, 1996; Russo, 2009).

A valorização desta perspetiva passa pelo aumento do valor para o cliente pela incorporação de medidas de qualidade, tempo e preço, exemplificado na Figura 2.2 (Kaplan e Norton, 1996), como pela consideração nestas medidas das entidades pagadoras e das entidades reguladoras (Matos e Ramos, 2009).



**Figura 2.2** - Proposta de valor ao cliente

**Fonte:** Adaptado Kaplan e Norton (1996, p.74)

De acordo com Jordan *et al.* (2008) nesta perspetiva são monitorizados os elementos que contribuem para a consolidação da relação com o cliente.

Wood e Sangster (2008) consideram que a organização deve identificar o mercado e os segmentos de clientes, mas também, segundo Jordan *et al.* (2008), uma empresa deve conhecer os seus clientes de modo a identificar os atributos dos produtos mais valorizadas

por estes. Como fatores mais importantes nesta perspectiva são apontados a retenção e satisfação dos clientes.

Os FCS relacionados com esta perspectiva, segundo Jordan *et al.* (2008) e Kaplan e Norton (1996), constam na avaliação da rentabilidade da carteira dos clientes, como também na satisfação e retenção dos clientes através de criação de valor diferenciado e na atração de novos clientes. A imagem, reputação e relacionamento são determinados por fatores intangíveis que os atraem. Nesta perspectiva a organização determina o modo como pretende ser vista pelos clientes.

### **Perspetiva financeira**

A perspetiva financeira indica o sucesso da organização na prossecução dos objetivos financeiros, contribui para atingir os objetivos das outras perspetivas, e de que modo a estratégia da organização, a implementação e execução, contribuem para atingir o nível de melhoria proposta (Kaplan e Norton, 1996).

Qualquer medida escolhida deve revelar a estratégia organizacional através das relações causa-efeito. Os objetivos financeiros de longo prazo estão ligados às iniciativas que devem ser tomadas nos processos financeiros, como nas restantes perspetivas, clientes, processos internos e em relação aos recursos humanos e sistemas de informação, de modo a obter melhorias do seu desempenho a longo prazo.

Segundo Jordan *et al.* (2008), os detentores de capital são os principais interessados nas empresas pelo que é importante existir uma defesa dos seus interesses financeiros na medida em que estes esperam uma boa rentabilidade do capital investido.

Russo (2009) afirma, também, que com esta perspectiva pretende-se a remuneração do investimento e a satisfação do acionista, considerada por Kaplan e Norton (1996) ligada aos seus interesses e à rentabilidade dos capitais investidos que depende do aumento das vendas, da produtividade, através da redução dos custos e da utilização mais eficiente dos recursos disponíveis.

A definição e manutenção de um sistema de incentivos e prémios justificam que os fatores financeiros são os que mais influenciam os montantes na distribuição de prémios e incentivos.

Tal como na perspectiva dos clientes, os FCS relacionados com esta perspectiva, segundo Jordan *et al.* (2008) e Kaplan e Norton (1996), consistem na avaliação da rentabilidade do nível de crescimento ou de novos serviços e da criação de valor.

### **Perspetiva dos processos internos**

Para Kaplan e Norton (1996) e Wood e Sangster (2008), os objetivos desta perspectiva passam pela criação de valor para o cliente desde o recebimento do pedido até à entrega do produto ou prestação do serviço, através dos processos de inovação, operações e serviços pós-venda.

Kaplan e Norton (1996), consideram que não basta criar medidas e iniciativas na perspectiva dos clientes, que são importantes, mas devem ser traduzidas nas operações internas de modo a atingir as suas expectativas.

Estas medidas devem partir dos processos internos com maior impacto na satisfação dos clientes, como a identificação das atividades e processos que permitem atingir essa satisfação de forma mais eficiente e eficaz, mas também o cumprimento dos objetivos financeiros da empresa.

Nestes processos devem ser identificadas as atividades e operações críticas da organização que podem ser melhoradas de modo a contribuir para a atração e retenção dos clientes e a satisfazer as expectativas dos acionistas.

Para Jordan *et al.* (2008), o nível de produtividade, a qualidade e os custos dependem da forma como os processos são executados.

A capacidade da organização de inovar, melhorar e aprender a eficiência destes processos, contribui para o aumento do seu valor e conduz a satisfação das expectativas do cliente. Como exemplos de FCS são o aumento do nível de qualidade, da capacidade instalada, racionalização, eficiência e eficácia.

## **Perspetiva de aprendizagem e crescimento**

Esta perspetiva revela a necessidade para o investimento na qualificação dos trabalhadores, nas tecnologias e sistemas de informação cuja finalidade é de inovar e introduzir melhorias aos processos internos e na relação com os clientes (Kaplan e Norton, 1996).

Os autores referem que os objetivos desta perspetiva são de contribuir para a definição de objetivos mais ambiciosos de modo a obter melhores resultados nas restantes perspetivas. Esta dimensão, para Jordan *et al.* (2008), é útil no acompanhamento das competências necessárias para cumprimentos dos objetivos estratégicos.

O desempenho organizacional depende da adequada gestão do conhecimento que implica processos de aprendizagem e formação e contribui para o desenvolvimento de vantagens competitivas, defende Cruz (2013).

O autor defende ainda que, em saúde, a gestão do conhecimento resulta da necessidade de aumentar a produtividade, diminuir os custos, aumentar a qualidade, diminuir os erros clínicos e adquirir novas aptidões (Cruz, 2013).

Para Jordan *et al.* (2008, p.273), «[n]esta perspetiva consideram-se os indivíduos como um dos principais ativos intangíveis de qualquer organização» e a motivação, o envolvimento e o empenho dos trabalhadores condiciona o desempenho e o sucesso da organização.

A gestão do conhecimento passa pela capacidade de utilização e racionalização dos recursos e pelas relações que se estabelecem com os clientes sem que haja tradução nos diversos relatórios de cariz económico-financeiro produzidos pelas organizações (Cruz, 2013).

Para Russo (2009), a crescente importância dos ativos intangíveis no sucesso da organização permite valorizar os recursos humanos considerados estrategicamente importantes para o seu desempenho financeiro.

Wood e Sangster (2008) consideram que esta perspetiva identifica as competências que a organização deve procurar de modo a obter melhorias nos processos internos através da relação entre os recursos humanos, as suas competências, a tecnologia e os sistemas de informação que a organização deve desenvolver para atingir os objetivos de longo prazo.

Como exemplos de FCS apresentam-se o desenvolvimento dos trabalhadores, dos sistemas de informação e da tecnologia, de modo a fornecer informação eficiente e atempada para monitorização e cumprimento dos objetivos propostos.

### **Mapa estratégico**

O mapa estratégico permite identificar uma cadeia de relações casuísticas, visualizar os objetivos estratégicos, as linhas de ação e as relações que se formam entre as perspetivas e orientar o desempenho da organização (Russo, 2009).

Segundo Jordan *et al.* (2008), o mapa permite clarificar e traduzir a visão e estratégia através duma sequência de relações entre os objetivos estratégicos e linhas estratégicas, facto que favorece e facilita a participação efetiva dos colaboradores para o sucesso organizacional. Permite, ainda, visualizar um processo relacional entre os objetivos globais, departamentais e individuais, promovendo alinhamento que cria condições para que todos os colaboradores entendam a estratégia organizacional e os objetivos individuais. Favorece a identificação dos FCS proporcionando um quadro para a afetação dos recursos e uma melhor gestão das atividades. Permite ajustar o rumo a seguir à luz de novos desenvolvimentos e acompanhar a estratégia através de indicadores apropriados.

### **Indicadores**

Os indicadores são definidos para facilitar o acompanhamento estratégico e as metas «quantificam o nível de desempenho a atingir para o cumprimento dos objetivos estratégicos» (Caldeira, 2010, p.74).

Neste sentido, os indicadores a selecionar serão determinantes para avaliar o nível de cumprimento das linhas estratégicas por meio dos objetivos estratégicos (Russo, 2009).

Os indicadores financeiros e não financeiros devem ser parte dum sistema de informação definido para os colaboradores a todos os níveis hierárquicos (Kaplan e Norton, 1996).

A frequência da monitorização do nível de cumprimento dos objetivos identifica a periodicidade com que a organização analisa os resultados realizados e permite o acompanhamento do plano estratégico (Caldeira, 2010).

### 2.3.3 *Tableau de Bord vs. Balanced Scorecard*

As duas ferramentas acima descritas, instrumentos de avaliação de desempenho organizacional, apresentam metodologias com algumas semelhanças mas também diferenças, como se apresenta no Quadro 2.4, segundo os autores Jordan *et al.* (2008) e Russo (2009).

**Quadro 2.4** - Semelhanças e diferenças entre o *Tableau de Bord* e *Balanced Scorecard*

Semelhanças	Diferenças	
	<i>TdB</i>	<i>BSC</i>
<p>São ferramentas que permitem um melhor controlo de gestão.</p> <p>Medem a performance do desempenho organizacional, dos departamentos e das pessoas através de indicadores financeiros e não financeiros.</p> <p>Quantificam os objetivos e meios relacionando-os com os indicadores utilizados.</p> <p>Promovem a comunicação interna e o diálogo.</p> <p>Produzem informação sintética, imediata permitindo rapidez na avaliação e tomada de decisão.</p> <p>Permitem a desagregação e personalização de acordo com as necessidades do departamento ou da organização e adequação dos indicadores as responsabilidades de cada interveniente.</p> <p>Servem de base a avaliação do desempenho para a determinação de incentivos e prémios a atribuir mediante o nível de performance atingido.</p>	<p>Ferramenta de gestão rápida e frequente.</p>	<p>Ferramenta que liga as operações à estratégia através de indicadores distribuídos pelas quatro perspetivas.</p>
	<p>Composta por informação paralela à hierarquia que facilita a comparação, acompanhamento a todos os níveis.</p>	<p>Clarifica a missão e partilha a visão e a estratégia.</p> <p>Associada aos sistemas de informação de apoio a decisão.</p>
	<p>Objetivos estabelecidos de forma livre e subjetiva.</p>	<p>Enquadrado em quatro perspetivas por meio de relações casuísticas.</p>
	<p>Baseia-se em ações concretas que condicionam os resultados.</p>	<p>Identifica os fatores críticos que condicionam a realização de objetivos.</p>
	<p>Indicadores relacionados com os departamentos, com os meios utilizados e de convergência</p>	<p>Indicadores de resultados, e indutores de resultado.</p>
	<p>Sequência de definição: - Objetivos, planos, variáveis chave, indicadores</p>	<p>Sequência de definição: - Estratégia, objetivos, fatores críticos, linhas de ação, indicadores, planos de ação.</p>

**Fonte:** Adaptado de Jordan *et al.* (2008); Russo (2009)

Como ferramenta de gestão estratégica, o *BSC* passa a considerar fatores intangíveis (Russo, 2009), estabelecendo a ligação entre o modelo de gestão e a eficácia deste, alinhando os objetivos individuais com os objetivos organizacionais e a estratégia organizacional.

Enquanto o *TdB* é uma ferramenta de gestão mais rápida, onde os objetivos que se pretendem alcançar são estabelecidos de forma subjetiva, os objetivos do *BSC* ligam as actividades operacionais à estratégia, identificando os fatores críticos ao cumprimento destes objetivos, estabelecendo metas que simultaneamente clarificam a missão e a estratégia.

## **2.4 Particularidades do modelo *BSC* nas organizações do setor público**

A escassez dos recursos financeiros públicos leva a que a administração das organizações públicas, que têm a obrigatoriedade de satisfazer os direitos e as necessidades dos cidadãos, terem cada vez mais cuidado na forma e afetação dos recursos que estas utilizam e na qualidade dos serviços que prestam (Caldeira, 2010).

Em Portugal, em particular no setor da saúde, onde muitos recursos se desperdiçam e os níveis de endividamento e dos impostos são tão elevados, é urgente tornar as instituições mais eficientes. É necessário, entre outras medidas, aplicar ferramentas de gestão que permitam de forma fácil e objetiva a medição do desempenho (Torres, 2010).

O *BSC* foi inicialmente pensado e aplicado nas organizações com fins lucrativos nas quais a perspetiva financeira se encontra no topo dos interesses estratégicos uma vez que estas organizações procuram atingir objetivos financeiros que se relacionam melhor com os seus objetivos de longo prazo.

Mais tarde, as organizações públicas não esquecendo a sua razão de ser, as limitações financeiras existentes, e tendo encontrado dificuldades na identificação de indicadores financeiros apropriados (Kaplan, 1999) consideraram uma ordem diferente das quatro perspetivas desta ferramenta.

Neste sentido, os autores Kaplan, (1999); Pinto, (2009); Matos e Ramos (2009) e Caldeia (2010) identificam que a perspetiva dos clientes assume o papel principal posicionando-se no topo em relação às restantes perspetivas. Esta perspetiva é tanto mais importante quando se trata de recursos públicos.

Nestas organizações,

as restrições orçamentais não são vistas como um incentivo à melhoria dos processos e aumento da eficiência [...], mas como um constrangimento que nem é para ser respeitado (Matos e Ramos, 2009, p. 45).

Esta afirmação leva-nos a entender que os orçamentos acabam por não ser respeitados plenamente dado que a realidade acaba por ser sempre diferente do planeado, quer seja de forma positiva ou negativa.

As instituições do setor público definem objetivos que satisfazem a necessidade dos seus clientes e vão ao encontro da sua missão (Kaplan, 1999).

Segundo Matos e Ramos (2009), no caso de organizações não lucrativas, o *BSC* inicia-se com a definição da missão da organização. As interdependências das perspetivas dependem da estratégia e da natureza da atividade, sendo estas enunciadas por ordem de importância (Figura 2.3). As relações de causalidade contribuem para a identificação das infraestruturas necessárias e as competências que devem ser desenvolvidas.



**Figura 2.3** - Relação causa e efeito para o Setor Público

Fonte: Adaptado de Silva (2012)

Para Russo (2009), as medidas políticas tomadas nos últimos anos no sentido de transformação de serviços hospitalares em atividades empresariais, levaram à criação de melhores condições para determinação de objetivos económico-financeiros e de equilíbrio orçamental.

No setor público, uma gestão baseada em *BSC* pode contribuir para uma utilização mais eficiente dos recursos públicos, para um maior equilíbrio entre as obrigações do Estado perante os cidadãos e para satisfazer as necessidades sociais.

No Quadro 2.5 são apresentadas algumas características das quatro perspetivas do *BSC* definidas pelas organizações do setor público.

## Quadro 2.5 - Perspetivas do BSC no Setor Público

PERSPETIVAS DO BSC NO SETOR PÚBLICO	
Cliente/Utente	
Russo (2010) Caldeira (2010) Pinto (2009)	<p>Surge diretamente da missão, assume o papel principal e é orientada para a satisfação, da melhor forma, das necessidades das expetativas dos clientes/utentes. Os clientes são diversificados compostos por varias entidades com diferentes interesses que influenciam as decisões dos serviços.</p> <p>A questão que se coloca é de como a organização deve atuar para satisfazer as necessidades desses clientes.</p>
Financeira e orçamento	
Russo (2010) Caldeira (2010) Pinto (2009)	<p>O desempenho financeiro é um meio para conseguir a satisfação dos utentes. Os indicadores financeiros definem restrições de âmbito financeiro, de quais as organizações dispõem, e permite avaliar a eficiência na gestão dos recursos disponíveis.</p> <p>Impõe restrições, fixa limites e a necessidade de atingir um nível de eficiência superior para se conseguir atingir os objetivos e cumprir com a missão dado que se trata de disponibilização de recursos financeiros, pessoas e infraestruturas.</p> <p>A questão que se coloca é que objetivos a organização deve atingir para otimizar os recursos e preencher as expetativas dos clientes.</p>
Processos Internos	
Russo (2010) Caldeira (2010) Pinto (2009) Matos e Ramos (2009)	<p>Identifica os processos internos que oferecem mais valor e satisfação aos utentes. Tem por base a eficiência operacional que é determinada pelo alinhamento estratégico dos processos.</p> <p>Deriva dos objetivos e indicadores definidos na perspetiva dos clientes. Nesta perspetiva a inovação assume um papel importante no desenvolvimento de novos produtos e serviços.</p> <p>A questão que se coloca é quais são os objetivos que se devem atingir e o nível de eficiência necessária de modo a otimizar os recursos disponíveis nos processos internos que terão maior impacto a preencher as expetativas dos clientes.</p>
Aprendizagem e Crescimento	
Russo (2010) Caldeira (2010) Pinto (2009) Kaplan (2010)	<p>Contribui para o desenvolvimento da organização. O sucesso na melhoria dos processos depende das capacidades, competências dos recursos humanos e das ferramentas que utilizam como suporte da sua atividade.</p> <p>Implica incentivar, motivar e reconhecer o valor dos colaboradores dada a exigência de um aperfeiçoamento contínuo dos procedimentos e processos que deriva da escassez dos recursos financeiros.</p> <p>A questão que se coloca é como a organização deve atuar para conseguir desenvolver as suas capacidades e como combinar os seus colaboradores, a tecnologia, a cultura e o clima organizacional de modo a contribuir positivamente para o cumprimento dos objetivos estratégicos e da missão.</p>

**Fonte:** Elaboração própria

## 2.5 Vantagens e limitações do *Balanced Scorecard*

Kaplan e Norton *apud* Banza (2013, p. 36); Matos e Ramos, (2009) consideram na criação do *BSC* as seguintes vantagens:

- transformar a estratégia em termos operacionais e alinhar a organização com a estratégia definida;
- pela sua automação ajuda alinhar os esforços individuais com os esforços coletivos e transformar a estratégia numa tarefa diária de todos os colaboradores;
- ajuda a identificar os problemas e agilizar a resolução desses seguindo as relações causa-efeito que ligam os vários objetivos;
- fazer da estratégia um processo contínuo e em constante aperfeiçoamento ao agilizar a comunicação dos resultados da avaliação e permitir o seu ajustamento;
- mobilizar a mudança através da liderança;
- os incentivos são considerados fundamentais para a manutenção de um clima organizacional baseado numa cultura de satisfação e motivação dos colaboradores, de maior colaboração, orientada para fornecer serviços com qualidade superior;
- a automação do *BSC* facilita a disponibilização e o acesso à informação.

Algumas limitações identificadas por Russo (2009) são as seguintes:

- as relações causa-efeito omitem a dimensão tempo;
- dada a sua metodologia complicada os colaboradores podem não compreender a utilidade desta ferramenta podendo dar importância às medições quanto ao grau de cumprimento dos objetivos e os seus resultados;
- fraca consideração das relações com instituições e organismos públicos que podem ser essenciais no desenvolvimento da atividade. Outras limitações encontradas, são, por um lado, ligadas ao funcionamento da organização que depende dos «ciclos políticos que são geradores de momentos de inexistência, indefinição ou suspensão da estratégia» (Caldeira 2010, p.41), sendo muitas vezes pressionadas a atingir os objetivos financeiros e operacionais de curto prazo em detrimento dos objetivos estratégicos de longo prazo (Correia, Carapinheiro, Silva e Vieira, 2015; Caldeira, 2010).

### **3. As Entidades Públicas Empresariais e as características do sistema de avaliação hospitalar**

#### **3.1 As Entidades Públicas Empresariais**

De acordo com o Decreto-Lei n.º 133/2013, de 3 de outubro, as Entidades Públicas Empresariais (E.P.E.) são um conjunto de unidades produtivas do Estado criadas para a prossecução dos seus fins, organizadas e geridas de forma empresarial. Refere no seu artigo 39º que o exercício da função acionista no âmbito das empresas do setor empresarial do estado é assegurado exclusivamente pelo membro do governo responsável pela área das finanças em articulação com o membro do governo responsável pelo respetivo sector de atividade.

Os ministérios responsáveis procedem à definição da política setorial a prosseguir, com base na qual as empresas públicas desenvolvem a sua atividade, emitem orientações específicas setoriais aplicáveis a cada empresa, definem os objetivos a serem alcançados pelas empresas públicas no exercício da respetiva atividade, assim como o nível de diligências necessárias para a sua contratualização.

Nesta base, as empresas preparam propostas de planos de atividades e orçamento, os quais são aprovadas pelos membros do governo responsáveis pela área das finanças como titular da função acionista e do respetivo setor de atividade.

Relativamente à sua autonomia, as E.P.E. são dotadas de autonomia administrativa, financeira e patrimonial de acordo com o n.º 1 do artigo 58º do mesmo Decreto-Lei. Sobre as atividades de controlo e da gestão o legislador consagra no artigo 43º que as empresas públicas estão obrigadas a cumprir a missão e os objetivos que lhes tenham sido fixados, na alocação de recursos públicos, para a prossecução de atividades em modo empresarial.

#### **3.2 Gestão de serviços de saúde em hospitais públicos**

A atividade dos hospitais desenvolve-se tendo em conta as suas particularidades, que de forma sintética caracterizamos, conforme se apresenta no Quadro 3.1.

**Quadro 3.1** - Características da atividade dos hospitais

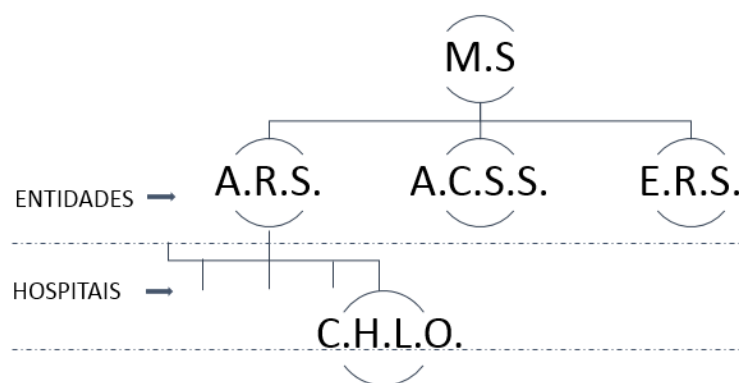
<b>Características</b>	
<b>Atividade</b>	Desenvolvida com base no diagnóstico de terapêutica
<b>Regime</b>	Ambulatório e internamento
<b>Atuação</b>	Atividade articulada com as Unidades de Saúde Familiar num quadro de referência hospitalar
	Promove a investigação e o ensino com vista e desenvolver novas soluções para tratamento das doenças
<b>Organização</b>	Adequada as necessidades de cuidados de saúde da população, de modo que do seu desempenho resultam ganhos em saúde.

**Fonte:** Adaptado de Costa (2012)

Segundo Pinto (2009), a organização hospitalar é caracterizada pela elevada complexidade organizacional e tecnológica e pela existência de centros operacionais e profissionais altamente qualificados com elevado grau de autonomia e controlo sobre o seu trabalho. Todos estes fatores, «exigem um esforço concentrado dos diversos níveis de decisão para assegurar que sua missão e os objetivos são plenamente alcançados» (Pinto, 2009, p. 242).

### 3.3 Controlo de gestão hospitalar

A estrutura hierárquica e funcional do Sistema Nacional de Saúde (SNS), apresentada na Figura 3.1, de acordo com o Decreto-Lei n.º 11/93, de 15 de janeiro, o Ministério da Saúde (MS), responsável pelo planeamento e pela elaboração do Plano Nacional de Saúde (PNS), da Estratégia Nacional de Qualidade em Saúde e da regulação do SNS, delega nas suas delegações regionais (ARS) e na Administração Central do Sistema de Saúde, abreviamente designada por ACSS (Decreto-Lei n.º 219/2007, de 29 de maio), a responsabilidade para definição, implementação de políticas, normalização, regulamentação, planeamento e cumprimento dos objetivos nacionais tendo a responsabilidade das atividades dos cuidados primários e hospitalares (OCDE, 2015). A regulação e supervisão da atividade dos prestadores de cuidados de saúde é feita pela Entidade Reguladora da Saúde (ERS).



**Figura 3.1** - Estrutura hierárquica e funcional do SNS

**Fonte:** Elaboração Própria

A empresarialização dos hospitais consta no artigo 2º da Lei n.º 27/2002, de 8 de novembro, onde se preveem, designadamente «[e]stabelecimentos públicos, dotados de personalidade jurídica, autonomia administrativa, financeira e patrimonial e natureza empresarial».

A transformação dos hospitais com a natureza de sociedade anónima em E.P.E foi feita pela publicação do Decreto-Lei n.º 93/2005, de 7 de junho e do Decreto-Lei n.º 233/2005, de 29 de dezembro, que vem introduzir no setor público de saúde melhorias a nível de gestão pela aplicação de regras e instrumentos de gestão empresarial privada.

O modelo de gestão contribui para a melhoria do desempenho organizacional a nível de qualidade e concentração no utente, eficiência, inovação e melhoria dos resultados.

De acordo com Torres (2010, p.31) a gestão adequada parte da definição de,

uma estrutura de relações e correspondentes responsabilidades entre um grupo nuclear composto por Acionistas, Administradores Conselheiros e Gestores aos mais diversos níveis e, está concebido para promover da melhor forma o desempenho [...] necessário para alcançar os objetivos [...].

Segundo o estatuto das E.P.E<sup>5</sup>, a gestão é o órgão de controlo, de legalidade, da regularidade e da gestão financeira e patrimonial, com competências, entre outras de:

- garantir o cumprimento dos objetivos, propor planos de ação anuais e plurianuais e respetivos orçamentos, instrumentos de gestão e assegurar a respetiva execução;

<sup>5</sup> Decreto-Lei n.º 233/2005, de 29 de dezembro.

- celebrar contratos-programa externos e internos;
- definir linhas de orientação e funcionamento a que devem obedecer a organização;
- propor a criação ou extinção de serviços;
- definir políticas referentes a recursos humanos, decidir necessidades de admissão e gestão do pessoal e designar o pessoal para cargos de direção e chefia, como também, autorizar os trabalhos extraordinários;
- acompanhar e avaliar sistematicamente a atividade desenvolvida e responsabilizar as diferentes áreas pela adequada utilização dos recursos disponibilizados como pelos resultados e qualidade dos serviços;
- acompanhar a execução do orçamento e aplicar medidas destinadas a corrigir os desvios;
- determinar medidas adequadas relacionadas com as queixas e reclamações apresentadas pelos utentes.

Cabe ao Ministério da Saúde (Lei n.º 27/2002, de 8 de novembro) exercer as funções de gestão apresentadas no Quadro 3.2.

**Quadro 3.2** - Funções e características da gestão da saúde no contexto SNS

<b>Funções</b>	<b>Características</b>
Planeamento	Definir de normas e de critérios de atuação
Organização	Fixar diretrizes a que devem obedecer os planos e programas de ação
Direção	Exigir e obter as informações necessárias ao acompanhamento da atividade hospitalar
Controlo e fiscalização	Determinar auditorias e inspeções ao funcionamento do sistema

**Fonte:** Adaptado da Lei n.º 27/2002, de 8 de novembro

### **3.4 Evolução do sistema de avaliação**

Apesar do objetivo principal do sistema de saúde ser o de contribuir para a melhoria da saúde dos cidadãos, o sistema de avaliação não deve incidir apenas na verificação do estado de saúde da população, sendo necessário garantir que o desempenho decorre dentro de parâmetros de planeamento e controlo financeiro ajustados às capacidades dos seus financiadores (Torres 2010).

O Regime Jurídico da Gestão Hospitalar (Lei n.º 27/2002, de 8 de novembro) refere aspetos da eficiência, efetividade da prestação dos serviços e da informação prestada ao

público, omitindo relações ao plano de avaliação do sistema de saúde (Costa e Lopes, 2015).

Consta da alínea d), do artigo 5º, da diploma acima referido, que o «[f]inanciamento das suas atividades é feito em função da valorização dos atos e serviços efectivamente prestados tendo por base a tabela de preços e os acordos que se encontram em vigor no SNS». A organização dos prestadores de cuidados de saúde com base na área geográfica de influência (de modo a determinar a tipologia de cada hospital, o tipo e o nível de assistência a assegurar em cada um dos níveis dos serviços), é determinada pela Lei n.º 2011, de 2 de abril de 1946.

A integração da rede hospitalar em grupos, segundo a dimensão, valências exercidas e natureza das suas responsabilidades, permite a partilha e complementaridade da rede hospitalar (Portaria n.º 82/2014, de 10 de abril). O sucesso das organizações deve ser medido tendo por base a eficácia e eficiência na satisfação das necessidades dos cidadãos (Kaplan e Norton 1996, Matos e Ramos 2009, Jordan *et al.* 2008).

A saúde é a indústria que consome mais recursos públicos em Portugal, afirmam Matos e Ramos (2009). Todavia, na avaliação do desempenho dos hospitais são considerados princípios específicos desde a publicação do Novo Regime Jurídico da Gestão Hospitalar pela Lei n.º 27/2002, de 8 de novembro, o que deve permitir um controlo adequado dos recursos.

No sistema de avaliação hospitalar cabe ao Conselho de Administração fixar os objetivos e os meios necessários para os atingir e definir o funcionamento desse sistema.

Os princípios específicos da gestão hospitalar constam nos artigos 5º e 10º da citada Lei, nomeadamente: desenvolvimento da atividade de acordo como os instrumentos de gestão previsional, designadamente planos de atividade, [...], orçamentos e outros; garantia aos utentes da prestação de cuidados de saúde de qualidade e com controlo rigoroso dos recursos; desenvolvimento de uma gestão criteriosa no respeito pelo cumprimento dos objetivos definidos pelo Ministério da Saúde; [...] e os constantes do artigo 10º: elaboração de planos anuais e plurianuais e celebração de contratos-programa com a ARS respetiva, de acordo com a necessidade de financiamento em função da valorização dos atos e serviços efetivamente prestados, [...] nos quais sejam definidos os objetivos a atingir e acordados com a tutela, e os indicadores de atividade de gestão.

Quanto às avaliações individuais, foram definidos os princípios constantes na alínea c), do n.º 1 do mesmo artigo, nomeadamente: avaliação dos titulares dos órgãos de administração, dos diretores dos departamentos e dos serviços e dos restantes profissionais, de acordo com o mérito do seu desempenho, considerando a eficiência demonstrada na gestão dos recursos e pela qualidade dos cuidados prestados aos utentes.

O processo de avaliação prevê um sistema de incentivos que consta na alínea d), sendo definido com o objetivo de apoiar e estimular o desempenho dos profissionais e tem por base os ganhos de eficiência conseguidos.

Esses incentivos devem traduzir-se na melhoria das condições de trabalho, na participação em ações de formação e estágios, no apoio à investigação e em prémios de desempenho.

O grau de autonomia na organização do trabalho, previsto na alínea e), indica a definição de um sistema de avaliação articulado com as funções essenciais da prestação de cuidados e de gestão de recursos, em torno dos diretores de departamento e de serviço, com a atribuição de poderes de direção e disciplina sobre todo o pessoal que integra o seu departamento ou serviço, com a salvaguarda das competências técnicas e científicas atribuídas por lei a cada profissão.

A autonomia concedida aos diretores de departamento ou dos serviços não prejudica as competências dos órgãos de gestão que definem os mecanismos de avaliação periódica.

A medição e gestão do desempenho nos serviços públicos já existia há mais de dez anos, em países como a Finlândia, Suécia, Reino Unido, Estados Unidos, Canada, Austrália e Nova Zelândia, antes que as primeiras publicações sobre o *BSC*, nos anos '90, tivessem sido publicadas (Pinto, 2009).

No setor hospitalar, a avaliação de desempenho foi introduzida nos anos noventa pela *Joint Commission on Accreditation of Health Care Organization* (Matos e Ramos, 2009), que utiliza um conjunto de 224 indicadores comuns de desempenho que reflete o compromisso das organizações para o cumprimento de certos padrões de qualidade para acreditação e certificação de mais de 21 mil organizações nos E.U.A., como também pela *Joint Commission International* que desde 1994 chegou a mais de 90 países no mundo inteiro. Estes indicadores são definidos por dois tipos de normas:

- centradas no doente e,

- organização da saúde.

Um outro sistema de avaliação, *International Quality Indicator Project*, que surgiu em 1985, promovido pela Associação dos Hospitais do Maryland (AHM), utiliza cerca de 250 indicadores (Matos e Ramos 2009). Em 2002, o *Health Care Quality Indicator* do projeto OCDE, tem como objetivo medir e comparar a qualidade da prestação de serviços de saúde nos diferentes países, utilizando um conjunto de indicadores de qualidade que permite avaliar o impacto de fatores específicos sobre a qualidade dos serviços de saúde. No Quadro 3.3 apresentam-se, de forma resumida, algumas experiências internacionais ligadas à avaliação de desempenho hospitalar.

**Quadro 3.3 - Perspetivas da qualidade dos serviços hospitalares**

Experiência	Área de influência	Autores	Perspetivas Avaliadas
Best Hospitals	Estados Unidos da América	Health US News & world report (2015) <sup>6</sup> .	Avaliação da qualidade dos serviços em 5 áreas: cirurgia cardíaca, traumatismo de anca, traumatismo de joelho, insuficiência cardíaca e doença pulmonar obstrutiva crónica
100 Top Hospitals		Truven Health Analytics (2015) <sup>7</sup> .	Reduzida taxa de mortalidade; N.º reduzido de complicações; Reduzida taxa de demora; (permanência no internamento) Taxas reduzidas de readmissões (30 dias)
Risk-Adjusted Quality Outcomes Measures		Forthman, M., Gold, R.S., Dove, H., G. e Henderson, R., D. (2010) <sup>8</sup> .	Taxa de mortalidade N.º de complicações Taxa de readmissões Segurança do utente

**Fonte:** Elaboração própria

As experiências acima verificadas permitiram-nos observar a importância da monitorização do nível de qualidade no âmbito internacional e das melhorias quanto ao nível dos serviços de saúde com uma maior preocupação para a taxa de mortalidade, número de complicações e taxa de readmissões.

A monitorização da qualidade dos serviços hospitalares pode dever-se ao facto de que os hospitais dos EUA não tendo um mercado garantido<sup>9</sup> pelo Estado, devem identificar e

<sup>6</sup> Disponível em <http://www.health.usnews.com/best-hospitals/hospital-ratings>

<sup>7</sup> <http://www.100tophospitals.com/methodologies>

<sup>8</sup> Disponível em <http://companionanalytics.com/assets/PDF/Publications/Risk-Models-CMA.pdf>

<sup>9</sup> American Hospital Association. *Fast facts on US hospital*. (2016). Disponível em: <http://www.aha.org/research/rc/stat-studies/fast-facts.shtml>

estimular padrões de qualidade na prestação dos cuidados de saúde, tendo sempre presente a necessidade de investir na eficiência e eficácia e disputar permanentemente um mercado concorrencial de forma a atrair e satisfazer os clientes.

Enquanto os hospitais públicos portugueses integrados no SNS veêm à partida o seu mercado garantido através das áreas de influências previamente definidas (Lei n.º. 2011 de 2 de abril 1946; Lei n.º, 27/2002, de 8 de novembro) a preços homogêneos, contratualizados e assegurados pelo Estado.

Segundo Silvestre e Araújo (2009), a empresarialização dos hospitais facilitou a introdução de instrumentos de gestão nas organizações públicas, tendo o Ministério da Saúde optado, em 2003, pela implementação do *Tableau de Bord (TdB)* como instrumento de monitorização do desempenho generalizado a todos os hospitais públicos. O *TdB* foi utilizado como instrumento de avaliação até agosto de 2013.

Este modelo, também utilizado pelo Centro Hospitalar Lisboa Ocidental (CHLO) para a avaliação de um total de 73 indicadores (ver listagem completa no Quadro A1 do Apêndice) em 4 perspetivas, possibilitou a monitorização de indicadores de cariz financeiro, de eficiência dos processos e de produtividade.

A monitorização dos indicadores decorre da necessidade dos hospitais cumprirem os objetivos que lhes tenham sido fixados mediante a contratualização.

#### **3.4.1 O Modelo de *Benchmarking* Hospitalar da ACSS**

O modelo de *benchmarking* hospitalar da ACSS tem como objetivo melhorar o acesso, a qualidade do serviço prestado e identificar aspetos relevantes de melhoria do desempenho económico-financeiro dos hospitais.

É composto por um conjunto de indicadores destinados à monitorização e acompanhamento do processo de contratualização dos cuidados de saúde e permite observar tendências, contribuindo assim para a melhoria dos resultados nas perspetivas monitorizadas do acesso, desempenho assistencial, eficiência, financeira, contribuindo também para a consolidação de uma cultura de gestão transparente.

O número e tipologia de indicadores monitorizados tem em consideração o Plano Nacional de Saúde.

Esta ferramenta permite aos diferentes intervenientes com responsabilidade na prestação de cuidados de saúde<sup>10</sup>, aumentar a transparência e a partilha de informação e identificar aspetos relevantes em termos de melhoria do desempenho por esta avaliada.

A informação permite comparar desempenho dos hospitais de forma a explicar diferenças de desempenho económico-financeiro e avaliar o potencial de melhoria de cada hospital nas principais áreas de atuação.

Apesar de esta metodologia de avaliação constar numa plataforma dinâmica disponibilizada num *microsite* da ACSS<sup>11</sup>, que «irá produzir com uma periodicidade anual um relatório [...]», e os dados publicados trimestralmente e atualizados ao longo do ano, são também publicados com atraso.

Foram ainda apontados os seguintes obstáculos à sua utilização (Coelho, 2014):

- elevado nível de diferenciação entre os serviços prestados pelos diferentes prestadores;
- falta de concorrência no setor público pode limitar a melhoria do desempenho;
- relatórios muito genéricos;
- elevado custo associado ao tempo dispensado pelos profissionais, quer na implementação, quer na sua monitorização;
- periodicidade da publicação;
- dificuldade de obter informação para o *benchmarking*;
- pode conduzir à efeitos imprevistos como a perda de qualidade dos serviços prestados.

### **3.4.2 Sistema nacional de avaliação em saúde - SINAS – ERS**

A Entidade Reguladora da Saúde (ARS) foi criada pelo Decreto-Lei n.º 309/2003 de 10 de dezembro, tendo como objetivo a regulação, supervisão e acompanhamento da atividade das instituições e outros prestadores de serviços de saúde.

---

<sup>10</sup> ARS, hospitais e às unidades funcionais.

<sup>11</sup> Disponível em <http://www.benchmarking.acss.min-saude.pt>

Derivada das suas responsabilidades, em 2006 inicia-se um processo de implementação de um sistema de *rating* baseado em indicadores de qualidade<sup>12</sup> (estrutura, processo e resultado). Este processo tem vindo a ser implementado ao longo de 8 anos.

Em 2014, a ERS assume a implementação integral do primeiro sistema de avaliação da qualidade dos cuidados de saúde em Portugal. Esta metodologia de avaliação de desempenho é disponibilizada num *microsite* da ERS.<sup>13</sup>

Tornou-se consensual a necessidade de uma abordagem multidimensional ao tema da qualidade na prestação de cuidados de saúde, pelo que o modelo do SINAS visa avaliar as instituições ao nível de diferentes dimensões da qualidade.

A qualidade é cada vez mais um imperativo de cidadania no qual a expectativa dos cidadãos é um dos principais elementos que importa conhecer (IASIST, 2014).

Segundo Russo (2009), o sistema de qualidade visa a satisfação do cliente e as suas expectativas. Parte da estratégia, integra a missão e considera elementos de grande importância como os colaboradores e o seu relacionamento com os clientes. Pode medir-se através da análise do estado da saúde do utente como consequência da intervenção do prestador de serviços de saúde (ERS, 2015).

Os indicadores incorporam linhas orientadoras de diversas organizações internacionais de saúde sendo o modelo de cálculo da responsabilidade da *Joint Commission International (JCI)*.

---

<sup>12</sup> Definida como uma prestação de cuidados de saúde acessível, equitativa e adequada às necessidades e expectativas do cidadão, com um nível profissional ótimo e o melhor desempenho possível, que tenha em conta os recursos disponíveis e consiga a adesão e satisfação do cidadão (DGS-MS, 2015).

<sup>13</sup> Disponível em <http://www.ers.pt/pages/119>

A informação, a recolha de dados e o preenchimento das listas de verificação das perspetivas avaliadas é voluntária e são da responsabilidade dos prestadores dos serviços de saúde. Neste sistema são selecionados os serviços que refletem o nível de qualidade que o prestador tem na prestação dos serviços.

Esta ferramenta procura eficiência dos processos internos promovendo modelos similares para um grande número de organizações, facto que permite uma comparação entre essas organizações. Consiste na capacidade da gestão dos processos e das atividades de criar valor para os clientes. É orientado para a melhoria contínua das atividades e eficiência das operações.

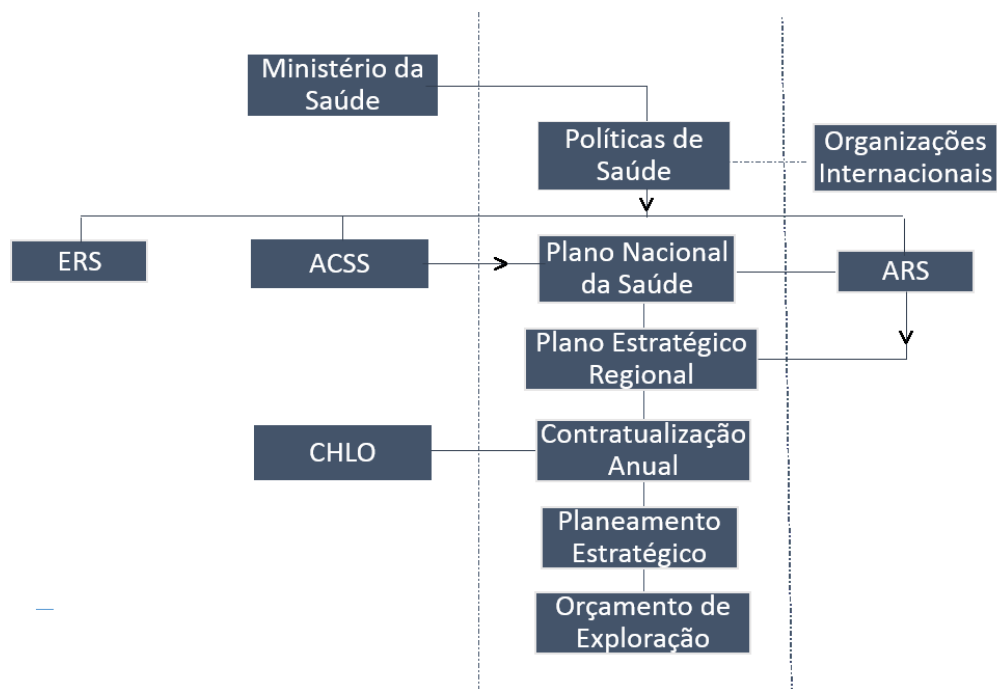
O facto de haver uma crescente preocupação com a qualidade traduz uma maior consciência dos cidadãos relativamente aos seus direitos, demonstrando interesse e exigindo informação sobre o nível de serviços que lhes são disponibilizados.

### **3.4.3 Contratualização**

Aos sistemas de avaliação apresentados acresce o sistema de contratualização com os hospitais, cuja diagrama apresentamos na Figura 3.2.

Segundo informação disponibilizada pela ACSS, este sistema visa definir, entre outros:

- uma metodologia de distribuição de recursos financeiros pelas ARS;
- acompanhar a metodologia de pagamento aos Hospitais Públicos relativamente à produção contratada e dos resultados previstos;
- acompanhar a execução dos Contratos-Programa nas áreas económico-financeira e de produção;
- validar e controlar a faturação com a atividade contratada com os Hospitais do SNS;
- a gestão, o desenvolvimento e a exploração do sistema de informação de apoio à contratualização.



**Figura 3.2** - Diagrama dos sistemas de contratualização

**Fonte:** Elaboração Própria

Segundo ACSS *apud* Miranda (2015, p.2),

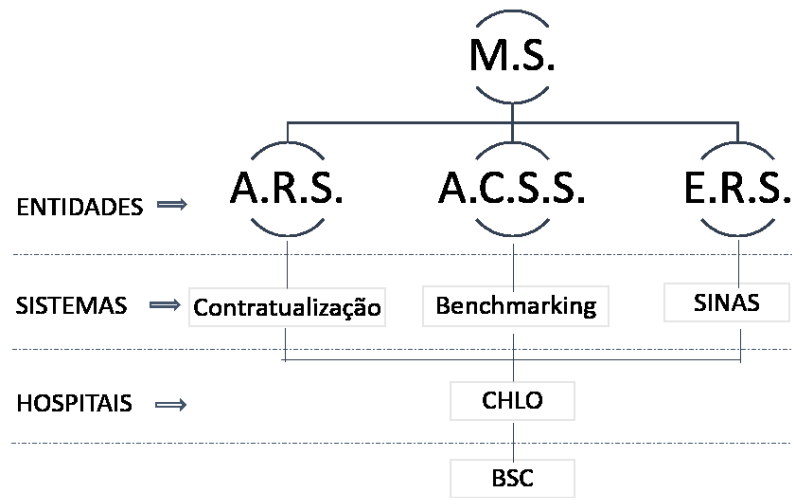
A contratualização pode ser definida como o relacionamento que se estabelece entre financiadores, compradores e prestadores dos cuidados de saúde, no qual se explicitam os resultados de saúde que se desejam para os níveis de financiamento que se disponibilizam.

Todos os anos é realizado um processo de contratualização através de um acordo em que são previstos os objetivos a cumprir e os indicadores monitorizados pela ACSS que determinam o nível de qualidade exigido (ACSS, 2016).

No presente caso em estudo, é celebrado trienalmente um Contrato-Programa no âmbito da prestação de serviços de saúde entre ACSS, ARSLVT e CHLO que define os objetivos do plano de atividades do centro hospitalar contratados anualmente.

A ACSS é responsável por definir o modelo de financiamento adequado à contratualização e pelo acompanhamento e execução dos Contratos-Programa com os hospitais do SNS (ACSS, 2016).

Os diferentes sistemas de avaliação, que podemos observar na Figura 3.3, dependem da estratégia de saúde nacional definida.



**Figura 3.3** - Diagrama dos sistemas de avaliação

**Fonte:** Elaboração Própria

Mediante a contratualização, o CHLO obriga-se a assegurar um determinado nível de produtividade que terá como contrapartida uma remuneração valorizada em função dos serviços prestados efetivamente.

Sempre que os objetivos sejam ultrapassados, o prestador recebe um incentivo proporcional ao nível de cumprimento dos objetivos de gestão em relação à qualidade e eficiência organizacional (CHLO, 2015a), designadamente quanto ao:

- cumprimento das metas do orçamento económico;
- decréscimo da dívida vencida;
- percentagem dos proveitos operacionais extra contrato;
- redução do custo efetivo com o trabalho extraordinário.

### 3.5 *Balanced Scorecard* vs. atuais sistemas de avaliação hospitalar

As diferentes metodologias de medição do desempenho atualmente aplicáveis aos hospitais apresentam algumas diferenças que destacamos no Quadro 3.4.

**Quadro 3.4** - Diferenças entre o *BSC* e os atuais sistemas de avaliação

Diferenças	
<i>BSC</i>	Sistemas de avaliação atuais (ERS, ACSS, ARS)
Permite a minimização das ameaças apenas por decisão dos órgãos de gestão e facilita o entendimento, alinhamento estratégico e clarifica os objetivos e as políticas de gestão.	As metodologias adotadas têm o objetivo de comparar o desempenho dos hospitais portugueses no contexto internacional e os indicadores levam em consideração o Plano Nacional de Saúde (Costa e Lopes, 2015), e buscam a standardização de estratégias (Russo, 2009).
Favorece o acompanhamento e ajustamento de estratégias adotadas e facilita a identificação dos processos em que as melhorias são mais relevantes.	Orientados para monitorização de indicadores de eficiência operacional como são as consultas e cirurgias realizadas em tempo adequado realizadas dentro do tempo máximo de resposta garantido (TMRG), que depende do nível de prioridade clinicamente definido, de indicadores de qualidade dos serviços quanto ao nível de mortalidade, infeções, complicações, período de internamento, reinternamento, de ordem financeiro como é o custo operacional, custo com o pessoal, custo com o material de consumo, custos com os produtos farmacêuticos, fornecimento e serviços externos (Costa e Lopes, 2015).
Utiliza um número limitado de indicadores centrados nos fatores mais críticos para o sucesso organizacional, permitindo a personalização de acordo com as necessidades do departamento ou da organização e adequação dos indicadores as responsabilidades de cada interveniente.	
Valoriza os recursos humanos e de outros fatores intangíveis e não financeiros e atribui responsabilidades pelo desempenho a todos os níveis da organização.	As perspetivas relacionadas com o capital humano designadamente ao nível de motivação e satisfação profissional são completamente ignoradas pelo atual modelo de sistema de avaliação (Correia <i>et al.</i> , 2015).

**Fonte:** Elaboração Própria

As diferenças acima caracterizadas permitem-nos compreender que, enquanto os sistemas de gestão das ERS, ACSS, ARS, são fundamentalmente caracterizados para um reporte histórico às entidades que enquadram a atividade hospitalar nas suas várias vertentes, o *BSC* permite a implementação de mecanismos de gestão com vista a facilitar uma cultura de melhoria permanente que, se bem concebida e implementada pode, de forma automatizada, dar resposta às necessidades de reporte agora asseguradas pelos sistemas atuais.

De salientar que o *BSC* permite facilitar as políticas de gestão de recursos humanos ao permitir o envolvimento de toda a estrutura nos diversos níveis de gestão. Permite a avaliação do desempenho humano, responsabilizando-o e estimulando-o, o que é completamente ignorado nos sistemas atuais de avaliação.

A dicotomia entre a situação atual e a ausência quase total de uso generalizado do *BSC* deve-se, entre outros aspetos, ao facto de as instituições do Estado não estarem, de um modo geral, habilitadas a uma gestão dinâmica que reaja rapidamente às flutuações do seu mercado, estando antes de mais direcionadas para o controlo e gestão dos financiamentos prestados.

### 3.6 Indicadores de desempenho hospitalares

Pela revisão efetuada constatamos que são adoptadas pelos diversas sistemas de avaliação um excessivo número de indicadores, facto que leva necessariamente a um maior tempo de análise e tomada de decisão.

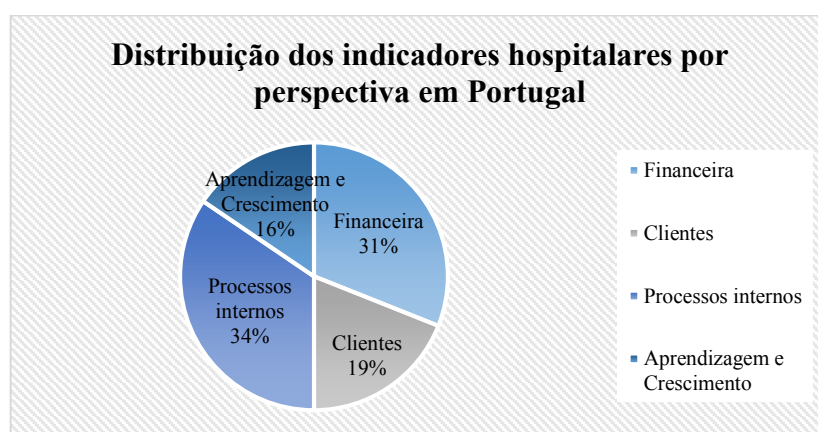
De acordo com Costa (2012), quanto ao nível de implementação do *BSC* nos hospitais em Portugal, foram identificados um total de 154 indicadores (ver listagem completa no Quadro A2 do Apêndice), que são frequentemente utilizados na avaliação dos serviços de saúde, como podemos observar no Quadro 3.5.

**Quadro 3.5** - Indicadores frequentemente utilizados

<b>Perspetiva</b>	<b>Nº. de indicadores</b>
Financeira	43
Clientes	34
Processos internos	47
Aprendizagem e Crescimento	30
<b>Fonte:</b> Adaptado de Costa (2012)	154

De acordo com Costa (2012), apenas quatro dos hospitais em Portugal utilizavam, em 2012, o *BSC* como ferramenta de gestão estratégica e indicadores em todas as quatro perspetivas.

Na Figura 3.4 podemos observar a distribuição dos indicadores, por cada perspetiva, utilizados pelos hospitais que implementaram esta ferramenta, constatando-se que as perspetivas dos Processos Internos, com 34%, e Financeira, com 31%, têm um peso superior comparadas com os das restantes perspetivas sendo que a perspetiva Clientes surge em terceiro lugar apenas com 19% e Aprendizagem e Crescimento em último com 16%.

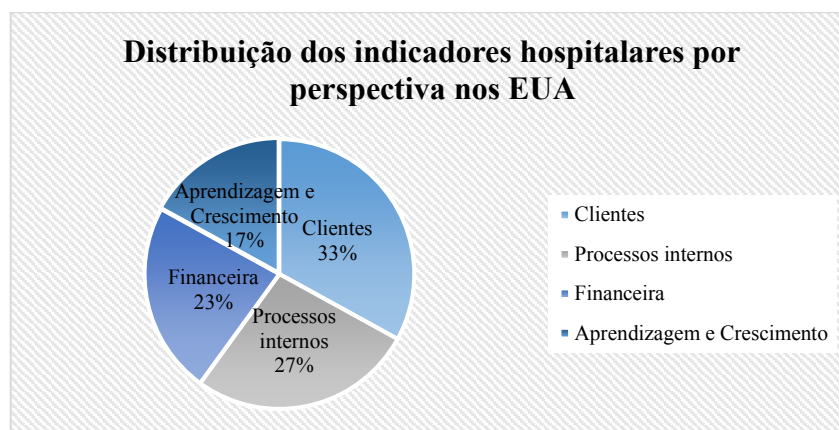


**Figura 3.4** - Distribuição dos indicadores hospitalares por perspetiva em Portugal

**Fonte:** Elaboração própria

Num estudo sobre a implementação do *BSC* nos hospitais dos EUA que os autores Inamdar, Noorein e Kaplan *apud* Matos e Ramos (2009)<sup>14</sup> promoveram, verificaram que de entre os nove hospitais analisados que utilizavam esta ferramenta em 2002, e como podemos observar na Figura 3.5, as medidas utilizadas consistiam em 33% em medidas relacionadas com os clientes, 27% com os processos internos, 23% traduziam objetivos financeiros e 17% aprendizagem e crescimento.

<sup>14</sup> Inamdar, S., N., Kaplan, R., S., (2002). Applying the balanced scorecard in healthcare provider organizations. In *Journal of Healthcare Management*, 47(3), pp. 179-195.



**Figura 3.5** - Distribuição dos indicadores hospitalares por perspectiva nos EUA

**Fonte:** Elaboração própria

Embora em Portugal, e com uma decalagem de dez anos, começa a ser implementado o *BSC* apenas em quatro hospitais portugueses verificando-se que a distribuição das medidas apresentam algumas diferenças, se pode concluir, como já anteriormente referido, que os hospitais dos EUA, apesar das semelhanças dos sistemas, valorizam mais os fatores de qualidade orientados para o cliente, enquanto os hospitais portugueses dão maior importância à eficiência operacional e aos fatores financeiros.

Consideramos que o sistema de cuidados de saúde hospitalares dos EUA pode melhor contribuir para um nível de qualidade superior procurado pelos clientes do que num mercado garantido e subsidiado pelo Estado, como no caso dos hospitais portugueses.

O CHLO, no âmbito da contratualização, monitoriza indicadores em quatro das dimensões abaixo identificadas:

- de ordem financeira;
- de produção;
- de atividade;
- dos processos.

Acompanha ainda indicadores das diversas áreas de como: infecologia, psiquiatria, consultas, internamento, doentes tratados, dias de internamento, urgência, hospital do dia, unidades socio-ocupacionais, serviços domiciliários, serviços ambulatoriais, cirurgias ambulatoriais e sessões de radiologia.

No Quadro 3.6 apresentamos as perspetivas e os indicadores monitorizados pelos sistemas de avaliação centralizados dos serviços de cuidados de saúde da área hospitalar, agrupados em dimensões, derivadas das necessidades da avaliação das entidades promotoras, num conjunto de 123 indicadores.

Distribuímos as perspetivas e os indicadores utilizados pelos diversos sistemas de avaliação pelas perspetivas do *BSC*, segundo a sua natureza e os impactos esperados em resultado da monitorização, como se pode observar no Quadro 3.6 (ver listagem completa no Quadro A3 do Apêndice).

**Quadro 3.6 - Distribuição dos indicadores pelo BSC**

Perspetivas avaliadas	N.º de indicadores	Perspetivas do BSC	N.º Ind./ persp.	
Acesso	2	Processos Internos	91	74%
Desempenho assistencial	8	Processos internos		
Excelência clínica	63	Processos internos		
Processos	2	Processos internos		
Produtividade	4	Processos internos		
Dimensão e volume de utilização	6	Processos internos		
Segurança	6	Processos internos	13	11%
Económico-financeiros	13	Financeira		
Adequação e conforto	8	Cliente	19	15%
Segurança do doente	7	Cliente		
Focalização no utente	0	Cliente		
Satisfação do utente	4	Cliente		
	12	123	3	123
			123	100%

**Fonte:** Elaboração Própria

Pela distribuição dos indicadores pelas perspetivas do *BSC*, constatou-se a inexistência de indicadores pertencentes à perspetiva de Aprendizagem e Crescimento.

Este facto indica, com alguma preocupação, o nível de importância dada relativamente à motivação, satisfação e formação dos profissionais de saúde, corroborando as conclusões do estudo promovido por Correia *et al.* (2015) sobre a experiência dos médicos<sup>15</sup> do

<sup>15</sup> O estudo baseou-se numa amostra de 3442 médicos inscritos na Ordem dos Médicos.

sistema de saúde português no tempo da intervenção efetuada pela Comissão Europeia, pelo Banco Central Europeu e pelo Fundo Monetário Internacional.

Aqueles autores concluem que alguns dos aspetos mais ignorados no processo de reforma no setor da saúde iniciado em 2011 (Despacho n.º 10823/2010 de 1 de julho), recaem sobre:

- a insatisfação acentuada quanto a realização no trabalho dos profissionais de saúde;
- o esgotamento sentido ao longo da vida profissional;
- falta de motivação dos profissionais dos serviços de saúde públicos;
- a formação, cuja qualidade diminuiu<sup>16</sup>;
- as pressões sentidas no desenvolvimento das atividades devidas a falta de material;
- a imposição de não prescrever medicamentos e,
- a necessidade de gastar menos com os doentes.

Estes fatores têm um impacto negativo na prestação de serviços de saúde pública, sugerindo que a reforma prosseguida já afetou a qualidade dos cuidados de saúde prestados (Correia *et al.*, 2015).

---

<sup>16</sup> 80% dos internos e 50% dos médicos especialistas inquiridos.

## 4. O *Balanced Scorecard* no Centro Hospitalar Lisboa Ocidental

### 4.1 Metodologia

A metodologia de investigação segue uma abordagem qualitativa por se considerar, segundo Major e Vieira (2009), que os sistemas sociais são fenómenos socialmente construtivos dado que podem sofrer mudanças como consequência das diferentes ações dos indivíduos pertencentes a um contexto específico.

Defendem Major e Vieira (2009, p.143) que a metodologia de investigação de estudo de caso «envolve uma reflexão [...] sobre a evidência e o seu posicionamento perante diferentes teorias como meio de responder às questões de investigação formuladas.».

Estudo baseou-se, numa primeira fase, numa abordagem histórica e retrospectiva com base em análise de conteúdo documental com recurso a repositórios científicos e sites das próprias entidades emissoras e, numa segunda fase, numa aplicação prática.

A análise de documentos proporciona informações sobre acontecimentos passados (Igea *et al. apud* Ferreira e Calado 2005)<sup>17</sup>, proporcionando detalhes retrospectivos e específicos com carácter descritivo sobre acontecimentos num período de tempo vasto, o que se considera apropriado para a análise pretendida por ter um enfoque indutivo.

Uma das vantagens da utilização do método de pesquisa com base documental é de extrair dados e informação útil para suportar o processo de tomada de decisão.

A metodologia utilizada no desenvolvimento da dissertação, o Estudo de Caso, na perspetiva do Dooley *apud* Meirinhos e Osório (2010, p.52)<sup>18</sup> tem a vantagem de poder ser aplicado às situações humanas e a contextos [...] de vida real.

O autor refere ainda que,

[i]nvestigadores de várias disciplinas usam o método de investigação do estudo de caso para desenvolver teoria, para produzir nova teoria, para contestar ou desafiar teoria, para explicar uma situação, para estabelecer uma base de aplicação de soluções para situações, para explorar, ou para descrever um objeto ou fenómeno.

Para atingir o objetivo deste trabalho analisámos bibliografia relevante para o caso em concreto atualizada dos mais recentes acontecimentos da área hospitalar.

Os dados foram recolhidos através dos sites das entidades emissoras como também entidades administradoras e reguladoras da saúde em Portugal e do portal da internet do Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental.

Para elaboração do nosso trabalho foram recolhidas informações de base documental através de fontes variadas como legislação, periódicos científicos, relatórios, teses, livros, base de dados, bibliotecas e repositórios *on-line* e sites institucionais.

## **4.2 Caracterização do Centro Hospitalar**

O Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, E.P.E., doravante CHLO., foi constituído em 2005, através do Decreto Lei nº 233/2005, pela fusão dos Hospitais de Egas Moniz, São Francisco Xavier e Santa Cruz.

Exerce a sua atividade de forma coordenada pelos três hospitais que o integram sendo esta «sujeita a orientações das autoridades nacionais de saúde relativa à execução da política nacional de saúde» (CHLO, 2015a).

O CHLO rege-se pelo regime jurídico aplicável às entidades públicas empresariais, com as especificidades constantes do Decreto-Lei supracitado.

Integrando os Hospitais de Egas Moniz, Santa Cruz e de S. Francisco Xavier, dispõe de 30 especialidades de cuidados de saúde diferenciados nos seus departamentos de medicina, coração, neurociências, saúde mental, cirurgia, cirurgia plástica, mulher e criança, anestesiologia e bloco operatorio, imagiologia e patologia – medicina laboratorial.

O CHLO estrutura-se a partir destas especialidades numa perspetiva de diferenciação técnica e de inovação tecnológica. Dispõe ainda de serviços de dermatologia, estomatologia, saúde ocupacional, anatomia patológica, imuno-hemoterapia, medicina física e de reabilitação, medicina nuclear, patologia clínica, urgência geral, urgência obstétrica, urgência pediátrica, urgência oftalmológica e urgência de otorrinolaringologia.

---

<sup>17</sup> Igea, D. Agustin, J. Beltran, A. & Martin, A. (2005). *Técnicas de investigación en ciencias sociales*. Madrid: Dykinson

<sup>18</sup> Dooley, L. M. (2002). *Case Study Research and Theory Building. Advances in Developing Human Resources* (4). Sage Publications.

Na prestação dos serviços de saúde prevalece a satisfação do doente na prestação de serviços de qualidade a preços socialmente aceitáveis (Torres 2010).

A sua missão é,

a prestação de cuidados de saúde a todos os cidadãos no âmbito das responsabilidades e capacidades das unidades hospitalares que o integram, dando execução às definições de política de saúde a nível nacional e regional, aos planos estratégicos e às decisões superiormente aprovadas.

Intervêm de acordo com as áreas de influência, cumprindo os Contratos-Programa celebrados, em articulação com as instituições integradas na rede de prestação de cuidados de saúde.

Desenvolve ainda atividades complementares de ensino pré e pós-graduado, investigação e formação [...] (CHLO 2015a, p.12).

O centro hospitalar tem como objetivos estratégicos: garantir a sustentabilidade económica e financeira a médio longo prazo pelo aumento da eficiência e eficácia num quadro de equilíbrio económico e financeiro; assegurar a prestação assistências com elevados padrões de qualidade e diferenciação técnica; investigação e ensino ao nível dos melhores hospitais do SNS.

O plano estratégico definido para o centro hospitalar compreende medidas, que passam pela:

- diminuição dos custos de exploração e de estrutura pela eliminação dos serviços duplicados;
- uma melhor prestação de cuidados integrados;
- diminuição dos tempos de espera.

O CHLO desenvolve ainda atividades complementares como as de ensino pré e pós-graduado, investigação e formação, submetendo-se à regulamentação de âmbito nacional que rege a matéria dos processos de ensino, podendo proceder a celebração de contratos para efeitos de organização interna, repartição de investimento e compensação dos encargos que forem estipulados.

Tem como visão (CHLO 2014b, p.3),

ser reconhecido como uma unidade de prestação de cuidados de saúde humanizados, de qualidade e em tempo oportuno, que promova o desenvolvimento de áreas de diferenciação e de referência na prestação de cuidados de saúde.

Ser reconhecido pelo acionista como uma organização, que promove o aumento da eficiência e eficácia, num quadro de equilíbrio económico e financeiro sustentável.

Implementar projetos de prestação de cuidados de saúde em ambulatório e ao domicílio;

Promover a investigação clínica e formação profissional pré e pós-graduada.

Os princípios e valores são:

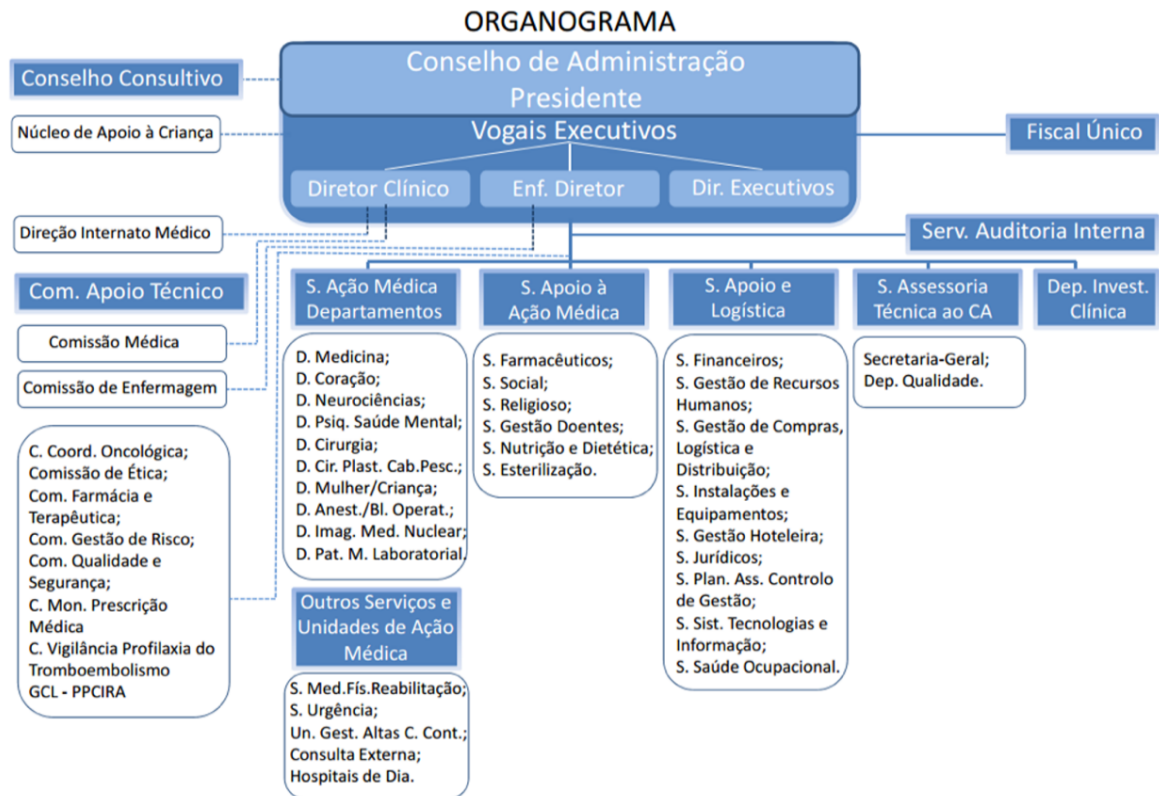
- humanização e não discriminação;
- respeito pela dignidade individual de cada doente;
- promoção da saúde na comunidade;
- atualização face aos avanços da investigação e da ciência;
- excelência técnico-profissional;
- ética profissional;
- promoção da multidisciplinaridade;
- respeito pelo ambiente.

Tem como objetivos:

- prestação de cuidados de saúde humanizados, de qualidade e em tempo oportuno;
- aumento da eficiência e eficácia, num quadro de equilíbrio económico e financeiro sustentável;
- desenvolvimento de áreas de diferenciação e de referência na prestação de cuidados de saúde;
- implementação de projetos de prestação de cuidados de saúde em ambulatório e ao domicílio, para minimizar o impacto da hospitalização;
- promoção da investigação clínica;
- formação profissional e pós-graduada.

O Centro Hospitalar sob a orientação e responsabilidade dos órgãos de gestão é composto por dez unidades orgânicas, apresentadas na Figura 4.1, Conselho Consultivo, Fiscal

Único, Serviços de Auditoria Interna, Serviços de Assessoria Técnica ao Conselho de Administração, Comissão de Apoio Técnico, Serviços de Ação Médica, Outros Serviços e Unidades de Ação Médica, Serviços de Apoio à Ação Médica, Serviços de Apoio e Logística e Departamento de Investigação Clínica.



**Figura 4.1** - Organograma do CHLO

**Fonte:** CHLO (2015a)

As unidades orgânicas de cuidados de saúde, preveem níveis intermédios de gestão e unidades de logística para apoio e suporte às unidades de natureza assistencial, próprias de cada unidade hospitalar. Cada Unidade Hospitalar possui um Diretor Executivo vogal do Conselho de Administração, um Diretor Clínico e um Diretor de Enfermagem.

As unidades promovem atividades de investigação nas áreas clínicas através de protocolos que incluem o financiamento dos respetivos projetos. São unidades de natureza assistencial os serviços de ação médica e os centros especializados.

Os serviços de ação médica são configurados como áreas de prestação de cuidados de saúde representando as linhas da produção do CHLO. Os dados operacionais, financeiros e dos recursos humanos mais recentes, relativos às atividades do CHLO, são apresentados na Tabela 4.1.

**Tabela 4.1 - Dados relativos à atividade do CHLO**

		2014	2015	N/N-1	Previsto 2015	Var. R/P
	Nº de utentes	992.915	992.915		992.915	
<b>Dados Financeiros</b>	Resultado operacional	-6.800.376	-6.796.166	-0,06%	-6.481.335	4,8%
	Prestação de Serviços	195.092.721	200.692.132	2,87%	200.339.312	0,1%
	Custos com produtos farmacêuticos	48.232.888	50.700.846	5,12%	46.320.032	9,4%
	Subcontratos	5.888.689	6.444.382	9,44%	6.003.592	7,3%
	Gastos com o Pessoal (médicos)	23.663.146	24.655.172	4,19%	27.815.800	-11%
	Custo com horas extraordinárias (medicos)	3.855.970	3.460.694	-10,25%	3.737.577	-7%
<b>Dados de produção</b>	Nº. de reclamações	1.204	1.184	-1,66%	-	-
	Lotação	795	782	-1,64%	803	-2,6%
	Doentes saídos total (internamento)	27.221	27.198	-0,1%	27.467	-1%
	Demora média para internamento (dias)	9,3	9,5	2,15%	8,8	8%
	Nº. dias de internamento	238.816	243.005	1,75%	-	-
	% cirurgias programadas	77,3%	76,9%	-0,4 pp	80%	-3,1pp
	% cirurgias ambulatoriais	50,1%	51,1%	1 pp	75%	-23,9pp
	Urgências	153.831	151.222	-1,70%	134.666	12,3%
	Doentes Internados em Urgência	12.739	12.453	-2,25%	11.799	5,5%
	Tempo médio de espera para cirurgia (dias)	149	144	-3,36%	-	-
	Taxa de ocupação	80,3%	83,8%	3,5 pp	-	-
	Primeiras consultas	105.271	108.481	3,05%	110.052	-1,4%
	Consultas subsequentes	360.531	353.626	-1,92%	343.860	2,8%
	Total de consultas	465.802	462.107	-0,79%	468.246	-1,3%
	CTH programadas	43.126	45.025	4,40%	46.727	-3,6%
	CTH realizadas a tempo	67,81%	68,58%	0,77 pp	85%	-16,42pp

**Tabela 4.1 - Dados relativos à atividade do CHLO (continuação)**

		2014	2015	N/N-1	
<b>Recursos Humanos</b>	Nº. de profissionais	3.741	3.807	1,76%	
	Nº. Médicos	522	502	-3,83%	
	Nº. Enfermeiros	1.207	1.235	2,32%	
	Outro pessoal	2.012	2.070	2,88%	
	Volume de formação (h)	9.266	17.296	86,66%	
	Total de formandos externos	79	74	-6,33%	
	Total de formandos internos	795	2 840	257,23%	
	- médicos	125	217	73,60%	
	- enfermeiros	537	2.170	304,10%	
	- outro pessoal	133	453	240,60%	
	Absentismo	8,7%	9,9%	1,2 pp	

**Fonte:** Elaboração própria; baseada em CHLO (2014a; 2015a;2015b)

### **4.3 Medidas de avaliação de desempenho**

O Centro hospitalar utiliza um sistema de avaliação que permite traduzir os objetivos globais da instituição em objetivos próprios dos serviços, pela contratação de indicadores essenciais para o cumprimento dos objetivos estratégicos, no âmbito da contratualização entre CHLO e ARSLVT, tendo um sistema de incentivos relacionado com o grau de cumprimento dos objetivos financeiros fixados para a gestão.

A avaliação centralizada é feita pela ACSS com recurso a um sistema dinâmico e pela ERS mediante submissão da candidatura voluntariamente.

O CHLO prepara, ainda, para além dos dados necessários à monitorização imposta pela ACSS, demonstrações financeiras intercalares que são mensalmente enviadas para a mesma autoridade (CHLO, 2015a).

O CHLO monitoriza indicadores que medem o nível de desempenho nas seguintes perspetivas e diversas entidades, apresentados no Quadro 4.1.

**Quadro 4.1 - Perspetivas de avaliação de desempenho do CHLO**

Avaliação do desempenho atual do CHLO		
ACSS	ERS	ARS
Acesso	Excelência clínica	Económico financeiros
Desempenho assistencial	Segurança do utente	Produtividade
Produtividade	Adequação e conforto das instalações	Desempenho assistencial
Económico financeiros	Focalização do utente	Processos
Segurança do doente	Satisfação do utente	
Volume de utilização		

**Fonte:** Elaboração própria

#### 4.4 Definição da estratégia

##### Análise *SWOT*

O diagnóstico e definição da estratégia efetuados utilizando uma matriz de análise *SWOT*, ilustrada na Figura 4.2, com objetivo de minimizar as fraquezas e converter em oportunidades as ameaças detetadas, permitiu identificar as seguintes linhas de ação:

- melhoria da acessibilidade;
- melhoria da qualidade dos serviços;
- efetividade e eficiência da prestação;
- controlo do equilíbrio económico - financeiro;
- reforço da gestão e do posicionamento do CH no contexto SNS;
- renovação e remodelação das áreas degradadas;
- reforço das Tecnologias e dos Sistemas de Informação.

		Situação da organização				
		<b>Pontos Fortes (S)</b>	<b>Pontos Fracos (W)</b>			
ANÁLISE S.W.O.T.		Especialização em áreas diferenciadas: Neurociências nas áreas médicas e cirúrgicas, Cirurgia Cardiorácica, Infeciologia, Cardiologia de Adultos e crianças, Nefrologia, transplantação de órgãos.	Degradação de algumas instalações e desadaptação de outras para as funções a que se destinam.			
		Aplicação clínica da inovação tecnológica.	Dispersão geográfica por três polos assistenciais hospitalares.			
		Vias verdes (AVC, Trauma, Coronária e Sepsis)	Dificuldade na resolução da lista de espera em algumas especialidades.			
		Investigação Clínica Aplicada	Grande carência de clínicos nas áreas de Obstétrica, Anestesia, Cuidados Intensivos.			
		Boa imagem junto dos utentes	Reduzida autonomia para investimentos.			
		Boa localização geográfica				
		Recursos humanos altamente qualificados				
				<b>Oportunidades (O)</b>	<b>S.O</b>	<b>W.O</b>
Ambiente externo		Desenvolvimento de gestão de risco clínico na área de qualidade.	- Melhoria da qualidade dos serviços  - Reforço da gestão e do posicionamento do CH no contexto SNS	- Melhoria da acessibilidade  - Reforço das Tecnologias e dos Sistemas de Informação		
		Aproximar o Hospital da comunidade através de iniciativas do departamento de qualidade				
		Protocolos interinstitucionais na área de formação e investigação.				
		Desenvolvimento de técnicas de intervenção na área de Imagiologia				
		Centros de diferenciação como Cardiologia, Obesidade Mórbida, Nefrologia e Neurocirurgia.				
		Candidatura à Centros de Referência.				
				<b>Ameaças (T)</b>	<b>S.A</b>	<b>W.A</b>
				Saída de profissionais para novas unidades hospitalares.	- Efetividade e eficiência da prestação	- Controlo do equilíbrio económico financeiro  - Diminuição do impacto da hospitalização
Dificuldade de renovação do quadro médico por carência de especialistas em varias áreas.						
Envelhecimento do quadro médico do hospital.						
Indefinição de carreiras médicas.						
Deficiente resposta dos cuidados continuados.						
Envelhecimento da população assistida pelo hospital.						
Contexto económico desfavorável.						

**Figura 4.2 - Análise SWOT**

**Fonte:** Adaptado de CHLO (2014b).

Estas linhas de ação permitem a identificação de áreas onde o CHLO se deve orientar para melhorar a sua atividade e as expectativas dos utentes.

Os fatores que consideramos críticos são: o controlo dos custos através da identificação das áreas e dos fatores de risco para um melhor equilíbrio financeiro; adequação dos serviços de cuidados de saúde às necessidades dos doentes; qualidade dos serviços prestados; especialização em áreas clínicas diferenciadas; funcionários especializados e altamente qualificados; melhoria das tecnologias e sistemas de informação para uma comunicação regular de dados.

#### **4.5 Definição do *Balanced Scorecard***

Os sistemas de avaliação atualmente implementados têm um cariz predominante financeiro (Correia, Carapinheiro, Silva e Vieira, 2015) e foram desenhados em resultado das necessidades de reduzir a despesa em saúde constante no Memorando de Entendimento de 2011.

Foram impostas medidas que, apesar de mostrar melhorias a nível económico e financeiro, tiveram algum impacto negativo na qualidade dos serviços.

Deste modo, foram postas em segundo plano dimensões qualitativas e a satisfação dos profissionais com a sua própria situação e com o estado atual da saúde (Correia *et al.*, 2015).

Na definição do *Balanced Scorecard* utilizamos um modelo baseado em Kaplan (1999) e Caldeira (2010), por se considerar que, no caso das organizações dos cuidados de saúde, a perspectiva dos clientes surge no topo das perspetivas uma vez que o objetivo principal dos prestadores é a satisfação das expectativas dos clientes através da prestação de cuidados de saúde de qualidade (Torres, 2010).

##### **4.5.1 Objetivos estratégicos**

De acordo com as linhas estratégicas definimos um total de 14 objetivos para as quatro perspetivas do *BSC*. Estes objetivos são:

1. Melhoria da acessibilidade;
2. Implementação de projetos de prestação de cuidados de saúde em ambulatório e ao domicílio;

3. Aumentar a eficácia clínica dos serviços prestados;
4. Melhorar a efectividade e eficiência da prestação;
5. Controlo do equilíbrio financeiro;
6. Diminuir a incerteza quanto a segurança clínica;
7. Minimizar o impacto da hospitalização;
8. Recuperar as listas de espera;
9. Aumento da nível de utilização das tecnologias e sistemas de informação;
10. Reforço da gestão e do posicionamento do Centro Hospitalar nas suas áreas de referência no contexto SNS;
11. Melhorar as condições das instalações;
12. Valorização do mérito e maior satisfação dos profissionais;
13. Aumento da nível de investigação clínica;
14. Melhorar o nível de formação profissional, pré e pós graduada e desenvolvimento dos profissionais.

#### **4.5.2 Mapa estratégico**

A relação causa-efeito, entre as perspetivas e objetivos, que apresentamos na Quadro 4.2, permite a concretização da missão e da estratégia do centro hospitalar.

As grandes linhas estratégicas representam o caminho a seguir pela organização para que a sua missão seja concretizada. De modo a facilitar a construção do mapa estratégico as linhas estratégicas não devem exceder os cinco.

Foram definidos três objetivos para cada uma das perspetivas de clientes e aprendizagem e desenvolvimento e quatro objetivos na perspetiva dos processos internos e financeira.

**Quadro 4.2 - Mapa estratégico**

**Missão:** Prestação de cuidados de saúde a todos os cidadãos no âmbito das responsabilidades e capacidades das unidades hospitalares que o integram, dando execução às definições de política de saúde a nível nacional e regional, aos planos estratégicos e às decisões superiormente aprovadas, de acordo com as áreas de influência, cumprindo os Contratos-Programa celebrados, em articulação com as instituições integradas na rede de prestação de cuidados de saúde.

Desenvolve ainda atividades complementares de ensino pré e pós-graduado, investigação e formação.

**Visão:** Ser reconhecido pelo utente como uma unidade de prestação de cuidados de saúde humanizados, de qualidade e em tempo oportuno, e pelo acionista pela sua eficiência e eficácia, que promova o desenvolvimento de áreas de diferenciação e de referência na prestação de cuidados de saúde considerando a diminuição do impacto da hospitalização leva a implementação de novos projetos de cuidados de saúde que possibilitam prestação de serviços em ambulatório e ao domicílio, promoção da investigação clínica, e formação profissional pré e pós-graduada.

Perspetivas/objetivos	Vetores estratégicos/objetivos				
	Melhoria do nível assistencial	Melhoria dos níveis de eficiência dos recursos e otimização dos custos	Reforço das áreas de diferenciação e dos serviços de complexidade técnica	Investigação e ensino	Elevar os padrões de qualidade
<b>Clientes/Utentes</b>	O1.Melhoria da acessibilidade	O2.Implementação de projetos de prestação de cuidados de saúde em ambulatório e ao domicílio			O3.Aumentar a eficácia clínica dos serviços prestados (reduzir taxa de readmissões)
<b>Financeira</b>	O4.Melhorar a efetividade e eficiência da prestação	O5.Controlo do equilíbrio financeiro	O6.Diminuir a incerteza quanto a segurança clínica		O7.Minimizar o impacto da hospitalização
<b>Processos internos</b>	O8. Recuperar as listas de espera (reduzir taxa de desmarcação das consultas e efetuar consulta a tempo e horas)		O9. Aumentar o nível de utilização das Tecnologias e dos Sistemas de Informação	O10.Reforço da gestão e do posicionamento do CHLO nas suas áreas de referência no contexto SNS	O11.Melhorar as condições das instalações
<b>Aprendizagem e crescimento</b>		O12.Valorização do mérito e maior satisfação dos profissionais	O13.Aumentar os níveis de investigação clínica	O14.Formação profissional, pré e pós-graduada e desenvolvimento dos profissionais	

Fonte: Elaboração Própria

Quanto às relações de causalidade identificadas no quadro precedente, podemos exemplificar a seguinte leitura relativamente às duas perspetivas menos valorizadas pelos atuais sistemas de monitorização e avaliação do setor hospitalar em Portugal, designadamente as perspetivas de Aprendizagem e Crescimento e dos Clientes.

- 1- A valorização e satisfação dos profissionais (objetivo 12) conduz à recuperação das listas de espera (objetivo 8), e simultaneamente à um melhor equilíbrio financeiro (objetivo 5) permitindo uma melhoria da efectividade e eficiência da prestação dos cuidados que, por sua vez, permite à implementação de projetos de prestação de cuidados de saúde em ambulatório e ao domicílio (objetivo 2) e uma melhoria de acessibilidade (objetivo 1).
- 2- A formação profissional, pré e pós-graduada e desenvolvimento dos profissionais (objetivo 14) leva a um aumento dos níveis de investigação clínica (objetivo 13) e ao reforço das tecnologias e sistemas de informação (objetivo 9) que conduz à diminuição da incerteza quanto a segurança clínica (objetivo 6) e a uma diminuição do impacto da hospitalização (objetivo 7).
- 3- Aumento dos níveis de investigação clínica (objetivo 13) conduz à valorização dos profissionais (objetivo 12), à melhor responsabilidade e reforço da gestão e melhor posicionamento do CHLO nas suas áreas de referência no contexto SNS (objetivo 10), mas também à maior eficácia clínica dos serviços prestados (objetivo 3).

Melhoria do posicionamento do Centro Hospitalar nas suas áreas de referência no contexto SNS (objetivo 10) conduz a um melhor controlo e equilíbrio financeiro.

- 4- Implementação de projetos de prestação de cuidados de saúde em ambulatório e ao domicílio (objetivo 2) conduz à melhoria dos níveis de acesso aos cuidados de saúde (objetivo 1), mas também a uma maior eficácia clínica dos serviços prestados (objetivo 3).

### 4.5.3 Metas e indicadores

As organizações hospitalares portuguesas utilizam um conjunto de indicadores de referência anteriormente apresentados.

O centro hospitalar desenvolve a sua atividade seguindo a orientação de garantir a eficácia clínica com qualidade e segurança, procurando uma melhoria contínua da qualidade dos serviços, cumprindo deste modo com a sua visão (CHLO, 2014a).

A atual gestão é orientada para melhorias quanto a:

- diminuição de listas de espera;
- cumprimento das metas orçamentadas – custo das mercadorias vendidas e matérias consumidos, fornecimentos e serviços externos (FSE) e gastos com o pessoal;
- redução das horas extraordinárias;
- contratualização interna com os serviços e auditorias clínicas avaliadas mensalmente;
- atualização e cumprimento das Normas de Orientação Clínica emanadas pela DGS de acordo com a medicina baseada em evidência;
- melhoria contínua da qualidade dos serviços prestados;
- ensino e treino dos profissionais;
- formação dos profissionais em gestão do risco sensibilizando sobre a importância de reporte anónimo de situações de risco e identificação das respetivas áreas;
- reavaliação e organização das atividades das comissões multidisciplinares ligadas a gestão clínica;
- incremento da utilização de genéricos com o devido acompanhamento;
- promoção de uma cultura de informação e transparência;
- uniformização e divulgação das orientações, prioridades e procedimentos da gestão clínica;
- análise sistemática das reclamações e sugestões e a obrigatoriedade do consentimento informado escrito;
- melhoria contínua da qualidade dos serviços prestados;
- criar bom ambiente do trabalho e dos serviços;

- satisfação dos doentes;
- satisfação dos profissionais.

Os indicadores foram selecionados de acordo com as linhas estratégicas a seguir resultantes da análise *SWOT* e das possibilidades de melhorias encontradas.

No quadro 4.3 apresentamos os indicadores e as respetivas metas anuais definidas para cada objetivo, que constam do Contrato-Programa para 2016. No entanto, para alguns indicadores não financeiros não nos foi possível definir metas devido à insuficiência da informação e dado que estes realçam uma proposta que resulta das necessidades de melhorias encontradas.

**Quadro 4.3 - Indicadores e metas**

Perspectivas	N.º	Objetivos e Indicadores	Frequências	Peso %	Meta anual %
Clientes	<b>O1</b>	<b>Melhoria da acessibilidade</b>			
	I1	N.º de consultas externas no total das consultas	Mensal	75	25
	I2	N.º de reclamações	Mensal	25	-
	<b>O2</b>	<b>Implementação de projetos de prestação de cuidados de saúde em ambulatório e ao domicílio</b>			
	I3	N.º de consultas por especialidade	Mensal		-
	<b>O3</b>	<b>Aumentar a eficácia clínica dos serviços prestados</b>			
	I4	Diminuição do absentismo dos doentes	Mensal		-
	I5	Diminuição dos internos nos serviços	Trimestral		-
				31	
Financeira	<b>O4</b>	<b>Melhorar a efetividade e eficiência da prestação</b>			
	I1	Tx de reinternamento em 30 dias	Mensal	100	3,8
	<b>O5</b>	<b>Controlo do equilíbrio financeiro</b>			
	I2	Custos com medicamentos	Trimestral	25	61
	I3	Honorários com prestação de serviços médicos/ Custos com o Pessoal	Trimestral	50	-3
	I4	Custo das horas extraordinárias	Trimestral	25	10,2
	<b>O6</b>	<b>Diminuir a incerteza quanto a segurança clínica</b>			
	I5	Meios de diagnóstico complementares/FSE Subcontratos	Mensal	100	65
<b>O7</b>	<b>Minimizar o impacto da hospitalização</b>				
	I6	Tx. de cirurgias programadas/total de cirurgias	Mensal	100	78
				19	

**Quadro 4.3 - Indicadores e metas (continuação)**

Perspectivas	Nº.	Objetivos e Indicadores	Frequências	Peso %	Meta anual %
Processos internos	<b>O8</b>	<b>Recuperar as listas de espera</b>			
	11	Aumento do nº. da 1ª consulta	Mensal	100	2
	<b>O9</b>	<b>Aumentar o nível de utilização das Tecnologias e dos Sistemas de Informação</b>			
	12	Tx. de complicações cirúrgicas (codificação)	Trimestral	35	4
	13	Nº. de CTH	Mensal	65	87
	<b>O10</b>	<b>Reforço da gestão e do posicionamento do CH nas suas áreas de referência no contexto SNS</b>			
	14	Nº. de profissionais c/especialização	Mensal	40	3
	15	Demora média/especialidade		60	8,7
	<b>O11</b>	<b>Melhorar as condições das instalações</b>			
	16	Taxa de ocupação	Mensal	75	85
17	Taxa de infeção/especialidade (internamento)	Mensal	25	-	
				28	
Aprendizagem e Crescimento	<b>O12</b>	<b>Valorização do mérito e maior satisfação dos profissionais</b>			
	11	Absentismo/grupo profissional	Mensal	50	8,9
	12	Nº. de horas extraordinárias/especialidade/	Mensal	20	-7
	13	Rotação do pessoal		30	-
	<b>O13</b>	<b>Aumentar os níveis de investigação clínica</b>			
	14	Nº. de tratamentos inovadores	Trimestral		-
	15	Nº. de trabalhos científicos publicados	Trimestral		-
	<b>O14</b>	<b>Formação profissional, pré e pós-graduada e desenvolvimento dos profissionais</b>			
16	Nº Horas de formação orientador/interno	Trimestral		-	
				22	

**Fonte:** Elaboração própria

#### **4.5.4 Iniciativas**

##### **Perspetiva Clientes**

Objetivos:

1. Melhoria da acessibilidade.
2. Implementação de projetos de prestação de cuidados de saúde em ambulatório e ao domicílio.
3. Aumentar a eficácia clínica dos serviços prestados.

Iniciativas

Dar resposta adequada aos doentes via CTH<sup>19</sup> com maior oferta e primeiras consultas. Reforçar uma cultura de transparência entre os clientes e os serviços possibilitando procedimentos imediatos e céleres de agradecimento ou reclamações por meio de aplicações eletrónicas para preenchimento de questionários de satisfação.

##### **Perspetiva Financeira**

Objetivos:

4. Melhorar a efectividade e eficiência da prestação.
5. Controlo do equilíbrio financeiro.
6. Diminuir a incerteza quanto a segurança clínica.
7. Minimizar o impacto da hospitalização.

Iniciativas

Diminuir o impacto da hospitalização através da articulação com as redes de cuidados primários e cuidados integrados e estabelecer contactos regulares com os serviços de especialidade de modo a rentabilizar a capacidade instalada, e diminuir o número de urgências (CHLO 2014a; IASIST 2015).

---

<sup>19</sup> Segundo informação disponibilizada pela A.C.S.S. a Consulta a Tempo e Horas é um sistema de informação para marcação da primeira consulta de especialidade hospitalar que contém toda a informação relativa às consultas desde ao seu pedido até à sua conclusão.

## **Perspetiva Processos Internos**

Objetivos:

8. Recuperar as listas de espera.
9. Aumento da nível de utilização das tecnologias e sistemas de informação.
10. Reforço da gestão e do posicionamento do centro hospitalar nas suas áreas de referência no contexto SNS.
11. Melhorar as condições das instalações.

Iniciativas

Adotar modelos de tecnologias e sistemas de informação mais adequados que permitem um acompanhamento melhor e mais rigoroso da situação clínica dos doentes e que integre a informação necessária para gestão.

Renovação e remodelação das áreas degradadas sendo por isto necessário inserir as respetivas atividades de conservação no plano de investimento.

## **Perspetiva Aprendizagem e Crescimento**

Objetivos:

12. Valorização do mérito e maior satisfação dos profissionais.
13. Aumento da nível de investigação clínica.
14. Melhorar o nível de formação profissional, pré e pós graduada e desenvolvimento dos profissionais.

Iniciativas

Ações de formação específica e adequada; alinhar os objetivos individuais com os objetivos institucionais através de definição de incentivos associados ao nível de desempenho individual; possibilitar a definição de um plano de carreiras de modo a criar melhores condições para atração e contratação de clínicos de especialidade.

#### 4.6 Integração do BSC com os sistemas de informação

Os hospitais dispõem de um número diversificado de sistemas de informação podendo ser definidos e integrados vários BSC em todos os níveis hierárquicos, inclusive aos níveis individuais, uma vez que os sistemas de informação utilizados nos diversos serviços hospitalares são alimentados numa base diária.

Os principais sistemas de informação, SONHO, SAM, SIGIC, SICA e SIEF, são disponibilizados pela ACSS.

A informação utilizada tem caráter interno ou externo, segundo a sua proveniência, e como se apresenta na Quadro 4.4.

**Quadro 4.4 - Fonte da informação**

<b>Fonte da informação</b>	<b>INTERNA</b>	<b>Organização</b>	Bases de dados e outras aplicações transacionais	Financeira Operacional	
			Inquéritos e sugestões dos clientes		
			Inquéritos e sugestões dos colaboradores		
	<b>EXTERNA</b>	<b>Ambiente da organização</b>	Internet	Tendências do mercado	
			Analistas do setor	Tendências de consumo	
Organismos reguladores e instituições públicas			Tendências do setor Concorrentes		

**Fonte:** Adaptado de Kaplan e Norton *apud* Matos e Ramos (2009)<sup>20</sup>

<sup>20</sup> Kaplan, R. S., & Norton, D. P. (2006). *Alignment: using the balanced scorecard to create corporate synergies*. Harvard Business School Press.

## 4.7 Resultados

O *BSC* vai possibilitar que o CHLO consiga apurar os desvios do seu plano estratégico e as respectivas causas, mas também a análise do nível de concretização dos objetivos de modo a avaliar a eficácia da estratégia.

Tendo o CHLO cumprido a maior parte dos seus objetivos definidos pela entidade gestora, orientámos a nossa análise para a identificação das áreas passíveis de melhorias a nível operacional e financeiro como o são: a gestão das horas de trabalho por médico; ajustamento das suas capacidades; nº. atendimentos por médico; melhoria do nível de motivação e satisfação dos profissionais.

### Na Perspetiva dos Clientes

Indicadores:

1. Pelo aumento do número de consultas melhora-se a oferta baixando simultaneamente os tempos de espera como também os custos por consulta.

Por exemplo, com uma variação positiva, (Tabela 4.2), passando de 23,5 % para 25%, consegue-se aumentar o numero total de consultas em 6.931.

**Tabela 4.2** - Impacto do aumento do nº. de consultas

Cod.	Frequência	Peso%	Meta %	Valor inicial	var. total	Valor	Preço un <sup>21</sup>	Valor final
O111	Mensal	75	25	462.107	1,5	6.931	68,02€	471.446,62 €
Indicador: Nº. de consultas externas no total das consultas								

**Fonte:** Elaboração própria

2. O seguimento do registo das reclamações confere oportunidades de melhoria ao nível de acesso aos cuidados, tempo de espera, adequação dos cuidados recebidos e procedimentos necessários ao atendimento, uma vez que estas representam mais de 80% do total de reclamações recebidas (CHLO, 2015a).
3. Com este indicador são expetáveis melhores ajustamentos dos custos ao nível das especialidades.

<sup>21</sup> O preço da consulta consta no Contrato-Programa de 2016.

4. Não podendo atuar diretamente ao nível do absentismo dos doentes terão de ser adotadas medidas alternativas como seja por exemplo, colocar em alerta um número de doentes equivalente à taxa média do absentismo identificado para que os serviços tenham o total da sua capacidade preenchida.

A monitorização do absentismo dos doentes permite tomar medidas que conduzem à uma melhoria da produtividade.

5. O estabelecimento de uma taxa máxima de internos nos serviços irá garantir a manutenção da qualidade do atendimento e uma maior satisfação do doente.

### Na Perspectiva Financeira

Indicadores:

1. Melhoria da atividade clínica quer pela prescrição, quer pela garantia através de ações de sensibilização que os doentes acompanhem com rigor essas mesma prescrições e orientações recebidas.
2. Reduzindo os custos de aquisição dos medicamentos por via de melhores condições de aquisição, gestão de *stocks* e controlo dos consumos teria, consequentemente, impacto nos resultados.

Como exemplo, apresentado na Tabela 4.3, uma redução de 2,7 % nos custos com os medicamentos pode conduzir a uma diminuição destes custos em 1.368.923€.

**Tabela 4.3 - Custo com os medicamentos**

Cod.	Frequência	Peso%	Meta %	Custo inicial	var. total	Valor	Custo final
O5I2	Trimestral	25	61	50.700.846 €	-2,7	1.368.923	49.331.923 €
Indicador: Custo com medicamentos							

**Fonte:** Elaboração própria

3. Melhorando a gestão dos Recursos Humanos assegura-se maior produtividade e menor desperdício de recursos financeiros.
4. Um melhor planeamento dos efetivos conduz consequentemente à redução do custo com o trabalho extraordinário.

Observamos na Tabela 4.4 que com uma variação negativa de 3%, consegue-se diminuir o custo com o pessoal médico em 739.655€.

**Tabela 4.4 - Custo com o pessoal médico**

Cod.	Frequência	Peso%	Meta %	Custo inicial	var. total	Valor	Custo final
O5I3	Trimestral	50	-3	24.655.172 €	-3	739.655 €	23.915.517 €
Indicador: Honorários com prestação de serviços médicos / Custos com o Pessoal							

**Fonte:** Elaboração própria

5. A melhoria das práticas clínicas conduz a uma utilização mais racional dos meios de diagnóstico complementares conseguindo assim uma melhoria dos resultados.
6. Uma melhoria da taxa das cirurgias programadas conduz a uma maior utilização dos recursos instalados, aumentado deste modo, a produtividade e por consequência o resultado operacional.

### **Na Perspetiva dos Processos Internos**

Indicadores:

1. Aumentar o número de consultas a partir de uma melhor gestão de recursos afetos ou criando outros recursos específicos devidamente integrados em planos de recuperação de listas de espera.
2. Através de melhoria das práticas clínicas e da própria codificação reduz-se a taxa das complicações cirúrgicas.
3. Desenvolvimento de ações de análise de casos e posteriores ações corretivas inseridas na formação profissional da área clínica poderá reduzir-se a taxa de reincidências.
4. Melhorar o tempo de consulta aumenta o número de consultas e bem como o resultado operacional.
5. Melhorar a gestão dos recursos humanos com vista a uma melhor adequação da quantidade e especialização dos profissionais.
6. Melhorar o planeamento das atividades com vista a reduzir a demora por especialidade.

7. Pela renovação e remodelação das instalações assegura-se uma maior taxa de ocupação contribuindo também para uma diminuição do número de casos de infeção.

Como exemplo, apresentado na Tabela 4.5, com uma variação positiva de 1,2 pp., na taxa de ocupação, em 2.916 dias poderia obter-se um impacto positivo nos proveitos no valor de 597.792€.

**Tabela 4.5 - Aumento da taxa de ocupação**

Cod.	Frequência	Peso%	Meta %	Dias de internamento	var. total	Var. dias	Custo diário <sup>22</sup>	Total
O11I6	Mensal	75	85	243.005	1,2	2.916	205€	597.792 €
Indicador: Taxa de ocupação								

**Fonte:** Elaboração própria

### Na Perspetiva Aprendizagem e crescimento

Indicadores:

1. O absentismo dos trabalhadores provocado por acidentes do trabalho ou doenças traduzem num impacto significativo na produtividade como também nos resultados.

Pelo aumento da produtividade consegue-se um impacto positivo ao nível do atendimento dos doentes.

2. A rotatividade tem impactos sobre o resultado da empresa considerando os custos associados com as despesas do processo de recrutamento e seleção, com as despesas com formação e integração. Ao reduzir a taxa de rotatividade pode diminuir-se a perda de produtividade com reflexo na qualidade dos serviços de cuidados de saúde prestados.
3. O aumento dos tratamentos inovadores integrados num plano clínico conduz ao aumento da qualidade dos serviços.
4. A publicação de um maior número de trabalhos científicos valoriza os colaboradores conferindo um estímulo para fortalecer a ligação com a organização.

<sup>22</sup> O preço da consulta consta no Contrato-Programa de 2016.

5. O controlo da proporção entre as horas de formação de cada orientador por interno torna mais efetivas as ações de formação e por consequência a qualidade dos cuidados prestados aos doentes.

O órgão de gestão do centro hospitalar considera os seus colaboradores como um fator crítico no sucesso organizacional que condiciona a realização dos objetivos organizacionais CHLO (2014b).

Para garantir a realização desses objetivos, a gestão deve considerar critérios de aplicação de incentivos e prémios para motivação dos profissionais (Jordan *et al.*, 2008; Russo, 2009).

Por outro lado, por não existir uma concorrência real no ambiente onde o centro hospitalar desenvolve a sua atividade, a estratégia recorrente segue principalmente o sentido da maior eficiência dos recursos públicos envolvidos, apresentando-se esta suficiente para diminuir a potencialidade desta ferramenta, nomeadamente, por não haver efeitos negativos reais resultantes da deficiente gestão e controlo dos FCS identificados.

Relativamente ao nível de evolução do sistema de avaliação de desempenho implementado nos hospitais públicos, constatamos que este situa-se entre a primeira e a segunda fase de desenvolvimento identificadas por Caldeira (2010) sendo o sistema orientado para uma gestão estratégica onde o seu objetivo é o balanceamento das perspetivas Processos Internos, Clientes e Financeira.

O atual sistema de avaliação não inclui especificamente medidas relacionadas com os recursos humanos e a consequente motivação e satisfação dos profissionais de saúde (Correia *et al.*, 2015), relevando apenas numa perspetiva de eficiência dos processos e da qualidade dos serviços prestados.

## 5. Conclusões

### 5.1 Principais conclusões

A elaboração do presente trabalho permitiu-nos conhecer o funcionamento dos sistemas de avaliação aplicáveis atualmente aos cuidados de saúde hospitalares, comportando a qualidade e *benchmarking*, os quais procuram uniformizar as estratégias, o modelo de avaliação e as relações de causalidade.

O centro hospitalar em análise, prossegue uma estratégia que comporta diferenciação na prestação de serviços assegurando, simultaneamente, que tal ocorra num enquadramento de contenção de custos e encontra-se sujeito a políticas públicas em consequência das quais está sujeito a constrangimentos financeiros.

O objetivo do *BSC* é, para além de outros aspectos, implementar a estratégia definida através de um processo de relações causa-efeito específicas. Neste sentido, o *BSC* proposto corresponde, simultaneamente, às necessidades de informação das entidades gestoras e reguladoras do setor, permitindo uma forma mais eficiente de obtenção de informação tornando mais fácil a tomada de decisão.

Contrapõe ao modelo de aplicação generalizado, baseados em critérios standardizados, um modelo alternativo caracterizado por critérios seletivos, permitindo identificar as estratégias adotadas e os processos em que as melhorias são mais relevantes. Desta forma, permite melhorias de qualidade dos processos e da relação com os seus recursos humanos e, bem assim, a consequente relação custos/proveitos.

Identificámos a possibilidade de conseguir pela melhoria de gestão do capital humano uma diminuição do custo com o pessoal obtendo simultaneamente um aumento da efetividade dos cuidados de saúde.

Melhorando o planeamento e a gestão dos efectivos assegura-se, por um lado, maior produtividade e menor desperdício de recursos financeiros e uma utilização mais racional dos meios disponíveis e, por outro lado, um aumento do número de consultas, melhoria dos tempos de espera e a redução do custo médio por consulta.

O *BSC* permite alinhar medidas orientadas para a valorização e satisfação dos profissionais com medidas de melhoria da eficiência e eficácia clínica dos serviços prestados revelando-se uma ferramenta mais adequada para que a organização se diferencie e acrescente valor à sua atividade, facilitando a tomada de decisões.

Permite compreender como a melhoria do nível do atendimento dos doentes, pelo aumento da taxa de ocupação, melhora a produtividade, tendo simultaneamente um impacto positivo nos resultados.

O *BSC* torna-se útil para o desempenho hospitalar dada a capacidade desta ferramenta para o alinhamento da atividade operacional com a estratégia. Pelas relações de causalidade, que esta revela, facilita o entendimento e o alinhamento estratégico, clarifica os objetivos e as políticas de gestão a todos os envolvidos.

Por outro lado, considerando que medidas relacionadas com o capital humano, designadamente ao nível de motivação e satisfação profissional são ignoradas pelo atual modelo de sistema de avaliação, a introdução da perspectiva de Aprendizagem e Crescimento, permite valorizar os recursos humanos e atribui responsabilidades pelo desempenho em todos os níveis da organização.

A importância que o *BSC* assume na condução da atividade hospitalar pública assenta na capacidade desta ferramenta para futuras melhorias na operacionalidade e na eficiência dos serviços. Considerando ainda os constrangimentos financeiros existentes, e ponderando as necessidades de melhoria identificadas, podemos afirmar que o *BSC* permite orientar melhor as capacidades físicas e humanas de que o CHLO dispõe por utilizar um número limitado de indicadores centrados nos FCS.

Fazemos notar que os benefícios que podem resultar das suas potencialidades, como ferramenta de gestão estratégica, podem ser condicionadas por se tratar de um setor público com constrangimentos financeiros, os sistemas de avaliação carecendo de ligação aos objetivos e desempenho, aos prémios e incentivos, e afastando assim, os benefícios que podem resultar da associação ao nível de desempenho de um sistema individual de incentivos, financeiros e não financeiros.

Tendo em conta as precárias condições económicas que o país atravessa, mais premente se torna a implementação do *BSC*. O CHLO utiliza um grande número de bases de dados e sistemas de informação em simultâneo, facto que exige necessariamente uma alocação maior de recursos nesta área do que seria necessário caso os sistemas estivessem devidamente integrados.

As razões acima expostas e a bibliografia consultada, leva-nos a ponderar que sendo os cuidados de saúde emergentes uma necessidade cada vez mais evidente é necessário iniciar um novo rumo estratégico da valorização dos recursos humanos em contraste com a metodologia até agora seguida.

## **5.2 Limitações do trabalho**

À medida que o trabalho vinha a ser desenvolvido, uma das limitações mais sentidas, foi a falta de acesso às diversas bases de dados e sistemas de informação utilizados pelo centro hospitalar no desenvolvimento das atividades diárias, para verificação dos pressupostos necessários à implementação do *BSC*. Esta razão leva-nos a considerar com reservas os benefícios resultantes do modelo de *BSC* proposto considerando que o mesmo é um modelo teórico que carece ainda de implementação e posterior avaliação.

## **5.3 Recomendações para futuros estudos**

As conclusões apresentadas pretendem sintetizar o nosso entendimento quanto ao conhecimento adquirido pela elaboração da presente dissertação sobre o funcionamento dos sistemas de medição de desempenho dos hospitais públicos.

No entanto, e pese embora ser necessário procurar um conhecimento mais aprofundado sobre o funcionamento desses sistemas integrados, não podemos deixar de considerar desde já algumas recomendações para possíveis futuros estudos ligados a esta matéria, tais como: avaliar as melhorias de eficiência que resultam da implementação efetiva de um *BSC*; avaliar se as melhorias de eficiência e eficácia são comportáveis com a melhoria das práticas clínicas; avaliação das políticas de saúde defendidas, das medidas e das mudanças efetuadas.

## Referências Bibliográficas

- ARSLVT. (2014). *Plano estratégico 2014-2016*. Lisboa: Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo.
- ACSS, *Benchmarking hospitais*. [Em linha]. (2014). [Consult, ago. 2015]. Disponível em: [benchmarking.acss.min-saude.pt](http://benchmarking.acss.min-saude.pt)
- ACSS. (2014). *Contrato-Programa 2014*. Lisboa: Administração Central do Sistema de Saúde, I.P.
- ACSS. (2016a). *Contrato-Programa 2016*. Lisboa: Administração Central do Sistema de Saúde, I.P.
- ACSS. (2016b). *Termos de referência para a contratualização hospitalar no SNS: Contrato programa 2016*. Lisboa: Administração Central do Sistema de Saúde, I.P.
- Banza, E. (2013). *Construção de um Balanced Scorecard para uma gestão estratégica do Centro Hospitalar Cova da Beira*. Universidade de Beira Interior: Ciências Sociais e Humanas.
- Caldeira, J. (2010). *Implementação do Balanced Scorecard no Estado*. Coimbra: Almedina.
- CHLO. (2014a). *Relatório de gestão e contas para 2014*. Lisboa: Centro Hospitalar Lisboa Ocidental.
- CHLO, (2014b). *Relatório de boas praticas de Governo Societário adotadas em 2014*. Lisboa: Centro Hospitalar Lisboa Ocidental.
- CHLO, (2015a). *Relatório de gestão e contas para 2015*. Lisboa: Centro Hospitalar Lisboa Ocidental.
- CHLO, (2015b). *Relatório Analítico da Atividade Assistencial e Desempenho Económico-Financeiro*. Lisboa: Centro Hospitalar Lisboa Ocidental.
- CHLO, (2016). *Relatório Analítico da Atividade Assistencial e Desempenho Económico-Financeiro*. Lisboa: Centro Hospitalar Lisboa Ocidental.

- Coelho, A., (2014). *Perceções dos decisores hospitalares sobre o recurso à metodologia do Benchmarking como ferramenta de gestão*. Minho: Escola de Economie e Gestão.
- Correia, T., Carapinheiro, G., Silva, J. e Vieira, J. (2015). *O sistema de saúde português no tempo da Troika: a experiencia dos médicos*. Lisboa: ISCTE-IUL e Ordem dos Médicos.
- Costa, C. e Lopes, S. (2015). *Avaliação do desempenho dos hospitais públicos (internamento) em Portugal Continental*. Lisboa: Escola de Saúde Pública.
- Costa, M. (2012). *Nível de implementação do Balanced Scorecard nos hospitais: O caso português*. Dissertação de Mestrado. Lisboa: Instituto de Economia de Gestão.
- Cruz, S. (2013). *Gestão do Conhecimento em instituições de saúde com diferentes modelos de gestão*. Doutoramento em gestão. Vila Real: Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro.
- DGS-MS. (2012). *Plano Nacional de Saúde: 2012-2016*. (p. 13). Direção-Geral de Saúde
- DGS-MS. (2015). *Plano Nacional de Saúde: Extensão a 2020*. Direção-Geral de Saúde
- ERS. SINAS. *Sistema nacional de avaliação em saúde*. [Em linha]. (2015). [Consult, ago. 2015]. Disponível em: <http://www.ers.pt/pages/119>
- Freire, A. (2000). *Estratégia-sucesso em Portugal*. São Paulo: Editorial Verbo.
- Freitas, C. (2015). *Aplicação da metodologia de Balanced Scorecard a um serviço de cardiologia de um hospital público*. Porto: Faculdade de Economie.
- Governo Portugal, (2011). *Memorando de entendimento sobre as condicionalidades de politica económica*.
- Horngren, C.T., Foster, G., Datar, S. M., Rajan, M. e Ittner, C. (2008). *Cost accounting a managerial emphasis*. 13<sup>a</sup> ed. New Jersey: Pearson Prentice Hall.
- IASIST. (2014). *Portugal top 05'14: A excelência dos hospitais*. Portugal: IASIST
- IASIST. (2015). *Desempenho clinico dos hospitais do SNS em 2008 e 2014*. Portugal: IASIST
- JCI – Joint Commisison International [Em linha]. (1994). [Consult, fev. 2016]. Disponível em: <http://pt.jointcommissioninternational.org/about-jci/who-is-jci/>

- Jordan, H., das Neves, J. C. & Rodrigues, A. (2008). *O Controlo de gestão ao serviço da estratégia e dos gestores*. 8.<sup>a</sup> ed. Lisboa: Áreas Editora.
- Kaplan, R. S., e Norton, D. P. Putting the balanced scorecard to work. In *Harvard Business Review*. [Em linha]. (1993). [Consult, 08 dez. 2015]. Disponível em: <https://hbr.org/1993/09/putting-the-balanced-scorecard-to-work>
- Kaplan, R. S., e Norton, D. P. (1996). *The balanced scorecard: translating strategy into action*. Boston Massachusetts: Harvard Business School Press.
- Kaplan, R. S. (1999). *The balanced scorecard for public-sector organizations*. Boston Massachusetts: Harvard Business School Publishing.
- Kaplan, R. S. (2010). *Conceptual foundation of the balanced scorecard*. Boston Massachusetts: Harvard Business School Publishing.
- Major, M., e Vieira, R. (2009). Sistemas de medição do desempenho e o *balanced scorecard*. In *Contabilidade e controlo de gestão: teoria, metodologia e prática* (pp. 301-329). Lisboa: Escolar Editora.
- Matos, L., e Ramos, I. (2009). *Medir para gerir. O Balanced Scorecard em Hospitais*. Edições Sílabo.
- Meirinhos, M., e Osório, A. (2010). O estudo de caso como estratégia de investigação em educação. In *Revista EduSer*. [Em linha]. (2010). [Consult, 30 set. 2015]. Disponível em: <https://bibliotecadigital.ipb.pt/handle/10198/3961>
- Miranda, C. (2015). *Modelo de previsão para identificar fatores de risco dos reinternamentos hospitalares em 30 dias*. Lisboa: NOVA Information Management School. Instituto Superior de Estatística e Gestão de Informação
- Nunes, R., M. (2013). *Decisão, estratégia e poderes nas organizações*. Lisboa: Edição do Autor.
- OECD, (2015). *Review of health care quality:Portugal raising standards*. Paris: OECD Publishing.
- Padrão, C. Técnicas não documentais. In *Notas de apoio a disciplina de sociologia*. [Em linha]. (2002). [Consult, 25 set. 2015]. Disponível em: [http://www.esas.pt/dfa/sociologia/tecnicas\\_n\\_documentais.htm](http://www.esas.pt/dfa/sociologia/tecnicas_n_documentais.htm)

- Pinto, A. Santos, P. e Melo, T. (2013). Arquitetura do setor público. In *Gestão orçamental & contabilidade pública*. pp. 6-9. Cacém: ATF – Edições Técnicas.
- Pinto, F. (2009). *Balanced Scorecard*:. Alinhar mudança, estratégia e performance nos serviços públicos. Lisboa: Edições Silabo.
- Reis, C. (2011). *Modelos de gestão hospitalar: análise comparativa*. Universidade de Coimbra: Faculdade de Economia.
- Robert, S., e Norton, D. P. The balanced scorecard - measures that drive performance. In *Harvard Business Review*. [Em linha]. (1992). [Consult, 08 dez. 2015]. Disponível e.: <https://hbr.org/1992/01/the-balanced-scorecard-measures-that-drive-performance-2>
- Russo, J. (2009). *Balanced Scorecard para PME e pequenas e médias instituições*. 5.ª ed. Lisboa: Lidel.
- Silva, A. (2003). Metodologia. In *Metodologia de pesquisa aplicada à contabilidade* (pp. 59-72). São Paulo: Editora Atlas.
- Silva, I. (2012). *Gestão estratégica: Balanced Scorecard para uma entidade hospitalar*. Porto: Instituto Politécnico do Porto.
- Silvestre, H. M. C., e Araújo, J. F. F. E. (2009). *A gestão por resultados no sector público: o caso dos Hospitais EPE*. Disponível em <https://www.repository.utl.pt/bitstream/10400.5/515/4/605.pdf>
- Torres, A.S. (2010). *Caminhos da gestão: em serviços de saúde*. Mafra: Edição do Autor.
- Weintraub, P. *Planning for Healthcare Reform: Using the Balanced Scorecard Approach to Strategic Planning*. [Em linha]. (2014). [Consult, 15 ago. 2016]. Disponível em: <http://www.healthcarereformmagazine.com/business/planning-for-healthcare-reform-using-the-balanced-scorecard-approach-to-strategic-planning/>
- Wood., F. e Sangster, A. (2008). *Business accounting* (2). 11ª ed. Harlow: Pearson Prentice Hall.

## Legislação

Lei n.º 2011, de 2 de abril de 1946. *Diário do Governo n.º 70 - I Série*. Presidência da República.

Lei n.º 27/2002 de 8 de novembro. *Diário da República n.º 258 - I Série A*. Assembleia da República. Lisboa.

Decreto-Lei n.º 11/93, de 15 de janeiro. *Diário da República -I Série A*.

Decreto-Lei n.º 309/2003 de 10 de dezembro. *Diário da República -I Série A*. Ministério da Saúde. Lisboa.

Decreto-Lei n.º 93/2005 de 7 de junho. *Diário da República n.º 109 - I Série A*. Ministério da Saúde Lisboa.

Decreto-Lei n.º 233/2005 de 29 de dezembro. *Diário da República n.º 249 - I Série A*. Ministério da Saúde. Lisboa.

Decreto-Lei n.º 219/2007 de 29 de maio. *Diário da República n.º 103 - I Série A*. Ministério da Saúde. Lisboa.

Despacho n.º 10823/2010 de 1 de julho. *Diário da República n.º 126 – II Série*. Ministérios das Finanças e da Administração Pública e da Saúde. Lisboa.

Decreto-Lei 133/2013 de 3 de outubro. *Diário da República n.º 191 - I Série A*. Ministério de Finanças. Lisboa.

Portaria n.º 82/2014 de 10 de abril. *Diário da República n.º 24 – II Série*. Ministérios das Finanças e da Saúde. Lisboa.

Despacho n.º 7279-A/2014 de 3 de junho. *Diário da República n.º 106-Suplemento– II Série*. Ministério da Saúde. Lisboa.

## Apêndice

Quadro A1 - *Tableau de Bord* do CHLO

<b>DADOS ECONÓMICO-FINANCEIROS</b>
Proveitos Operacionais
% proveitos com taxas moderadoras
Custos Operacionais
Resultados Operacionais
EBITDA
Acréscimo de Dívida Vencida
CMVMC
Material Consumo Clínico
Produtos Farmacêuticos
FSE
Custos ajustados com Pessoal
Custos com horas extra-ordinárias e suplementos
Médicas
Enfermagem
outro Pessoal
Outros Suplementos
% dos custos com horas extra-ordinárias e suplementos no total de custos
% dos custos com prestações de serviços no total de custos com pessoal
Custo com pessoal médico por ETC
Custo com pessoal enfermagem por ETC
Custos Operacionais por residentes (Unidades Locais de Saúde)
<b>UTILIZAÇÃO DA CAPACIDADE INSTALADA</b>
Lotação total
% camas cirúrgicas
% camas médicas
% camas de cuidados intermédios
% camas de cuidados intensivos
Taxa de Ocupação
Taxa de ocupação cirúrgica
Taxa de ocupação médica
Taxa de ocupação de cuidados intermédios
Taxa de ocupação de cuidados intensivos
Doentes saídos (média mensal) por cama
Doentes saídos (média mensal) por cama cirúrgica
Doentes saídos (média mensal) por cama médica
Doentes saídos (média mensal) por cama de cuidados intermédios
Doentes saídos (média mensal) por cama de cuidados intensivos
% Capacidade de bloco operatório utilizada (cirurgia programada)

<b>PRODUÇÃO E RÁCIOS DE EFICIÊNCIA</b>
<b>Internamento</b>
Doentes saídos
Doentes saídos cirúrgicos
Doentes saídos médicos
Doentes saídos de cuidados intermédios
Doentes saídos de cuidados intensivos
<b>Demora Média</b>
Demora média cirúrgica
Demora média médica
Demora média de cuidados intermédios
Demora média de cuidados intensivos
% internamentos com demora superior a 30 dias
% doentes sinalizados para a RNCCI, em tempo adequado, no total de doentes
% reinternamentos em 5 dias
% reinternamentos em 30 dias
% reinternamentos entre 31-180 dias
<b>Cirurgia</b>
Número de intervenções cirúrgicas
% ambulatorização cirúrgicas
% de partos por cesariana
<b>Consulta Externa</b>
Número total de consultas médicas
% 1as consultas no total de consultas
% de doentes atendidos em tempo adequado
<b>Hospital de Dia</b>
Número de Sessões
<b>Urgência</b>
Número total de atendimentos
% de atendimentos urgentes com internamento
<b>RECURSOS HUMANOS / PRODUTIVIDADE</b>
Nº total de efectivos (médicos e enfermeiros)
Nº total de efectivos ETC (médicos e enfermeiros)
Nº total de efectivos médicos ETC
Nº total de efectivos enfermeiros ETC
Rácio Enfermagem ETC / Médico ETC
Número de doentes saídos (média mensal) / Médico ETC
Número de doentes saídos (média mensal) / Enfermeiro ETC
Número de intervenções cirúrgicas programadas (média mensal) / Médico ETC
Consultas Médicas (média mensal) / Médico ETC
Número de atendimentos urgentes (média mensal) / Médico ETC
Número de atendimentos urgentes (média mensal) / Enfermeiro ETC

**Fonte:** Adaptado de CHLO (2013)

**Quadro A2** - Indicadores utilizados na avaliação de desempenho nos hospitais em Portugal

Perspetivas	Indicadores
<b>Financeira</b>	Orçamento do tratamento cirúrgico
	Custos operacionais
	Margem de contribuição
	Margem de lucro
	Percentagem dos lucros enviados para instituições de caridade
	Rotatividade dos ativos
	Alteração de custo por caso
	Despesas com o pessoal em percentagem da receita total dos doentes
	Custo do material em percentagem da receita total dos doentes
	Aumento da receita
	Aumento do volume por serviço
	Quantidade e fontes dos recursos arrecadados
	Nº. de contratos recebidos
	Percentagem de contratos relativos à concorrência
	Recursos gerados a partir de contratos
	Censos aos pacientes
	Posição competitiva
	Quota de mercado
	Recursos angariados para melhoria das instalações
	Nº de bolsas de investigação
	Nº de casos de cardiologia por mês
	Lucro
	Margem operacional
	Depreciação
	Despesas operacionais de fornecimento por caso cirúrgico
	Amortizações por receita líquida
	Receitas
	Nº de medicamentos de prescrição
	Tempo de permanência
	Rentabilidade por unidade
	Liquidez corrente
	Custos e despesas da farmácia
	Gasto com o pessoal
	Redução das despesas
Custo diário por doente internado	
Custo por caso	
Resultado por serviço prestado	
Custo por serviço prestado	
Serviço prestado	
Nº de admissões	
Custo por doente	

**Quadro A2** - Indicadores utilizados na avaliação de desempenho nos hospitais em Portugal (continuação)

Perspetivas	Indicadores
	Nº de doentes tratados Nº de doentes saídos
<b>Clientes</b>	Nº de utentes Tempo de espera Percentagem de utentes muito satisfeitos Taxa de abandono dos cuidados de saúde Percentagem de penetração no mercado local Medidas de saúde relacionadas com a qualidade de vida Satisfação do doente Tempo de espera em regime de ambulatório Taxa de retenção dos utentes Acessibilidade Percentagem de pacientes que recomendaria o hospital Quota de mercado Tempo de espera do paciente Taxa de diagnóstico Incidentes Satisfação da comunidade Aumento das doações Infeções hospitalares Nº de readmissões não planeadas Cobertura favorável da imprensa relativamente aos médicos e funcionários Alimentação no hospital Nº de iniciativas de melhores práticas Satisfação dos pacientes Taxa de absentismo dos pacientes Reputação Orçamento de publicidade por cama Percentagem de utentes satisfeitos Percentagem de recomendações Percentagem de pais com plano de assistência Percentagem de utentes satisfeitos ao nível de comunidade Índice de satisfação dos utentes Nº de reclamações e sugestões Tempo de espera para a 1ª marcação
	Nº de operações Tempo de espera

**Quadro A2** - Indicadores utilizados na avaliação de desempenho nos hospitais em Portugal (continuação)

Perspetivas	Indicadores
	Tempo médio de permanência dos pacientes Taxa de admissões Taxa de readmissões Demora média Taxa de ocupação Tempo de internamento Taxa de recusa Taxa de reinternamento Taxa de infeção Internamentos apropriados Resultados da prestação dos serviços de cuidados de saúde Taxa de suicídio Taxa de efeitos colaterais Taxa de contaminação no sangue Tempo de serviço Capacidade de redução dos tempos de troca de doente Percentagem de doentes nos planos de tratamento Tempo de permanência N° de doentes saídos Pacientes em ambulatório por ano e por médico
<b>Processos internos</b>	Satisfação dos colaboradores Rotatividade dos colaboradores Rácio de ocupação sobre o numero de profissionais diários Satisfação dos funcionários com o serviço Formação dos colaboradores N° de médicos que utilizam os sistemas de informação clinica <i>on-line</i> do hospital Acidentes de trabalho Uso de contenção Pacientes de emergência por ano e por médico Pacientes admitidos por ano e por médico Taxa de mortalidade Índice de qualidade na prestação de cuidados de saúde Acidentes médicos (que levam à taxa de processo judicial) Queixas semanais dos pacientes Precisão no processamento de pedidos Tempo de atendimento do <i>call center</i> Taxa de erro de codificação clínica e hospitalar Erros de medicação Custo do paciente por dia Incidentes graves Custo por diagnóstico Custo por caso Inovação no produto

**Quadro A2** - Indicadores utilizados na avaliação de desempenho nos hospitais em Portugal (continuação)

Perspetivas	Indicadores
	Taxa de utilização dos recursos Nº de horas por unidade de atividade
<b>Aprendizagem e Crescimento</b>	Nº de médicos de referência Nº de doentes por médico de referência Horário de trabalho Atividade ambulatória Taxa de doenças Taxa de rotatividade dos funcionários Retenção do pessoal Motivação e valorização dos colaboradores Índice de satisfação dos colaboradores Despesas de investigação médica Nº de projetos concluídos com sucesso Trabalhos científicos anuais escritos em inglês por membro da equipa médica Nº de inovações introduzidas por ano Novos projetos de investigação Percentagem dos colaboradores qualificados para tarefas específicas Consciencialização e implementação de planos de incentivos Percentagem dos colaboradores necessários Percentagem dos colaboradores muito satisfeitos com o seu trabalho Horas de formação dos colaboradores Alianças estratégicas Banco de dados próprio Disponibilidade e utilização do banco de dados estratégicos Tecnologias e sistemas de informação Rede de computadores e de formação Nº de instituições em atividades conjuntas Nº de novos serviços oferecidos nos últimos cinco anos Idade dos equipamentos Quota de mercado Percentagem do pessoal clínico que recebe formação em gestão da mudança Nível de comunicação e informação
<b>Total</b>	<b>154</b>

Fonte: Adaptado de Costa (2012)

**Quadro A3** - Perspetivas e indicadores monitorizados pelos sistemas de avaliação centralizados dos serviços de cuidados de saúde da área hospitalar.

Dimensões de avaliação e indicadores da E.R.S.	Dimensões de avaliação e indicadores da A.C.S.S.	Contratualização A.R.S.L.V.T.
<b>Excelência clínica<sup>23</sup></b>	<b>Acesso</b>	<b>Produtividade</b>
Enfarte Agudo do Miocárdio Cirurgia Cardíaca – Cirurgia Revascularização do Miocárdio Cirurgia Cardíaca – Vascular e outra Cirurgia Cardíaca Não Coronária Cirurgia de Ambulatório Cirurgia de Revascularização Arterial Unidades de Cuidados Intensivos Ginecologia Acidente Vascular Cerebral Obstetrícia Ortopedia: - Artroplastias da anca e joelho - Cirurgia da fratura proximal do fémur Pediatria: - Neonatologia; Pneumonias	% Primeiras consultas realizadas em tempo adequado  % de inscritos em listas para cirurgia dentro de TMRG	Demora média Doentes padrão por médico Doentes padrão por enfermeiro
<b>Segurança do doente (listas de verificação)</b>	<b>Desempenho Assistencial</b>	<b>Desempenho Assistencial</b>
Cultura de segurança Identificação de doentes Comunicação e informação Medicação exigindo vigilância Cirurgias seguras Riscos Eventos adversos	% de cirurgias realizadas em ambulatório no total de cirurgias programadas (GDH <sup>24</sup> ) para procedimentos ambulatorizáveis % de reinternamentos em 30 dias % de internamentos com demora superior a 30 dias % de partos por cesariana % de fraturas de anca com cirurgia efetuada nas primeiras 48h % de partos por cesariana em gestações unifetais, cefálicas, a termo % de primeiras cesarianas em gestações unifetais, cefálicas, a termo % de paros vaginais após cesariana em gestações unifetais, cefálicas a termo	% de cirurgias realizadas em ambulatório no total de cirurgias programadas para procedimentos ambulatorizáveis % de reinternamentos em 30 dias % de internamentos com demora superior a 30 dias % de partos por cesariana
<b>Adequação e conforto das instalações (listas de verificação)</b>	<b>Segurança</b>	
Acessos e mobilidade Manutenção Medidas de autoproteção de segurança contra incêndios Risco não clínico Conforto das instalações: - Internamento - Áreas complementares - Conforto - Controlo de qualidade	Taxa de úlceras de pressão Taxa de infeções da corrente sanguínea relacionada com cateter venoso central Embolia pulmonar ou trombose das veias profundas pós-operatória Sepsis pós-operatória Partos instrumentados com lacerações de 3º e 4º grau Partos não instrumentados com lacerações de 3º e 4º grau	

**Quadro A3** - Perspetivas e indicadores monitorizados pelos sistemas de avaliação centralizados dos serviços de cuidados de saúde da área hospitalar (continuação)

Dimensões de avaliação e indicadores da E.R.S.	Dimensões de avaliação e indicadores da A.C.S.S.	Contratualização A.R.S.L.V.T.
<b>Focalização no utente</b> (listas de verificação)	<b>Produtividade</b>	<b>Processos</b>
Informação não disponível	Doentes por médico Doentes por enfermeiro Taxa anual de ocupação em internamento Demora média antes de cirurgia	% de consultas realizadas em tempo % de doentes cirúrgicos em LIC dentro do tempo adequado
	<b>Volume e utilização</b>	
	Reparações de aneurismas da aorta abdominal Resseções do esófago Resseções do pâncreas Endartrectomias da carótida Cirurgias de by-pass de artérias coronárias Angioplastia percutânea transluminal de artérias coronárias	
<b>Satisfação do utente</b> <sup>25</sup>	<b>Económico-financeiros</b>	<b>Económico-financeiros</b>
Estudos de inquérito: - Cirurgia de ambulatório - Consultas de ambulatório - Internamento - Urgência	Custos operacionais por doente Custos com pessoal ajustado por doente Custos com pessoal por doente Custos com produtos farmacêuticos por doente Custos com medicamentos por doente Custos com material de consumo clínico por doente Fornecimentos e serviços externos por doente % das horas extraordinárias e suplementos no total dos custos com o pessoal % dos custos com a prestação dos serviços nos custos com o pessoal	Resultado antes de depreciações, gastos de financiamento, e impostos (EBITDA) Resultado Operacional Gastos e perdas por doente Material de consumo clínico por doente Produtos farmacêuticos por doente FSE por doente Fornecimentos e serviços por m <sup>2</sup> de área útil % das horas extraordinárias e suplementos no total dos custos com o pessoal Custos com pessoal ajustado por doente

**Fonte:** Elaboração própria

<sup>23</sup> São avaliados um total de 63 indicadores.

<sup>24</sup> Grupo de Diagnósticos Homogéneos

<sup>25</sup> Permitem a avaliação da satisfação global e lealdade do utente, das expectativas e imagem, da qualidade apercebida ao nível de serviço e profissionais administrativos, dos cuidados e profissionais de saúde, das instalações e da qualidade apercebida ao nível de acesso e tempos de espera.

**Quadro A4** – Cálculo de indicadores <sup>26</sup>

Taxa de ocupação	É dada pela proporção entre o número total de dias de internamento e o número de camas multiplicadas pelo número de dias do período x100
Demora média	É dada pela proporção entre o total de dias de internamento dos doentes saídos e o total de doentes saídos no ano.
Absentismo	É dada pela proporção entre o total de faltas do mês e o total dos funcionários multiplicada pelo total de dias trabalhados x 100. É calculado em dias completos.

**Fonte:** Elaboração própria

---

<sup>26</sup> [http://portalcodgdh.min-saude.pt/index.php/Taxa\\_de\\_ocupa%C3%A7%C3%A3o\\_de\\_camas\\_de\\_internamento](http://portalcodgdh.min-saude.pt/index.php/Taxa_de_ocupa%C3%A7%C3%A3o_de_camas_de_internamento)