



FACULDADE DE MEDICINA  
UNIVERSIDADE DO PORTO

## MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA

2010/2011

Luís Araújo Azevedo Maia

*Balanced Scorecard:*

Uma Ferramenta de Gestão no Sector Público Hospitalar

Abril, 2011

FMUP



FACULDADE DE MEDICINA  
UNIVERSIDADE DO PORTO

Luís Araújo Azevedo Maia

*Balanced Scorecard:*

Uma Ferramenta de Gestão no Sector Público Hospitalar

Mestrado Integrado em Medicina

Área: Administração Hospitalar

Trabalho efectuado sob a Orientação de:

Prof.<sup>a</sup> Doutora Guilhermina Rego

Colectânea de Gestão

Abril, 2011

FMUP

**Unidade Curricular "Dissertação/Monografia/Relatório de Estágio Profissionalizante"**

Eu, LUÍS ARAÚJO AZEVEDO MAIA, abaixo assinado, nº mecanográfico 050801017, estudante do 6º ano do Mestrado Integrado em Medicina, na Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, declaro ter actuado com absoluta integridade na elaboração deste projecto de opção.

Neste sentido, confirmo que **NÃO** incorri em plágio (acto pelo qual um indivíduo, mesmo por omissão, assume a autoria de um determinado trabalho intelectual, ou partes dele). Mais declaro que todas as frases que retirei de trabalhos anteriores pertencentes a outros autores, foram referenciadas, ou redigidas com novas palavras, tendo colocado, neste caso, a citação da fonte bibliográfica.

Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, 13/04/2011

Assinatura: Luís Araújo Azevedo Maia

**Faculdade de Medicina da Universidade do Porto**  
**2010/2011**

**Unidade Curricular "Dissertação/Monografia/Relatório de Estágio Profissionalizante"**

**Projecto de Opção do 6º ano – DECLARAÇÃO DE REPRODUÇÃO**

**Nome:** LUÍS ARAÚJO AZEVEDO MAIA

**Endereço electrónico:** [med05017@med.up.pt](mailto:med05017@med.up.pt)

**Telefone ou Telemóvel:** 914406470

**Número do Bilhete de Identidade:** 12987653

**Título da ~~Dissertação/Monografia/Relatório de Estágio Profissionalizante~~** (cortar o que não interessa):

*Balanced Scorecard: Uma Ferramenta de Gestão no Sector Público Hospitalar*

**Orientador:**

Guilhermina Maria da Silva Rego

**Ano de conclusão:** 2011

**Designação da área do projecto:**

Administração Hospitalar

É autorizada a reprodução integral desta Dissertação/Monografia/Relatório de Estágio Profissionalizante (cortar o que não interessar) para efeitos de investigação e de divulgação pedagógica, em programas e projectos coordenados pela FMUP.

Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, 13 / 04 / 2011

Assinatura:

Luís Araújo Azevedo Maia

*BALANCED SCORECARD:*

## UMA FERRAMENTA DE GESTÃO NO SECTOR PÚBLICO HOSPITALAR

**Luís Araújo Azevedo Maia<sup>1</sup>**

**Faculdade de Medicina da Universidade de Porto**

### **Correspondência**

Morada: Rua Professor Luís de Pina, 147, 4150-473 Porto

Telefone: 914406479

E-mail: [med05017@med.up.pt](mailto:med05017@med.up.pt)

### **Agradecimentos**

Agradeço à Prof.<sup>a</sup> Doutora Guilhermina Rego a orientação dada em todas as fases da elaboração deste trabalho, desde a cedência de bibliografia até à revisão crítica sempre construtiva.

**Livro para publicação:** Colectânea Gestão da Saúde

### **Contagem de Palavras**

Abstract: 347

Resumo: 382

Texto Principal: 8.541

---

<sup>1</sup> Estudante do 6º Ano do Mestrado Integrado em Medicina da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto

# ÍNDICE

ABSTRACT .....	3
RESUMO .....	4
OBJECTIVOS.....	6
O SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE E O <i>NEW PUBLIC MANAGEMENT</i> .....	7
AVALIAÇÃO DE DESEMPENHO, CONTROLO DE GESTÃO E SISTEMAS DE MEDIÇÃO DE DESEMPENHO .....	10
Six Sigma® .....	12
Total Quality Management .....	13
<i>EFQM</i> Excellence Model.....	14
Balanced Scorecard .....	16
O <i>BALANCED SCORECARD</i> .....	17
APLICAÇÃO DO BSC NA SAÚDE .....	22
PERCEÇÃO DO BSC PELOS GESTORES HOSPITALARES PORTUGUESES.....	28
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	31
BIBLIOGRAFIA.....	33

## **ABSTRACT**

The increasing costs of the Portuguese National Health System have endangered its sustainability as universal and tendentiously free. To fight back this trend, concepts and tools from traditional private management have been introduced into Public Management. Thus, performance measurement and strategic management systems, such as Balanced Scorecard, seem to be pivotal for this shift to be succeeded.

In this thesis, after a brief introduction on New Public Management, some management control systems and the theoretical concepts of the Balanced Scorecard are presented. A review on its application in healthcare was performed and a questionnaire was applied to Portuguese Hospitals' senior management boards aiming to assess the perception of senior managers on Balanced Scorecard and if it is being used. For the questionnaire it was used a five level scale, where 1 = strongly disagree and 5 = strongly agree, hence the higher the response the stronger the agreement with the statement.

The main advantages connected to the Balanced Scorecard are that it binds performance measurement to strategy and eases implementation, communication and staff alignment with that strategy, besides reducing organizational costs and increasing stakeholders' satisfaction, including patients'. Major difficulties on its implementation were analyzed and strategies used for it to succeed were identified.

Of the questionnaires sent out, nine complete responses were returned from four different hospitals. Balanced Scorecard is not used in any of them. Respondent senior managers considered that Balanced Scorecard is more a strategic management system than a performance measurement system (mean response of 4.778 versus 4.000) and that it complements financial measures with operational measures that drive future performance (4.333). Managers acknowledged that benefits will outweigh the costs of its implementation (4.111).

It is concluded that Balanced Scorecard is broadly used in healthcare management with recognized advantages and reported success cases. From the analysis of the questionnaire responses, it is concluded that senior managers have a good understanding of the tool's concepts and structure and that acknowledge its application advantages, but do not apply it. Therefore, the use of the Balanced Scorecard could constitute an important gain in public hospital management in Portugal.

## RESUMO

O crescente aumento dos custos com o Serviço Nacional de Saúde em Portugal tem posto em causa a sua sustentabilidade como universal e tendencialmente gratuito. Para combater esta tendência têm sido introduzidos conceitos e ferramentas da gestão privada na administração pública. Assim, os sistemas de avaliação de desempenho e de gestão estratégica, como o *Balanced Scorecard* (BSC), perfilam-se como fulcrais para o sucesso desta mudança.

Nesta tese, após breve introdução sobre a Nova Gestão Pública, abordam-se alguns sistemas de controlo de gestão usados na saúde e a teoria subjacente ao BSC. Efectuou-se uma revisão da aplicação da ferramenta na área da saúde e aplicou-se um questionário aos quadros de gestão de Centros Hospitalares portugueses com os objectivos de aferir a percepção que os gestores hospitalares têm do BSC e avaliar se esta ferramenta está a ser aplicada. No questionário utilizou-se uma escala de cinco valores (1 = discordo totalmente e 5 = concordo totalmente), sendo tanto maior o grau de concordância com a afirmação quanto mais alto o valor da resposta.

Identificaram-se como principais vantagens da aplicação do BSC na saúde a vinculação da avaliação de desempenho à estratégia e a facilitação da implementação, da comunicação e do alinhamento dos profissionais com esta, além da redução dos custos da organização e do aumento da satisfação dos *stakeholders*, incluindo a dos doentes. Analisaram-se as principais dificuldades na implementação da ferramenta e identificam-se estratégias utilizadas para que esta tenha sucesso. Dos questionários enviados, obtiveram-se nove respostas provenientes de quatro Centros Hospitalares. O BSC não é utilizado em nenhum dos hospitais que devolveram o questionário. Os respondentes consideraram que o BSC é um sistema de gestão estratégica mais que de avaliação do desempenho (resposta média de 4.778 contra 4.000) e que complementa as medidas financeiras com outras medidas direccionadas para o futuro (4.333). Reconheceram também que os benefícios da sua implementação excedem largamente os custos (4.111).

Conclui-se que o *Balanced Scorecard* é uma ferramenta largamente utilizada na gestão da saúde, com reconhecidas vantagens e casos relatados de sucesso. Analisando os resultados do questionário aplicado, depreende-se que os gestores hospitalares, apesar de terem uma boa compreensão dos conceitos e estrutura da ferramenta e de

conhecerem as vantagens da sua aplicação, não a utilizam. Portanto, a sua utilização poderia constituir uma mais-valia na gestão dos hospitais públicos.

## OBJECTIVOS

Com esta tese pretende-se estudar e analisar a realidade do Serviço Nacional de Saúde, abordando a Nova Gestão Pública; sublinhar a importância da medição de desempenho e de gestão estratégica na administração pública, nomeadamente na gestão hospitalar, apresentando resumidamente alguns dos principais sistemas de avaliação de desempenho utilizados na gestão de serviços públicos; descrever a filosofia e conceitos teóricos fundamentais do *Balanced Scorecard* e a sua adaptação à gestão de serviços públicos; explorar a casuística internacional e nacional da utilização do *Balanced Scorecard* no sector hospitalar, identificando as suas vantagens, as estratégias utilizadas para a sua implementação e as dificuldades para que esta seja bem sucedida; e avaliar, através de um questionário realizado aos quadros de gestão de diversos Hospitais EPE, a percepção que os gestores hospitalares têm desta ferramenta e se está a ser aplicada nesses hospitais.

## **O SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE E O *NEW PUBLIC MANAGEMENT***

A Constituição da República Portuguesa (Gomes Canotilho e Moreira, 2007), no seu artigo 64º, consagra como direito fundamental o direito à saúde, realizado através de um Serviço Nacional de Saúde (SNS) universal, geral e tendencialmente gratuito. De facto, este direito é mais do que uma mera disposição legal, sendo sentido por todos os cidadãos como seu e inquestionável. O Estado desempenha um papel essencial na prestação de cuidados de saúde, não apenas através do SNS, financiado pela solidariedade social (impostos directos e indirectos), mas também no planeamento, financiamento e regulação de todo o sistema de saúde, compreendendo o sector social, cooperativo e privado (Nunes e Rego, 2010).

Em 1970, os custos totais da saúde em Portugal correspondiam a 2,5% do Produto Interno Bruto (PIB). Nas últimas décadas, esta percentagem tem vindo a aumentar, sendo que em 2005 era já de 10,2% (OECD, 2010), contribuindo para uma crescente insustentabilidade do SNS. Neste contexto, as principais estratégias para garantir a sustentabilidade do SNS têm sido orientadas para a diminuição da despesa, estando previsto no Orçamento do Estado para 2011 um corte das despesas no âmbito do SNS em relação ao ano anterior de 0,3% do PIB (Ministério das Finanças e da Administração Pública, 2010).

O Relatório de Primavera 2009 (OPSS, 2009) refere as alterações demográficas e epidemiológicas, o aumento das expectativas dos cidadãos, o fenómeno da escassez dos recursos, a procura de maior eficiência e a introdução de novas tecnologias como factores que implicam necessariamente mudanças e acções no sector da saúde com efeitos na sua cobertura, universalidade e sustentabilidade económica e financeira. Sustentabilidade essa que, provavelmente, depende mais de uma boa gestão do que de um aumento dos recursos financeiros (Nunes e Rego, 2010).

Para além do acentuado aumento dos custos, identificavam-se, no início do novo milénio, outros problemas no SNS, nomeadamente a baixa produtividade e a falta de sistemas de informação adequados (Quesado e Macedo, 2010).

Devido aos motivos supracitados, assistiu-se, nas últimas décadas, à progressiva introdução de uma lógica de mercado e consequente empresarialização do sector

público de forma a controlar a despesa e atingir um melhor equilíbrio orçamental, a que se designou conceptualmente de Nova Gestão Pública ou *New Public Management* (NPM). Este modelo baseia-se na ideia de que é possível melhorar o desempenho do sector público aliando os princípios de um sistema de mercado a instrumentos tradicionalmente associados à gestão privada, mais orientada para os resultados e focada no desempenho e na eficácia. Desta forma, por meio da desburocratização e simplificação de processos, do *empowerment*, descentralizando o poder, e da diminuição do número de organismos criados, reduz-se a despesa através do aumento da produtividade.

O NPM implica maior responsabilização para os gestores públicos (tendencialmente com formação nas áreas de gestão, economia e engenharia) e reforço da noção de *accountability* (prestação de contas). Implica igualmente a implementação de padrões de avaliação centrados nos resultados e sistemas de incentivos com base na produtividade, para além da imposição do controlo de custos e a introdução do planeamento e gestão estratégicos (Rego, 2008). Conceitos usualmente conotados com a gestão no sector privado como excelência, qualidade total, melhoria contínua, incentivos e medição de desempenho começaram a ganhar o seu espaço na gestão de organizações públicas.

A criação deste ambiente competitivo assente na concorrência, no desempenho e nos resultados implica a existência de diferenciação entre as diversas instituições prestadoras de serviços essencialmente através da qualidade destes. Deste modo, a sobrevivência de algumas instituições passa a depender da sua qualidade, produtividade e capacidade de satisfação e captação de utentes, o que releva a importância de um bom planeamento e uma correcta gestão estratégica. É preciso referir, no entanto, que devido ao carácter público dos serviços a que se aplica, conceitos como legitimidade e acessibilidade continuam a ocupar um lugar de grande importância no NPM.

No seguimento desta nova maneira de gerir os serviços públicos, o Pacto de Estabilidade e Crescimento para o período de 2003-2006 introduziu várias medidas com impacto na reforma hospitalar, como a conjugação de público e privado com forte pendor para o privado, aumento do financiamento privado, promoção de parcerias público-privadas na prestação de cuidados de saúde, introdução de um modelo de gestão empresarial assente em Sociedades Anónimas (SA) de capitais exclusivamente públicos

em 31 hospitais (a partir de 34 hospitais do Sector Público Administrativo) – concretizando-se assim a perspectiva de maior autonomia de gestão, responsabilidade e eficácia nos hospitais – e o financiamento da actividade hospitalar em função da valorização dos actos médicos e do serviço efectivamente prestado (OPSS, 2009).

Em 2005, através do Decreto-Lei n.º 98/2005, assiste-se a nova transformação na natureza jurídica do sector hospitalar público, pela qual os hospitais SA passam a Entidades Públicas Empresariais (EPE), existindo actualmente 33 hospitais neste regime em Portugal (Ministério da Saúde). Os hospitais EPE encontram-se sujeitos a um regime mais rigoroso no que respeita às orientações de tutela e superintendência a nível da racionalidade económica das decisões e operacional, existindo um reforço do papel do Estado através dos Ministérios das Finanças e da Saúde. O capital passa a ser exclusivamente público e a falência por motivos económicos é impedida (Nunes e Rego, 2010, Quesado e Macedo, 2010).

No entanto, as alterações no estatuto jurídico do sector hospitalar público não conseguem por si só reduzir os custos e aumentar a produtividade e a eficiência. Segundo o Relatório de Primavera de 2010 (OPSS, 2010), é necessário adoptar modelos de governação clínica que garantam maior responsabilização e transparência de processos, uma gestão apoiada na qualidade e segurança e a participação activa dos profissionais, nomeadamente dos médicos, enfermeiros e técnicos, em toda a cadeia de produção.

Neste contexto de viragem no sentido de uma gestão mais responsável, aproximando-se tanto em termos teóricos como operacionais daquela feita em organizações privadas, a introdução de ferramentas que permitam o controlo do desempenho e a correcta implementação da estratégia torna-se fulcral para o sucesso da mudança. Abordam-se, de seguida, os conceitos de avaliação de desempenho, controlo de gestão e sistema de medição de desempenho, expondo-se resumidamente algumas das ferramentas mais utilizadas globalmente na gestão da saúde.

## **AVALIAÇÃO DE DESEMPENHO, CONTROLO DE GESTÃO E SISTEMAS DE MEDIÇÃO DE DESEMPENHO**

Como referido anteriormente, em consequência do processo de empresarialização da gestão hospitalar, a qualidade na avaliação de desempenho tem sido uma questão de elevada importância para os hospitais quer públicos quer privados (Ba-Abaad, 2009), tanto a nível institucional como a nível nacional (Walker e Dunn, 2006). A avaliação de desempenho consiste na criação de processos que permitam decisões baseadas em factos (*fact-based management*). Nos serviços públicos, a avaliação de desempenho visa disponibilizar informações importantes relativas ao desempenho da organização e aos programas e políticas públicas que permitam melhorar a gestão e a tomada de decisões (Pinto, 2007).

O controlo de gestão é o processo pelo qual os gestores asseguram que os recursos são usados efectiva e eficazmente na concretização dos objectivos da organização (Anthony, 1965), ou seja, na execução da estratégia. Tem como função monitorizar o desempenho, comparando-o a *standards* pré-definidos e permitindo posteriormente providenciar recompensas e incentivos e realizar ajustes. Este controlo parece ser essencial em organizações descentralizadas em termos de decisões e de poder, como é o caso dos hospitais públicos. O seu objectivo último não é a medição em si, mas sim a actuação sobre os comportamentos dos profissionais promovendo o alinhamento<sup>2</sup> dos profissionais que trabalham na organização com a visão, missão e prioridades estratégicas da organização.

A infraestrutura que recolhe, trata, analisa e interpreta a informação é designada sistema de medição de desempenho. Para a *Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations* (JCAHO), um sistema de medição de desempenho é uma entidade composta por:

- um conjunto de medidas de desempenho relativas a processos e/ou resultados;
- processos para colher, analisar e disseminar estas medidas em organizações;

---

<sup>2</sup> Alinhamento, no contexto da gestão de *performance*, é a interacção permanente entre as prioridades estratégicas e as actividades operacionais, centrando a atenção primeiramente em fazer as coisas certas (prioridades estratégicas) e depois em fazer bem as coisas certas (actividades operacionais) (Pinto, 2007)

- uma base de dados automatizada,

que conjuntamente podem ser usados para facilitar melhorias de desempenho em organizações de saúde. Assim, os sistemas de informação têm dois grandes propósitos: a) fornecer informação útil à gestão e b) assegurar padrões de comportamento viáveis por parte dos profissionais no sentido de atingir os objectivos da organização (Asel, 2009).

Um sistema de medição de desempenho pode, no entanto, suportar todas as seguintes funções: a) monitorização e reporte; b) planeamento estratégico; c) orçamentação e gestão financeira; d) gestão e avaliação de programas; e) gestão do desempenho; f) melhoria da qualidade; g) gestão de contratos de *outsourcing*; h) *benchmarking* externo; i) transparência e j) *accountability* e comunicação com os cidadãos (Pinto, 2007).

É porém necessário ter em conta algumas limitações da avaliação de desempenho. Primeiro, é preciso referir que a implementação de um sistema de medição de desempenho não melhora, por si só, o desempenho, já que a informação disponibilizada pode ser ignorada ou mal utilizada. Há que ter também em conta os efeitos perversos desta medição, que a podem tornar contra-producente. A criação de indicadores e a medição do desempenho criam, inevitavelmente, ansiedade. Frequentemente, a tentativa de avaliação é interpretada de forma negativa, assumindo-se que será utilizada para criticar, rever serviços, mudar o *staff* ou penalizar os profissionais, o que pode levar à sublevação destes (Coop, 2006). A medição do desempenho pode também bloquear a inovação, criar manipulação de *inputs* (desnatagem) ou levar a uma competição entre serviços que prejudique o desempenho da organização como um todo (Pinto, 2007). Os próprios incentivos podem ter um efeito perverso, na medida em que as pessoas se podem sentir ofendidas por estarem a ser financeiramente incentivadas a fazer algo que fariam simplesmente devido ao seu sentido moral ou de responsabilidade.

A avaliação do desempenho pode ser útil na saúde para identificar os problemas e quantificar os objectivos possíveis num espaço temporal definido, verificar a correspondência entre resultados obtidos e propostos, individualizar os sectores que necessitam de acções correctivas e medir o impacto das acções já realizadas (Perotti, 2006).

Por vezes, é difícil implementar sistemas de medição de desempenho nos hospitais. Isto deve-se ao facto de muitos membros dos quadros de gestão dos hospitais não possuírem experiência em ambientes competitivos, à falta de participação e empenho por parte dos profissionais e à particularidade da função dos médicos (independência, autonomia, função) (Zelman, Pink e Mathias, 2003). Por este motivo, é aconselhável a implementação de um sistema simples, com poucos indicadores, e de fácil compreensão para quem não tem experiência de gestão, como é o caso da maioria dos profissionais de saúde.

Entre os sistemas de gestão do desempenho mais utilizados na gestão da saúde estão o *Six Sigma*<sup>®</sup>, o *Total Quality Management* (TQM), o *EFQM Excellence Model* e o *Balanced Scorecard* (BSC).

### **Six Sigma<sup>®</sup>**

O *Six Sigma*<sup>®</sup> é uma ferramenta voltada para a melhoria de processos, serviços e produtos, através de uma abordagem sistemática que utiliza técnicas estatísticas. O *sigma* ( $\sigma$ ) é o símbolo matemático que representa o desvio padrão, usado para medir o desempenho e a variação de um processo. O *six sigma* ( $6\text{-}\sigma$ ) corresponde a uma percentagem de produtos livres de defeito de aproximadamente 99.99966%, o que corresponde a 3.4 defeitos por milhão de oportunidades (DPMO). Esta ferramenta pretende reduzir as falhas que afectam os processos que são críticos para a satisfação dos clientes, reduzindo concomitantemente os custos. O seu principal objectivo é a aproximação da ausência de defeitos nos processos chave, através da redução da variabilidade dos processos. Na saúde, excluindo o número de mortes por anestesia, que se aproxima do  $6\text{-}\sigma$  (5.4 por milhão), o desempenho é geralmente fraco, tendo os procedimentos e processos um número de defeitos muito superior ao da indústria (Impellizzeri *et al.*, 2009).

A abordagem metodológica utilizada pelo *Six Sigma*<sup>®</sup> é constituída por 5 fases, o modelo DMAIC: *Define* (identifica os possíveis problemas críticos para a qualidade e define os padrões de desempenho), *Measure* (estuda o problema e valida o sistema de medição, determina a capacidade do processo e finaliza os objectivos de desempenho), *Analyze* (recolhe os dados, identifica fontes de variação e procura potenciais causas),

*Improve* (estabelece tolerâncias de funcionamento e implementa melhorias, confirmando e validando resultados) e *Control* (implementa controlos de processo, redefine a capacidade dos processos e completa a documentação do projecto).

A estrutura de implementação dos projectos exige uma hierarquia clara e padronizada constituída por cinco níveis:

- a) “Alta Direcção” que estabelece os objectivos, cria a infraestrutura organizacional e selecciona os projectos;
- b) “Campeão”, que é o membro da gestão de topo cuja missão é impulsionar o programa na organização e apoiar processos concretos;
- c) “Mestre Cinturão Negro” com a função de consultor interno que ajuda os “Cinturões Negros”, muitas vezes coincide com o Director de Qualidade;
- d) “Cinturões Negros” que identificam e lideram os projectos de melhoria e
- e) “Cinturões Verdes” que implementam e aplicam a ferramenta.

As principais causas de insucesso na implementação do *Six Sigma*<sup>®</sup> são a fraca liderança, formação inadequada, definição incorrecta de objectivos e metas, recursos insuficientes e a grande complexidade da ferramenta. Os benefícios descritos com a implementação bem sucedida da metodologia na área da saúde incluem melhoria na satisfação dos doentes, melhoria na qualidade e na capacidade dos processos, aumento da produtividade e redução de custos e do desperdício (Meliones *et al.*, 2008, Impellizzeri *et al.*, 2009, Koning *et al.*, 2006).

### **Total Quality Management**

Outra estratégia de gestão é o *Total Quality Management* (TQM). O TQM é um sistema estruturado concebido para modificar a cultura da organização através da satisfação das necessidades dos clientes internos, externos e fornecedores e da integração da melhoria contínua em ambiente empresarial através de roturas no desenvolvimento, incentivos à melhoria e criação de ciclos de manutenção. Baseia-se nos seguintes princípios: a qualidade pode e deve ser gerida, o problema está nos processos e não nas pessoas, todos os profissionais são responsáveis pela qualidade e os problemas devem ser prevenidos e não resolvidos.

A primeira dimensão do TQM, *Total*, implica o envolvimento de todos os profissionais no processo de gestão da organização, incluindo todas as funções e actividades, reconhecendo-se que todas as actividades contribuem para ou diminuem a qualidade e a produtividade, e que as pessoas que trabalham nessas actividades estão na melhor posição para identificar áreas para melhoria e implementação de mudanças. A segunda dimensão é a Qualidade (*Quality*), o valor pelo qual o método de gestão é medido. Centra-se na melhoria da qualidade de todas as funções, sistemas e processos, o que inclui a eliminação de produção indesejável e aproximação da produção o quanto possível do ideal, resultando em melhoria da satisfação do cliente e diminuição dos custos. A dimensão final, *Management*, é referente às acções envolvidas na aplicação dos princípios e técnicas do TQM em todas as actividades da organização.

Os dez passos para a implementação do TQM são: adoptar um novo pensamento estratégico, conhecer os clientes, reconhecer as exigências dos clientes, concentrar-se na prevenção e não na correcção, reduzir o desperdício, procurar estratégias de melhoria contínua, usar métodos estruturados para melhoria dos processos, reduzir a variabilidade, utilizar uma abordagem balanceada e aplicar esta abordagem a todas as funções. O TQM foca-se principalmente nos sistemas e processos da organização e no *empowerment* e envolvimento do *staff*, dando menor relevância aos aspectos financeiros.

As suas principais vantagens são a motivação dos profissionais devido à responsabilização e envolvimento em decisões, a diminuição de custos e a melhoria do desempenho e da reputação da organização, com consequente aumento da satisfação dos utentes. Deve-se conquanto referir que, numa instituição de saúde de maiores dimensões, como um hospital, o *staff* não tem recursos nem tempo para reunir informação dos restantes membros antes das tomadas de decisões, o que contradiz um dos pilares do TQM, sendo esta ferramenta desaconselhada por alguns autores em organizações burocráticas e de grandes dimensões (Schwartz, 2005).

### ***EFQM Excellence Model***

A EFQM (*European Foundation for Quality Management*) foi fundada em 1988 por catorze multi-nacionais europeias com o objectivo de se desenvolver um modelo

multidimensional de gestão da qualidade, o EFQM *Model*. Desde a sua introdução, em 1993, procedeu-se anualmente a uma revisão dos procedimentos, que em 1999 culminou no EFQM *Excellence Model* (Nabitz, Klazinga e Walburg, 2000).

O EFQM *Excellence Model* é uma ferramenta de avaliação e estruturação da gestão da qualidade da organização, centrada no desenvolvimento e na melhoria contínua, cujo propósito é fornecer uma perspectiva sistemática para compreensão da gestão do desempenho. A essência desta abordagem é a noção de que o desempenho tem de ir de encontro às expectativas, necessidades e exigências dos *stakeholders*. Esta ferramenta tem como base os princípios do TQM, já abordado anteriormente.

O modelo contém nove dimensões, também chamadas critérios, cinco das quais classificadas como *enablers* (liderança, gestão de pessoal, política e estratégia, parcerias e recursos, e processos) e quatro como resultados (satisfação dos profissionais, satisfação dos clientes, impacto na sociedade e resultados chave do desempenho – *key performance results*). Os *enablers*, isto é, as dimensões que a organização pode manipular, incluem os processos, a estrutura e os meios da organização. Estes direccionam e accionam os resultados (o que a organização atinge), que cobrem aspectos do desempenho de forma alargada. Ou seja, uma organização em que os *enablers* estejam plenamente desenvolvidos obterá excelentes resultados. Os *enablers* mais importantes são a liderança e os processos, enquanto os resultados dos clientes e os resultados chave de desempenho são os principais critérios de resultado (Wongrassamee, Gardiner e Simmons, 2003).

Os benefícios tradicionalmente descritos com o uso desta ferramenta incluem auxílio no cumprimento da estratégia, clarificação da ligação da estratégia com as operações, compromisso dos profissionais na mudança e liderança na implementação de melhorias, promoção de uma cultura de melhoria contínua e *benchmarking* interno e externo. A sua flexibilidade é também reconhecida como uma das suas vantagens.

O EFQM *Excellence Model* é utilizado em organizações ligadas à saúde em alguns países europeus, como o Reino Unido, Alemanha, Noruega, Finlândia, Holanda e França (Nabitz, Klazinga e Walburg, 2000).

## **Balanced Scorecard**

Considerando todos os sistemas de gestão do desempenho, o BSC é provavelmente o mais utilizado na área da saúde (Klassen *et al.*, 2010). Esta ferramenta partilha alguns conceitos, objectivos e funcionalidades com as ferramentas já referidas, nomeadamente a atenção dada à comunicação dentro da organização, os objectivos de redução de custos e de melhoria, as decisões baseadas em dados quantitativos, a necessidade de apoio da gestão de topo, a flexibilidade e adaptabilidade e a sua ligação a incentivos e recompensas (Wongrassamee, Gardiner e Simmons, 2003, Schwartz, 2005). No entanto, é dotada de potencialidades que são únicas e que podem ser de extrema utilidade para a gestão dos serviços públicos na saúde, como será discutido após a descrição mais aprofundada e pormenorizada do seu funcionamento, que é feita seguidamente. É necessário referir que, muitas vezes, o BSC é utilizado de forma simultânea e complementar com as outras ferramentas referidas, como o *Six Sigma*<sup>®</sup> e o *EFQM Excellence Model* (Groene *et al.*, 2009, Meliones *et al.*, 2008).

## **O BALANCED SCORECARD**

Em 1992, Kaplan e Norton, após um projecto de investigação com 12 grandes empresas, desenharam o *Balanced Scorecard*: um conjunto de medidas que complementava as tradicionais medidas financeiras, mais direccionadas para eventos passados, com medidas operacionais para criação de valor futuro, nomeadamente nas áreas de satisfação do cliente, processos internos e aprendizagem e crescimento, tudo de forma integrada e balanceada (Kaplan e Norton, 1992). Permite-se assim às organizações que, para além de procurar atingir bons resultados financeiros, monitorizem progressos na aquisição de bens intangíveis necessários para o crescimento futuro, fazendo-se a ponte entre a estratégia a longo prazo e as acções a curto prazo (Kaplan e Norton, 1996a). Os objectivos e medidas que constituem as quatro perspectivas do BSC – financeira, clientes, processos internos e aprendizagem e crescimento – derivam da estratégia e visão da organização.

No início da concepção da ferramenta, em 1992 (Kaplan e Norton, 1992), o interesse do BSC centrava-se essencialmente na adição dos valores intangíveis à medição, possibilitando uma visão a longo prazo. Em 1993 (Kaplan e Norton, 1993), o BSC era já visto como um sistema de gestão direccionado para a melhoria e planeamento, passando então de um sistema de medição para um sistema de gestão estratégica, já bem explícito em 1996 (Kaplan e Norton, 1996a), com a visão e a estratégia a serem colocadas no centro do *Scorecard*. Nesta fase, o BSC permitia traduzir a visão, construindo um consenso em torno da estratégia e visão da organização; comunicar a estratégia desde o topo a todos os níveis da organização e ligá-la a incentivos, o que promovia comprometimento por parte dos profissionais além de *accountability*; planear negócios, obrigando a integrar a estratégia no orçamento; e finalmente *feedback* e aprendizagem, permitindo modificar a estratégia com base na avaliação de desempenho e saber quando a estratégia está realmente a funcionar (*double-loop learning*).

Com a descrição das relações causa-efeito entre os objectivos de cada perspectiva surgiu um novo instrumento, hoje com uma importância crucial a nível da implementação do BSC – o Mapa Estratégico (*Strategy Map*). Os mapas estratégicos, que segundo os próprios autores têm pelo menos a mesma importância que o BSC, conseguem comunicar tanto a estratégia da organização como os processos e sistemas

que ajudarão a implementá-la, através de uma representação visual dos objectivos críticos e das relações cruciais entre eles. Numa perspectiva mais ampla, os mapas estratégicos mostram como a organização converterá os recursos e iniciativas em resultados tangíveis (Kaplan e Norton, 2000). Deste modo, o BSC evoluiu para um sistema de comunicação da estratégia e de tradução da estratégia em termos operacionais (Pinto, 2007). Em 2006 considerava-se já uma nova evolução, para um sistema de gestão da mudança, uma vez que concretizar o alinhamento implica mudança e a mudança precisa de ser gerida, tendo-se revelado o BSC como um bom facilitador desse processo.

Geralmente, as perspectivas sugeridas por Kaplan e Norton são consideradas adequadas para a aplicação do BSC na administração pública e na saúde, ainda que por vezes com algumas modificações quanto à sua designação e à sua relevância.

A perspectiva financeira mostra se a estratégia, a sua implementação e execução estão a contribuir para a melhoria efectiva do desempenho. Os objectivos financeiros referem-se tipicamente a rentabilidade, aumento de vendas ou geração de fluxo de caixa. No caso dos serviços públicos, esta perspectiva funciona mais como *enabler* ou como constrangimento na execução da estratégia da organização, ou seja, traduz-se no objectivo de respeito pelo orçamento concedido à instituição e utilização dos recursos disponíveis eficiente e eficazmente.

A perspectiva clientes e *stakeholders* identifica os segmentos de mercado em que se está a competir e qual o desempenho da organização nesses segmentos. Normalmente os objectivos centram-se na satisfação, retenção e rentabilidade dos clientes, assim como na aquisição de novos clientes e quota de mercado nos segmentos alvo. Esta perspectiva facilita uma estratégia de gestão do cliente, identificando o impacto criado pela proposta de valor (resultado físico, emocional ou simbólico obtido por um cliente após a compra de um determinado serviço a um determinado preço) e os processos que contribuem para a criação de valor, analisando e balanceando as diferentes visões dos clientes (*outside-in* e *inside-out*) e acelerando o ciclo de planeamento. Nos serviços públicos, esta perspectiva ocupa um papel principal, logo após a missão, e emergindo dela. Neste contexto, o conceito de *stakeholders* no lugar de clientes é essencial para demonstrar a diversidade de entidades que influenciam as

decisões de uma organização pública e que podem não estar directamente relacionadas com a aquisição de serviços produzidos pela mesma.

A perspectiva dos processos internos identifica quais são os processos internos em que a organização deve ser excelente, o que pode implicar melhorias em processos já existentes ou criação de novos processos. As medidas atentam aos processos internos que tenham mais impacto na satisfação dos clientes e no atingimento dos objectivos financeiros da organização. Desta forma, e nos serviços públicos, os indicadores desta perspectiva relacionam-se directa e principalmente com as opções tomadas na perspectiva dos clientes e *stakeholders*, tendo também ligação com a diminuição dos custos e manutenção da qualidade (perspectiva financeira).

A perspectiva aprendizagem e crescimento identifica as infraestruturas que devem ser construídas para gerar crescimento, valor e melhoria a longo prazo. Este crescimento provém de três fontes principais: capital humano, capital informação (sistemas) e capital organizacional (procedimentos organizacionais). Os seus objectivos são, portanto, melhorar os conhecimentos e qualificações dos profissionais da organização, melhorar a tecnologia de informação e sistemas e alinhar os processos e rotinas organizacionais. Normalmente os indicadores referem-se a satisfação, retenção e formação do *staff*, novas competências ou desempenho dos sistemas de informação.

O conjunto de relações causa-efeito entre perspectivas, metas, objectivos e indicadores é um dos princípios essenciais no funcionamento do BSC e que o diferencia de outros sistemas de medição de desempenho (Kaplan e Norton, 1996b, Pinto, 2007). É importante que as relações causa-efeito fiquem bem patentes e sejam fácil e imediatamente visualizadas quando se constrói o Mapa Estratégico.

Outros conceitos essenciais no BSC são missão, valores, visão e estratégia.

A missão é a tarefa ou o propósito da organização, a sua razão de existir. Deve ser concisa e orientada para metas, ter um forte conteúdo emocional, traduzir as acções da organização, definir o objectivo tangível da organização e declarar um propósito a atingir. No caso dos serviços públicos, a missão surge quase como uma quinta perspectiva, colocada no topo das quatro perspectivas tradicionais, já que as organizações são totalmente orientadas para o seu cumprimento.

Os valores são os princípios intemporais que guiam a organização, estando obrigatória e completamente interligados com a missão. Uma contradição, ainda que ligeira, entre os valores declarados e a prática organizacional, pode resultar num forte impacto negativo, nomeadamente em termos de credibilidade, motivação dos trabalhadores ou atracção de clientes. Consequentemente, caso não se tenha a certeza que se pode realmente respeitar os valores, é melhor não os declarar interna ou externamente.

A visão é a imagem que se acredita poder atingir no futuro. Deve ser motivadora, consistente com os valores e a missão, tangível, realizável e verificável, clara, convincente e apelativa. Nos serviços públicos, a visão é indissociável da agenda política, sendo necessário um esforço de articulação e parceria dos gestores com os responsáveis políticos (Pinto, 2007).

Estratégia, segundo Porter (1996), é a escolha deliberada de um conjunto de actividades diferente, de forma a criar uma proposta de valor única. É o conjunto de prioridades para as quais são dirigidos os recursos e energias da organização. De entre os benefícios derivados da estratégia temos melhorias nas decisões e no desempenho e a estimulação da acção e do pensamento estratégico. Para o desenvolvimento e implementação de uma estratégia é essencial que se olhe para o exterior da organização de forma a identificar oportunidades e ameaças, e para o seu interior, para identificar recursos, competências e práticas; se analisem estratégias alternativas; se construam ligações entre as actividades que a suportam e se crie alinhamento (Pinto, 2007).

É importante, na construção do BSC, identificar objectivos, enquadrá-los de forma lógica nas perspectivas e definir indicadores que os possam medir. Um objectivo é uma descrição concisa dos processos que têm de ser bem executados para realizar a estratégia (Pinto, 2007). Um indicador é um *standard*, normalmente de natureza quantitativa, para medir e comunicar o desempenho, tendo como referência as metas fixadas (sendo uma meta um resultado de *performance* desejado). Há dois grandes tipos de indicadores: indicadores de resultado (*lag indicators* ou *outcome indicators*) e indutores (*lead indicators* ou *performance drivers*). Para que o BSC auxilie o atingimento da estratégia, é importante haver uma combinação destes dois tipos de indicadores, já que os indutores complementam os indicadores de resultado (que são reflexo de acções passadas) com o que poderá ou irá acontecer futuramente (Kaplan e

Norton, 2006). Revela-se essencial que os objectivos e medidas sejam transmitidos a toda a organização, através de quadros de aviso, folhetos informativos ou quaisquer outros meios, desde que haja garantia de que todos são informados e adquiram uma clara compreensão das metas a longo prazo e da estratégia adequada para as alcançar (Kaplan e Norton, 1996b).

As iniciativas são acções, actividades, programas ou projectos desenvolvidos com o propósito de concretizar as metas, que são medidas através dos indicadores, e que finalmente permitem atingir os objectivos fixados para cada uma das perspectivas. A concretização dos objectivos das diferentes perspectivas, articulados por relações causa-efeito, é a base para o atingimento das prioridades estratégicas e, finalmente, da visão da organização.

Segundo Kaplan e Norton, as causas mais comuns de insucesso na implementação do BSC são os maus processos organizacionais, como falta de compromisso da alta administração, envolvimento de poucas pessoas, manutenção do BSC no topo, excesso de tempo investido no desenvolvimento da ferramenta, tratamento do BSC como um projecto de sistemas, consultoria inexperiente e aplicação do BSC apenas com fins de remuneração/incentivos (Kaplan e Norton, 2001, p. 361).

A ideia geral de um BSC na área da saúde é que a realização da missão e a satisfação de todos os *stakeholders* possam ser conseguidas respeitando o orçamento e com baixos custos, que o respeito pelo orçamento possa ser atingido desenvolvendo processos internos excelentes e que os processos internos possam ser projectados e implementados actuando sobre a aprendizagem e inovação, ou seja, sobre as pessoas na sua selecção, motivação, competência e conhecimento e sobre os meios técnicos e informáticos na sua melhoria e actualização. Discute-se de seguida a aplicação desta ferramenta no vasto espectro da gestão da saúde.

## APLICAÇÃO DO BSC NA SAÚDE

O primeiro autor a sugerir a aplicação do BSC na área da saúde foi Griffith (1994). Desde então, o número de diferentes organizações relacionadas com a saúde que o tem implementado tem sido vasto, entre hospitais e sistemas hospitalares, departamentos ligados ao ensino universitário, centros psiquiátricos, companhias de seguros, farmacêuticas, organizações de cuidados de saúde a nível nacional e governos federais e locais (Zelman, Pink e Mathias, 2003, Chen, *et al.*, 2006), verificando-se que a implementação é mais prevalente em hospitais de maiores dimensões e ligados ao ensino (Chan e Ho, 2000).

É porém difícil fazer uma avaliação correcta do verdadeiro impacto global que a aplicação desta ferramenta tem tido na gestão da saúde, já que a literatura publicada sobre o tema refere quase exclusivamente casos de sucesso, podendo-se incorrer num viés de publicação devido à insuficiente informação sobre a sua verdadeira taxa de sucesso (Gao e Gurd, 2006). Na pesquisa efectuada, encontrou-se apenas um artigo publicado que refere a falência e consequente extinção da instituição apesar da implementação do BSC (Lorden, Coustasse e Singh, 2008) e outro em que se refere que, no Canadá, cerca de três quartos dos executivos de hospitais onde a ferramenta tinha sido implementada eram da opinião de que esta tinha sido apenas moderadamente bem sucedida (Chan e Ho, 2000).

Entre os aspectos que justificam a utilização de um sistema de BSC em organizações hospitalares encontra-se a dificuldade por parte destas organizações em vincular os indicadores ao planeamento estratégico, apesar de estarem habituadas a trabalhar com eles. Os sistemas de informação nestas instituições são muitas vezes problemáticos, o que, juntamente com o desequilíbrio quantitativo e qualitativo dos indicadores (falta de balanceamento) e falta de cooperação entre médicos e gestores e administradores, justifica igualmente a implementação de um BSC (Silva e Prochnik, 2005).

Encontram-se facilmente, em vários estudos, diversos benefícios para as organizações com a aplicação de um BSC. O BSC na saúde permite (Gao e Gurd, 2006, Verzola *et al.*, 2009, Zelman, Pink e Mathias, 2003, Perotti, 2006):

- a) vincular a avaliação de desempenho à estratégia;

- b) alinhar os profissionais com uma estratégia mais direccionada para os utentes;
- c) facilitar, monitorizar e avaliar a implementação da estratégia, fornecendo um *feedback* contínuo quanto a esta, o que promove ajustes estratégicos regulares;
- d) facilitar a selecção das iniciativas e otimizar a alocação de recursos;
- e) comunicar a estratégia a todos os níveis da organização;
- f) instigar à comunicação e colaboração entre os profissionais hospitalares;
- g) atribuir *accountability* e ajudar a transmitir informação relevante ao público;
- h) encontrar uma linguagem comum aos diferentes grupos profissionais e facilitar a relação entre a gestão e estes, já que é uma ferramenta simples e multidimensional.

São no entanto escassos os artigos que explicitam quantitativamente os resultados alcançados com a aplicação do BSC. No Duke Children's Hospital, nos Estados Unidos, o BSC é utilizado desde 1996. Seis meses após a implementação, o custo por doente foi reduzido em 12% e a satisfação dos utentes melhorada em 8%. Em 2000, essa satisfação tinha sido melhorada em 18% em relação ao início da implementação, a estadia média dos doentes reduzida de 7.9 para 6.1 dias e a taxa de readmissão reduzida de 7 para 3%. A satisfação dos profissionais melhorou 45%, enquanto o custo por paciente diminuiu cerca de \$5.000, levando a que o hospital passasse de um prejuízo de 11 milhões de dólares para um lucro na ordem dos 4 milhões de dólares, com redução dos custos na ordem dos 29 milhões de dólares (Meliones, 2000). Outro estudo demonstrou um aumento significativo na satisfação dos doentes em ambulatório, mas não nos doentes internados nem entre os profissionais (Lorden, Coustasse e Singh, 2008). Na China, após a implementação do BSC num departamento de emergência, verificou-se um aumento da satisfação dos profissionais e dos lucros do hospital (Huang *et al.*, 2004).

As estratégias para se proceder à implementação do BSC variam de caso para caso. Geralmente, as organizações optam por mudar ou acrescentar perspectivas ao BSC para que este se adapte melhor às suas necessidades específicas. As perspectivas “capital humano”, “comunidade e desenvolvimento”, “recursos humanos”, “qualidade dos cuidados e dos serviços”, “respeito mútuo e diversidade” e “compromisso social”

são perspectivas não tradicionais que se encontram regularmente nos BSC de diferentes organizações de saúde. A modificação na hierarquia de importância das perspectivas, com a elevação da perspectiva dos clientes/*stakeholders* para o topo é também comum (Zelman, Pink e Mathias, 2003, Gao e Gurd, 2006). Por vezes, as perspectivas clássicas são respeitadas, mas subdivididas – a perspectiva aprendizagem e crescimento nas suas três principais fontes “recursos humanos”, “recursos informáticos” e “recursos organizacionais” e a perspectiva clientes/*stakeholders* em “clientes como donos”, “clientes como entidades públicas” e “clientes como utilizadores” (Verzola *et al.*, 2009).

O número total de indicadores é também muito variável (Gao e Gurd, 2006). Walker e Dunn (2006) aconselham o desenvolvimento de um número reduzido de medidas – em colaboração com os profissionais de saúde – e a implementação de incentivos relacionados com as medidas de produtividade, para que seja possível reduzir a resistência do *staff* clínico, motivá-lo e reforçar o seu compromisso com a estratégia. Wier *et al* (2009) reforçam a ideia da importância da inserção dos profissionais de saúde no desenvolvimento dos indicadores para as perspectivas, tendo inclusivamente procedido a um exercício de Delphi com um painel constituído por directores, gestores e clínicos, para a sua discussão. Estes autores discordam dos anteriores quanto à quantidade inicial de medidas e indicadores a ser desenvolvidos, tendo criado um número elevado e abrangente de indicadores para posteriormente os redefinir consoante a sua utilidade, relevância, fiabilidade e alinhamento com as prioridades estratégicas.

Zbinden (2002) realça a importância de coordenar o BSC dos diferentes departamentos com o BSC da organização (por exemplo o do hospital), de forma a alinhar a estratégia dos departamentos com a da instituição que os comporta.

É também recorrente a chamada de atenção para a importância do compromisso por parte dos administradores e gestão de topo, garantindo todos os recursos necessários e o treino específico dos profissionais (Chan e Ho, 2000, Zbinden, 2002, Weir *et al.*, 2009). Quando este compromisso falha, é mais provável o insucesso da aplicação do BSC (Lorden, Coustasse e Singh, 2008). A implementação deve ser orientada ou apoiada por um consultor experiente nesta área (Weir *et al.*, 2009).

A implementação de um sistema de BSC para comparação (*benchmarking*) em larga escala de sectores da saúde em diferentes instituições foi inicialmente realizada no Canadá e nos Estados Unidos. Os objectivos deste tipo de utilização são a estimulação

da melhoria, a recolha de dados para decisões estratégicas em termos políticos, o estudo da variação no desempenho e na qualidade entre as instituições e a garantia de *accountability* (Zelman, Pink e Mathias, 2003). Por exemplo, a Thomson Reuters® avalia e classifica, desde 1993, vários hospitais dos Estados Unidos com base num BSC, atribuindo depois um prémio ao melhor de cada uma das categorias e publicando os resultados para que tanto os fornecedores como os utilizadores possam escolher no seu melhor interesse (Thomson Reuters, 2010). Na Holanda, um sistema de BSC nacional revelou-se de grande importância para as políticas do Ministério da Saúde e para a criação de transparência no que respeita às suas funções e responsabilidades relativamente aos serviços públicos de saúde (ten Asbroek *et al.*, 2004).

Esta abordagem foi também efectuada com sucesso para comparar hospitais de diferentes países com o objectivo de identificar oportunidades para melhoria (Chen *et al.*, 2006).

No decorrer da implementação de um sistema de BSC podem surgir diversos problemas ou erros. De forma a evitá-los, é essencial ser-se diligente em determinados aspectos.

Um dos problemas mais frequentemente encontrados é a dificuldade em definir os indicadores e encontrar as medidas *standard* para os mesmos (Chan e Ho, 2000, Verzola *et al.*, 2009, Zbinden, 2002, Groene *et al.*, 2009). Para melhorar a utilidade dos indicadores deve-se, como referido anteriormente, incitar a um maior envolvimento dos profissionais de saúde na sua definição e selecção, a revisões frequentes e auditorias regulares, à redução do seu número, à focalização no que é mais importante e ao *benchmarking* (Groene *et al.*, 2009, Zbinden, 2002).

Por vezes há a tendência de se colocar maior enfoque nos indicadores de produtividade em detrimento de outros factores igualmente importantes nos cuidados de saúde como a qualidade, a eficácia ou a equidade. Esta situação é evitável e indesejável; os esforços para melhorar a produtividade devem ser equilibrados com os outros factores (Walker e Dunn, 2006, Coop, 2006).

Segundo a revisão da literatura que Gao e Gurd realizaram (2006), de entre os BSC que encontraram em artigos publicados apenas 77% tinham definido claramente a perspectiva clientes, o que se afigura problemático, já que essa perspectiva deveria ser a

principal nos BSC aplicados a organizações na área da saúde. Igualmente preocupante é o facto de que apenas metade deles tinha a perspectiva de aprendizagem e crescimento definida. É essencial que quando o BSC seja aplicado, o seja correctamente. A transparência financeira e o conhecimento da realidade da instituição desde o início, o que permite implementação precoce das medidas estratégicas correctas, são factores também chave para o sucesso do BSC (Lorden, Coustasse e Singh, 2008).

É comum a ideia errada, até por parte dos gestores, de que o BSC é mais uma ferramenta de avaliação de desempenho do que de gestão estratégica, o que pode limitar o seu uso (Chan e Ho, 2000). O BSC é geralmente considerado, apesar de informativo e valorizável, como um instrumento trabalhoso e necessitando de constante revisão e melhoria dos indicadores (Weir *et al.*, 2009) e conseqüentemente interpretado como uma carga extra e excessiva de trabalho pelos profissionais de saúde (Verzola *et al.*, 2009). Esta situação deve ser evitada a todo custo, por exemplo com formações e sessões de esclarecimento ao *staff* e a implementação de incentivos financeiros, caso contrário a resistência à implementação da ferramenta pode ser insuperável.

É importante salientar que, independentemente da monitorização a que estão sujeitos e dos incentivos, se pretende que os membros do staff clínico de um hospital, particularmente os médicos, continuem a gozar de grande independência e autonomia operacional, que decorrem directamente das características da sua actividade e são essenciais para a qualidade desta.

Os motivos mais comumente apontados para o falhanço da implementação do BSC são o tempo excessivo necessário para o seu desenvolvimento (cerca de 2 anos segundo a maioria dos artigos); as limitações de tempo e a preocupação da gestão em resolver os problemas a curto prazo, o que desvia as atenções do BSC; dificuldade excessiva na definição e mensuração dos indicadores, dos standards e das metas; grande necessidade de recursos humanos e tecnológicos; falta de cultura de avaliação de desempenho por parte dos profissionais; e falta de proficiência e sabedoria (Chan e Ho, 2000, Verzola *et al.*, 2009, Zbinden, 2002, Groene *et al.*, 2009, Coop, 2006). O receio da publicidade negativa no caso de o BSC revelar maus resultados por parte da organização é um factor limitante encontrado regularmente (Zbinden, 2002).

Não foram encontradas publicações relativamente à aplicação do BSC em hospitais públicos portugueses. Durante a pesquisa bibliográfica, foram identificadas

apenas duas teses de mestrado (Calhau, 2009, Matos, 2006) e uma revisão de caso (Quesado e Macedo, 2010) que abordam a aplicação de um BSC em hospitais públicos em Portugal, mas que apresentam somente modelos teóricos que não chegaram a ser efectivamente aplicados na prática (alguns foram simulados), não se podendo portanto retirar conclusões quanto ao sucesso ou aplicabilidade desses mesmos modelos. No entanto, esses trabalhos concluíram que grande parte da informação necessária para a construção, implementação e utilização do BSC já existe nos hospitais públicos portugueses, não sendo portanto necessária uma mudança de fundo nos sistemas de informação. Existe geralmente, além disso, uma boa aceitação por parte dos profissionais de saúde quanto à possibilidade da implementação da ferramenta.

## **PERCEPÇÃO DO BSC PELOS GESTORES HOSPITALARES PORTUGUESES**

Com o objectivo de aferir de que forma o BSC está actualmente a ser aplicado nos hospitais em Portugal e qual a percepção que os membros dos quadros de gestão dos hospitais têm desta ferramenta foi realizado um questionário (Anexo 1) baseado naquele utilizado por Chan e Ho para os hospitais canadianos (2000). O questionário foi depois enviado via correio electrónico para nove Hospitais, Centros Hospitalares e Unidades Locais de Saúde aos membros do Conselho de Administração ou do Departamento de Controlo de Gestão.

Dos questionários enviados, foram devolvidos nove completamente preenchidos, provenientes de quatro Centros Hospitalares diferentes. Apesar de o BSC não estar a ser utilizado em nenhum dos Centros Hospitalares em causa, os membros dos quadros de gestão demonstraram um conhecimento bastante bom da ferramenta.

Numa escala de 1 (discorda totalmente) a 5 (concorda totalmente), os gestores indicaram que o BSC é mais um sistema de gestão estratégica (resposta média de 4.778) que de avaliação do desempenho (resposta média de 4.000), ao contrário do demonstrado pelos gestores hospitalares canadianos (Chan e Ho, 2000). Esta ideia é importante, como referido anteriormente, já que a convicção oposta pode limitar o uso da ferramenta.

Quanto à estrutura da ferramenta, os gestores que responderam ao questionário demonstraram concordância em relação à afirmação de que o BSC deve conter uma mistura de indicadores de resultado e indutores (resposta média de 4.000) e que a ferramenta é capaz de complementar as medidas financeiras com medidas operacionais direccionadas para a performance futura (resposta média de 4.333).

No entanto, parece não haver consenso quanto às perspectivas que devem ser incluídas no BSC, tendo a maioria (seis respondentes) concordado que as perspectivas sugeridas pelos autores da ferramenta são suficientes e as que melhor se enquadram no sector público (resposta média de 3.444). Aliás, a maior parte dos gestores discorda que, no contexto da administração pública, a missão e a perspectiva dos clientes sejam mais importantes que os indicadores de índole financeira (resposta média de 2.556), o que pode levar erradamente a uma gestão mais direccionada para a redução dos custos do

que para o cumprimento da missão e da melhoria da satisfação dos clientes (Pinto, 2007).

Quanto às vantagens da ferramenta, os gestores são da opinião que caso seja implementado com sucesso, os benefícios excederão largamente os custos (resposta média de 4.111), que o BSC produz um modelo conciso que ajuda a acompanhar o progresso da organização (resposta média de 4.222) e que fornece uma visão holística do que está a acontecer na organização (resposta média de 4.000). Concordaram igualmente que o BSC facilita, monitoriza e avalia a implementação da estratégia (resposta média de 4.333), que instiga à comunicação e colaboração de todo o pessoal da organização (resposta média de 4.222) e que comunica a missão e os objectivos melhor que a tradicional declaração destes (resposta média de 4.000). Os respondentes concordaram moderadamente que o BSC ajuda na transmissão da informação ao público e na *accountability* (resposta média de 3.778).

Identificou-se uma concordância forte quando se afirma que o compromisso da gestão de topo é essencial para o sucesso da aplicação do BSC (resposta média de 4.889). No entanto, os respondentes discordam de que para atingir esse mesmo sucesso a ferramenta tenha de estar ligada a incentivos de cariz financeiro (resposta média de 2.500).

Como o BSC não está a ser nem foi utilizado nestes Centros Hospitalares, as últimas cinco perguntas do questionário, relativamente à aplicação prática da ferramenta, não puderam ser respondidas. Os resultados completos podem ser consultados na Tabela 1, que se apresenta seguidamente. É importante salientar, no entanto, que devido à baixa taxa de respostas, estes resultados devem ser vistos cautelosamente, já que a amostra é relativamente pequena e pode não ser significativa.

**Tabela 1. Percepção do BSC por parte dos gestores hospitalares**

	<b>Resposta média<sup>†</sup></b> (Desvio padrão)
O <i>Balanced Scorecard</i> (BSC) deve conter uma mistura de indicadores de resultado ( <i>lag indicators</i> ou <i>outcome indicators</i> ) e indutores ( <i>lead indicators</i> ou <i>performance drivers</i> ).	<b>4.000</b> (0.866)
O BSC é um sistema de avaliação do desempenho.	<b>4.000</b> (0.866)
O BSC é um sistema de gestão estratégica.	<b>4.778</b> (0.441)
Caso seja implementado com sucesso, os benefícios excedem largamente os custos de implementação do BSC.	<b>4.111</b> (0.333)
O BSC complementa as medidas financeiras com medidas operacionais direccionadas para o desempenho futuro.	<b>4.333</b> (0.500)
O BSC produz um modelo conciso que ajuda os gestores a acompanhar o progresso da organização.	<b>4.222</b> (0.441)
O BSC fornece uma visão holística do que está a acontecer na organização.	<b>4.000</b> (0.000)
O BSC articula e comunica a missão e os objectivos melhor que a tradicional declaração de missão e objectivos.	<b>4.000</b> (0.707)
O BSC facilita, monitoriza e avalia a implementação da estratégia.	<b>4.333</b> (0.500)
O BSC ajuda na transmissão de informação ao público e na <i>accountability</i> .	<b>3.778</b> (0.667)
O BSC instiga à comunicação e colaboração de todo o pessoal da organização, gestores e não gestores.	<b>4.222</b> (0.441)
As quatro perspectivas sugeridas por Kaplan e Norton (financeira, clientes, processos internos e aprendizagem e crescimento) são suficientes e são as que melhor se enquadram para utilização no sector público.	<b>3.444</b> (0.882)
No sector público, o BSC deve dar maior importância à missão e clientes que aos indicadores financeiros.	<b>2.556</b> (1.130)
O compromisso da gestão de topo é essencial para a aplicação do BSC.	<b>4.889</b> (0.333)
O BSC, para ser implementado com sucesso, necessita de ligar a medição da <i>performance</i> a incentivos financeiros.	<b>2.500</b> (1.069)

<sup>†</sup> Quanto mais alto o valor da resposta, maior o grau de concordância com a afirmação correspondente. Escala de respostas em que 1 = “discorda totalmente”, 2 = “discorda”, 3 = “indiferente”, 4 = “concorda” e 5 = “concorda totalmente”.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

O crescente aumento nos custos da saúde devido a vários factores entre os quais se contam alterações demográficas e epidemiológicas como o envelhecimento e aumento das comorbilidades, o aumento dos custos dos fármacos e a introdução de um maior número de novas e caras tecnologias, adicionado à concomitante elevação das expectativas dos cidadãos em torno dos cuidados médicos, tornam insustentável o SNS tal como o conhecemos – universal, geral e tendencialmente gratuito – a não ser que se consiga uma progressiva redução dos custos sem prejuízo das melhorias necessárias na produtividade, na qualidade e na eficiência. Com esse objectivo, nos últimos anos foram introduzidas medidas no sentido de uma liberalização do mercado da saúde, empresarialização do sector público e utilização de ferramentas tradicionalmente conotadas com o sector privado, seguindo o modelo já aplicado em outros países conhecido como *New Public Management*. Assim, conceitos como controlo de gestão, avaliação de desempenho, alinhamento e gestão estratégica ganharam uma importância fulcral na actual gestão da saúde.

Um dos sistemas de avaliação de desempenho e gestão estratégica mais utilizado na gestão da saúde é o *Balanced Scorecard*. O BSC é uma ferramenta extremamente flexível que conjuga indicadores financeiros, que medem o desempenho passado, com indicadores de carácter não financeiro essenciais a um bom desempenho futuro. Para além da avaliação de desempenho, o BSC gere e comunica a estratégia e as mudanças operacionais a ela inerentes. Entre as vantagens da sua aplicação na gestão hospitalar contam-se o alinhamento dos profissionais com a estratégia e a comunicação, facilitação e avaliação da implementação desta, a estimulação à colaboração entre os diversos sectores hospitalares e a atribuição de *accountability*, promovendo-se assim melhorias na qualidade dos serviços, na satisfação dos *stakeholders*, no respeito pelo orçamento atribuído e finalmente no cumprimento da missão e da visão da organização. Devido ao seu carácter flexível, a ferramenta pode ser facilmente adaptada para melhor servir a organização que a pretende implementar, podendo mesmo ser utilizada por sistemas de saúde regionais ou nacionais.

No entanto, a aplicação do BSC não é desprovida de problemas e dificuldades, que são por vezes difíceis de ultrapassar, como a definição dos indicadores, o tempo e recursos necessários para o seu desenvolvimento e implementação e a falta de

proficiência e sabedoria (*know-how*). O bom conhecimento da ferramenta, bem como o empenho da gestão de topo e a integração de todos os profissionais na definição dos indicadores parecem essenciais para o sucesso na construção e implementação do BSC.

Uma das limitações encontradas prende-se com o facto de, apesar das várias vantagens associadas à utilização do BSC, poucos artigos apresentam resultados quantitativos referentes às mesmas, comprovando-as (por exemplo, se de facto a satisfação dos clientes aumentou ou se a margem para cumprimento do orçamento melhorou). Isto pode dever-se ao curto período decorrido desde a implementação da ferramenta na maioria dos locais ou ao simples facto de esses dados ainda não estarem disponíveis em publicações.

Pelo questionário realizado aos quadros de gestão de alguns Centros Hospitalares portugueses depreende-se que os gestores têm um bom conhecimento dos conceitos e estrutura da ferramenta e estão cientes das suas vantagens e dos melhores métodos para ultrapassar as dificuldades relativas à sua implementação. No entanto, e apesar da convicção de que, caso seja implementada com sucesso, os benefícios excederão largamente os custos, nenhum dos hospitais em questão utiliza o BSC.

Pode-se portanto concluir que, no actual contexto macroeconómico de desinvestimento, nomeadamente na saúde, a implementação de uma ferramenta que reduza os custos ajudando na execução da estratégia e na melhoria da qualidade dos serviços e da satisfação dos *stakeholders* é extremamente valiosa. Pelo seu carácter flexível, pela sua larga aplicação na saúde e pelo bom conhecimento que os gestores hospitalares portugueses têm das suas vantagens e estrutura, o BSC parece ser uma ferramenta indicada para conduzir a administração hospitalar à excelência.

## BIBLIOGRAFIA

Anthony, R. N. (1965). *Planning and Control Systems: Framework for Analysis*. Boston, MA: Graduate School of Business Administration Harvard University.

Asel, J. A. (2009). *Risk Management and Management Control - The impact of the financial crisis on the use of Management Control Systems*. 18th EDAMBA Summer Academy, Sorèze, France.

Ba-Abaad, K. M. (2009). Review of the literature of balanced scorecard and performance measurement: the case of healthcare organizations. *Business e-Bulletin* , 1 (1), 33-47.

Calhau, A. R. (Julho de 2009). *Concepção de um Sistema de Balanced Scorecard para o Serviço de Traumatologia do Hospital Garcia de Orta*. Obtido em 8 de Março de 2011, de <https://dspace.ist.utl.pt/bitstream/2295/329546/1/Tese%20de%20Mestrado.pdf>

Chan, Y. C., & Ho, S. J. (2000). *The Use of Balanced Scorecard in Canadian Hospitals*. Obtido em 31 de 12 de 2010, de <http://aaahq.org/northeast/2000/q17.pdf>

Chen, X.-y., Yamauchi, K., Kato, K., Nishimura, A., & Ito, K. (2006). Using the Balanced Scorecard to measure Chinese and Japanese hospital performance. *International Journal of Health Care Quality Assurance* , 19 (4), 339-350.

Coop, C. F. (2006). Balancing the balanced scorecard for a New Zealand mental health service. *Australian Health Review* , 30 (2), 174-180.

Gao, T., & Gurd, B. (2006). Lives in the Balance: Managing with the Scorecard in Not-for-profit Healthcare Settings. *Eight Biennial Conference - Navigating New Waters*. Adelaide, Australia.

Gomes Canotilho, J., & Moreira, V. (2007). *Constituição da República Portuguesa Anotada* (4ª Edição Revista ed., Vol. 1). Coimbra: Coimbra Editora.

Griffith, J. R. (1994). Reengineering health care: management systems for survivors. *Hospital & Health Services Administration* , 451-470.

Groene, O., Brandt, E., Schmidt, W., & Moeller, J. (2009). The Balanced Scorecard of acute settings: development process, definition of 20 strategic objectives and implementation. *International Journal for Quality in Health Care* , 21 (4), 259-271.

Huang, S. H., Chen, P. L., Yang, M. C., Chang, W. Y., & Lee, H. J. (2004). Using a balanced scorecard to improve the performance of an emergency department (Abstract). *Nursing Economics* , 22 (3), 140-46.

Impellizzeri, F., Bizzini, M., Leunig, M., Maffiuletti, N., & Mannion, A. (2009). Money matters: exploiting the data from outcomes research for quality improvement initiatives. *European Spine Journal* , 18 (3), 348-59.

JCAHO. (s.d.). Obtido em 4 de Janeiro de 2011, de [http://www.jointcommission.org/facts\\_about\\_oryx\\_vendors/](http://www.jointcommission.org/facts_about_oryx_vendors/)

Kaplan, R. S., & Norton, D. P. (2006). *Alignment: Using the Balanced Scorecard to Create Corporate Synergies*. USA: Harvard Business School Publishing Corporation.

Kaplan, R. S., & Norton, D. P. (2000). Having Trouble with Your Strategy? Then Map It. *Harvard Business Review* .

Kaplan, R. S., & Norton, D. P. (1993). Putting the Balanced Scorecard to Work. *Harvard Business Review* , 1-15.

Kaplan, R. S., & Norton, D. P. (1992). The Balanced Scorecard - Measures that Drive Performance. *Harvard Business Review* , 70-80.

Kaplan, R. S., & Norton, D. P. (1996b). *The Balanced Scorecard - Translating Strategy into Action*. USA: Harvard Business Publishing.

Kaplan, R. S., & Norton, D. P. (2001). *The strategy-focused organization: how balanced scorecard companies thrive in the new business environment*. USA: Harvard Business School Press.

Kaplan, R. S., & Norton, D. P. (1996a). Using the Balanced Scorecard as a Strategic Management System. *Harvard Business Review* , 1-12.

Klassen, A., Miller, A., Anderson, N., Shen, J., Schiariti, V., & O'Donnell, M. (2010). Performance measurement and improvement frameworks in health, education and social services: a systematic review. *International Journal for Quality in Health Care* , 22 (1), 44-69.

Koning, H. d., Verver, J. P., Heuvel, J. v., Bisgaard, S., & Does, R. J. (2006). Lean Six Sigma in Healthcare. *Journal for Healthcare Quality* , 28 (2), 4-11.

Lorden, A., Coustasse, A., & Singh, K. A. (2008). The Balanced Scorecard Framework - A case study of patient and employee satisfaction: What happens when it does not work as planned? *Health Care Management Review* , 33(2), 145-155.

Matos, L. F. (Junho de 2006). *A utilização do Balanced Scorecard para monitorar o desempenho de um Hospital*. Obtido em 8 de Março de 2011, de <http://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/7185/1/A%20utiliza%C3%A7%C3%A3o%20do%20BSC%20para%20monitorar%20o%20desempenho%20de%20um%20hospit.pdf>

Meliones, J. (2000). Saving Money, Saving Lives. *Harvard Business Review* , 78 (6), 57-62, 64, 66-7.

Meliones, J., Alton, M., Mericle, J., Ballard, R., Cesari, J., Frush, K., et al. (2008). 10-Year Experience Integrating Strategic Performance Improvement Initiatives: Can Balanced Scorecard, Six Sigma, and Team Training All Thrive in a Single Hospital? In

Henriksen, K., Battles, J. B., Keyes, M. A., & Grady, M. L., *Advances in Patient Safety: New Directions and Alternative Approaches* (Vol. 3: Performance and Tools). Rockville, USA: Agency for Healthcare Research and Quality (US).

Ministério da Saúde. (s.d.). *Hospitais EPE*. Obtido em 30 de Dezembro de 2010, de Hospitais EPE: [http://www.hospitaisepe.min-saude.pt/Hospitais\\_EPE/Mapa\\_Hospitais/](http://www.hospitaisepe.min-saude.pt/Hospitais_EPE/Mapa_Hospitais/)

Ministério das Finanças e da Administração Pública. (Outubro de 2010). *Orçamento do Estado para 2011*. Obtido em 5 de Março de 2011, de Portal do Ministério das Finanças e da Administração Pública: [http://www.min-financas.pt/inf\\_economica/OE2011/Rel-2011.pdf](http://www.min-financas.pt/inf_economica/OE2011/Rel-2011.pdf)

Nabitz, U., Klazinga, N., & Walburg, J. (2000). The EFQM excellence model: European and Dutch experiences with the EFQM approach in health care. *International Journal for Quality in Health Care* , 12 (3), 191-201.

Nunes, R., & Rego, G. (2010). *Gestão da Saúde*. Lisboa: Prata & Rodrigues.

OECD. (2010). *Health: Key Tables From OECD*. Obtido em 5 de Março de 2011, de OECD: [http://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/total-expenditure-on-health\\_20758480-table1](http://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/total-expenditure-on-health_20758480-table1)

OPSS. (2009). *Relatório de Primavera 2009 - 10 / 30 Anos: Razões para continuar*. Observatório Português dos Sistemas de Saúde.

OPSS. (2010). *Relatório de Primavera 2010 - Desafios em tempos de crise*. Observatório Português dos Sistemas de Saúde.

Perotti, L. (2006). *Implementare la balanced scorecard in una organizzazione sanitaria*. Obtido em 6 de Janeiro de 2011, de Economia Aziendale 2000 web: <http://193.204.46.155/file%20per%20numero3-2006/3-06perotti.pdf>

Pinto, F. (2007). *Balanced Scorecard - Alinhar Mudança, Estratégia e Performance nos Serviços Públicos*. Lisboa: Edições Sílabo.

Porter, M. E. (1996). What is Strategy? *Harvard Business Review* , 61-78.

Quesado, P. R., & Macedo, N. (2010). O Balanced Scorecard no Serviço de Urgência de um Hospital Público Empresarializado: Estudo de Caso. *XIV Encuentro AECA*, 42d. Coimbra.

Rego, G. (2008). *Gestão Empresarial dos Serviços Públicos - Uma Aplicação ao Sector da Saúde*. Maia: Vida Económica.

Schwartz, J. (2005). The Balanced Scorecard versus Total Quality Management: Which Is Better for Your Organization? *Military Medicine* , 170 (10), 855-8.

- Silva, B. F., & Prochnik, V. (2005). Sete Desafios para a Implantação do Balanced Scorecard em Hospitais. *3rd Conference on Performance Measurement and Management Control - Improving Organizations and Society*. Nice, França.
- ten Asbroek, A., Arah, O., Geelhoed, J., Custers, T., Delnoij, D., & Klazinga, N. (2004). Developing a national performance indicator framework for the Dutch health system. *International Journal for Quality in Health Care* , 16 (I), i65-i71.
- Thomson Reuters. (2010). *2009 Thomson Reuters 100 Top Hospitals®: National Benchmarks Study*. Ann Arbor, MI: Thomson Reuters.
- Verzola, A., Bentivegna, R., Carandina, G., Trevisani, L., Gregorio, P., & Mandini, A. (2009). Multidimensional evaluation of performance: experimental application of the balanced scorecard in Ferrara university hospital. *Cost Effectiveness and Resource Allocation* , 7:15.
- Walker, K. B., & Dunn, L. M. (2006). Improving hospital performance and productivity with the balanced scorecard. *Academy of Health Care Management Journal* , FindArticles.com. 30 Dec, 2010. [http://findarticles.com/p/articles/mi\\_m1TOQ/is\\_2/ai\\_n25009491/](http://findarticles.com/p/articles/mi_m1TOQ/is_2/ai_n25009491/).
- Weir, E., d'Entemont, N., Stalker, S., Kurji, K., & Robinson, V. (2009). Applying the balanced scorecard to local public health performance measurement: deliberations and decisions. *BMC Public Health* , 9:127.
- Wongrassamee, S., Gardiner, P. D., & Simmons, J. E. (2003). Performance measurement tools: the Balanced Scorecard and the EFQM Excellence Model. *Measuring Business Excellence* , 7 (1), 14-29.
- Zbinden, A. M. (2002). Introducing a Balanced Scorecard Management System in a University Anesthesiology Department. *Anesthesia and Analgesia* , 95, 1731-8.
- Zelman, W. N., Pink, G. H., & Mathias, C. B. (2003). Use of the Balanced Scorecard in Health Care. *Journal of Health Care Finance* , 29 (4), 1-16.



## ***Balanced Scorecard: Uma Ferramenta de Gestão no Sector Público Hospitalar***

Luís Araújo Azevedo Maia, aluno do 6º ano do Mestrado Integrado em Medicina da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, no âmbito da sua tese de Mestrado, com o título ***Balanced Scorecard: Uma Ferramenta de Gestão no Sector Público Hospitalar***, pretende incluir um questionário que tem como objectivo a avaliação da implementação do *Balanced Scorecard* no sector administrativo público.

Esta tese foi aprovada pela Faculdade de Medicina. A orientadora da tese é a Prof. Doutora Guilhermina Rego, Professora Auxiliar de Bioética e Ética Médica na referida faculdade.

O preenchimento do questionário demora cerca de 10 minutos.

Caso responda “Sim” à primeira questão, agradece-se o preenchimento da totalidade do questionário. Caso o BSC não tenha sido implementado, pede-se que o questionário seja respondido até à pergunta número 15 inclusive.

A sua participação é muito importante para que se consiga chegar a uma conclusão final na tese. Muito obrigado pela sua colaboração.

O Hospital/Centro Hospitalar utiliza ou utilizou o *Balanced Scorecard*? Sim\_\_Não\_\_

	1 Discordo Totalmente	2 Discordo	3 Indiferente	4 Concordo	5 Concordo Totalmente
1. O <i>Balanced Scorecard</i> (BSC) deve conter uma mistura de indicadores de resultado ( <i>lag indicators</i> ou <i>outcome indicators</i> ) e indutores ( <i>lead indicator</i> ou <i>performance driver</i> ).					
2. O BSC é um sistema de medição de performance.					
3. O BSC é um sistema de gestão estratégica.					
4. Caso seja implementado com sucesso, os benefícios excedem largamente os custos de implementação do BSC.					
5. O BSC complementa as medidas financeiras com medidas operacionais direccionadas para a performance futura.					
6. O BSC produz um modelo conciso que ajuda os gestores a acompanhar o progresso da organização.					
7. O BSC fornece uma visão holística do que está a acontecer na organização.					
8. O BSC articula e comunica a missão e os objectivos melhor que a tradicional declaração de missão e objectivos.					
9. O BSC facilita, monitoriza e avalia a implementação da estratégia.					
10. O BSC ajuda na transmissão de informação ao público e na <i>accountability</i> .					
11. O BSC instiga à comunicação e colaboração de todo o pessoal da organização, gestores e não gestores.					
12. As quatro perspectivas sugeridas por Kaplan e Norton (financeira, clientes, processos internos e aprendizagem e crescimento) são suficientes e são as que melhor se enquadram para utilização no sector público.					
13. No sector público, o BSC deve dar maior importância à missão e clientes que aos indicadores financeiros.					
14. O compromisso da gestão de topo é essencial para a aplicação do BSC.					
15. O BSC, para ser implementado com sucesso, necessita de ligar a medição da performance a incentivos financeiros.					
16. Foi fácil definir os indicadores e as metas para cada perspectiva.					
17. É essencial o envolvimento de todo o <i>staff</i> na definição dos indicadores					
18. A implementação da ferramenta teve boa aceitação por parte de todo o <i>staff</i> .					
19. A implementação do BSC está a ser um sucesso					
20. Qual o tempo necessário para a implementação completa do BSC?	_____				

## ADMINISTRAÇÃO HOSPITALAR

### *NORMAS PARA A ELABORAÇÃO DA MONOGRAFIA*

1. Tipo de letra: Times New Roman
2. Tamanho da letra nos títulos: 14
3. Tamanho da letra nos subtítulos e no texto: 12
4. Tipo de letra nos títulos: maiúsculas, negrito
5. Tipo de letra nos subtítulos: iniciais maiúsculas, negrito e itálico
6. Palavras em língua estrangeira – latim, inglês, francês, alemão – em *itálico*
7. Alinhamento dos parágrafos: justificados
8. Espaços entre as linhas: 1,5
9. Na primeira nota de rodapé – na primeira página – deve constar sinteticamente a instituição de onde provem o autor

Exemplo: Rui Nunes<sup>3</sup>

10. Evitar citações em “segunda mão”. Em todo o caso as citações devem estar entre aspas
11. Fundamentar sempre o que se afirma, indicando com rigor qual a obra em que se basearam
12. Tipo de letra das notas de rodapé: Times New Roman, tamanho 11
13. Referências no texto segundo o método de Harvard

Exemplo: (Rego G, 1999)

14. No caso de ser o mesmo autor e o mesmo ano, então colocar a, b, c, a seguir à data por ordem de entrada no texto

Exemplo: (Rego G, 1999 a), (Rego G, 1999 b)

15. No final do trabalho sob o título “Referências” colocar todas as referências citadas no texto (e apenas estas) por ordem alfabética

Exemplo:

**Livro:** 1) Mullen P, Spurgeon P: Priority setting and the public. Radcliffe Medical Press, Abingdon, 2000.

2) Nunes R, Rego G: Prioridades na saúde, McGraw-Hill, Lisboa, 2002.

**Revista:** Mooney G: Vertical equity in health care resource allocation. Health

Care Analysis 8 n.3; 2000: 203-215

---

<sup>3</sup> Professor Catedrático da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto