

Universidade do Minho
Escola de Engenharia

Luis Filipe Matos

A utilização do Balanced Scorecard para monitorar o desempenho de um Hospital

Tese de Mestrado
Mestrado em Sistemas de Informação

Trabalho efectuado sob a orientação do
Professora Isabel Ramos

Junho de 2006

DECLARAÇÃO

Nome: Luis Filipe Ferreira da Cruz Matos
Endereço electrónico: luís.cruz.matos@netcabo.pt Telefone: 936462077
Número do Bilhete de Identidade: 10029357
Título dissertação: A utilização do BSC para monitorar o desempenho de um hospital
Orientador: Profª Isabel Ramos
Ano de conclusão: 2006
Designação do Mestrado: Mestrado em Sistemas de Informação

Nos exemplares das teses de doutoramento ou de mestrado ou de outros trabalhos entregues para prestação de provas públicas nas universidades ou outros estabelecimentos de ensino, e dos quais é obrigatoriamente enviado um exemplar para depósito legal na Biblioteca Nacional e, pelo menos outro para a biblioteca da universidade respectiva, deve constar uma das seguintes declarações:

1. É AUTORIZADA A REPRODUÇÃO INTEGRAL DESTA TESE/TRABALHO APENAS PARA EFEITOS DE INVESTIGAÇÃO, MEDIANTE DECLARAÇÃO ESCRITA DO INTERESSADO, QUE A TAL SE COMPROMETE;

Universidade do Minho, ___/___/_____

Assinatura: _____

Agradecimentos

A execução deste trabalho contou com a participação de algumas pessoas às quais não poderia deixar de agradecer.

Desde logo à Administração do Hospital que serviu de base a este estudo na pessoa do Dr. Pedro Esteves. À Dr.ª Madalena Holzer e ao Dr. Paulo Araújo, directores dos serviços piloto, cuja disponibilidade para abordar uma temática nova e simular a sua aplicação profundamente agradeço.

Á Profª Isabel Ramos, cujo entusiasmo, rigor, colaboração na procura de informação e orientação são fundamentais para que este trabalho veja a luz do dia.

Por último, à Raquel, à Sofia e à Sara, que foram prejudicadas na atenção e tempo dispensados, sem cobrar nada em troca.

Resumo

O trabalho que aqui se apresenta aborda a problemática da medição da performance de um hospital, utilizando como ferramenta o Balanced Scorecard (BSC).

O BSC apresenta 4 perspectivas para medir o desempenho das organizações – Financeira, Clientes, Processos Internos e Aprendizagem e Crescimento.

De acordo com esta proposta, devem definir-se indicadores e medidas para cada uma destas perspectivas de forma a possibilitar a medição e o acompanhamento do sucesso das estratégias definidas na organização.

Para além da análise dos fundamentos teóricos do BSC, aborda-se também um conjunto de casos práticos que relatam a implementação do BSC em organizações de saúde e qual a relação entre estes casos e a realidade do Sistema Nacional de Saúde Português.

Na vertente mais prática deste trabalho, descreve-se a forma como se interagiu com 2 serviços de um Hospital Português que de disponibilizou para colaborar neste trabalho.

Do trabalho com o hospital resulta a elaboração de BSC para esses dois serviços que mereceram a aprovação dos responsáreis desses serviços.

Aborda-se ainda a problemática da automatização do BSC e da análise do investimento na implementação do BSC.

Como conclusão resulta que a aplicação de um sistema de medição da performance é essencial e o Balanced Scorecard afigura-se uma ferramenta da maior utilidade nesta tarefa. Resulta ainda que existe informação necessária e suficiente para a construção dos indicadores e das medidas. Assim, a implementação do BSC seria não só possível mas pode tornar-se numa ferramenta fundamental para a gestão de uma organização de saúde.

ABSTRACT

This study acknowledges the problems with the measuring of the results of the organization strategies, using the Balanced Scorecard.

The Balanced Scorecard presents 4 perspectives to measure corporate performance – Financial, Costumers, Internal Process, Learn and Growth.

According to the BSC theory for each perceive, the organization must define measures and KPI that enable the measurement of the success of the strategies.

We analyze also a group of papers that report the application and implementation of the BSC in different areas and different healthcare organizations and the possible correlations with the Portuguese reality in terms of health system and health care organizations.

In the II part of this paper we shall present the way BSC was applied in two different services of a Portuguese Hospital that participated in this study.

From the support of the Hospital resulted the elaboration of a BSC in those two Units from which resulted a general applause from the directors of both of them.

We will also be analyzing the possibilities of automating the BSC and investment analysis.

In conclusion we shall find that a performance measurement system is becoming essential and the Balanced Scorecard presents itself as a fundamental tool towards the accomplishment of such purpose. Also we prove that there is already enough information to build both KPI and measurements.

Therefore, introducing BSC in an organization is not only possible but also desirable and can become a fundamental tool to any Health organization.

Índice

Índice de Ilustrações **8**
Lista de Siglas e abreviaturas **9**
Introdução **10**
1 Fundamentos Teóricos **11**
1.1 O Balanced Scorecard – O que se mede é o que se obtém. 11
1.1.1 O excesso de Informação e o processo de tomada de decisão 13
1.2 As 4 perspectivas do Balanced Scorecard 17
1.2.1 Cliente – Como é que os clientes nos vêem? 17
1.2.2 Processos internos – Em que é que precisamos de ser excelentes? 19
1.2.3 Aprendizagem e crescimento – Conseguiremos inovar e criar valor? 21
1.2.4 Financeira – De que forma deve ser vistos pelos nossos accionistas? 22
1.3 Ligar o BSC com a Política de Gestão da organização 24
1.3.1 Processo Causa e Efeito 24
1.3.2 Indicadores de desempenho 25
1.3.3 Interligação com resultados financeiros 26
1.4 Arquitectura e desenvolvimento do BSC 27
1.5 O Balanced Scorecard no Sector Público 29
2 A Organização Hospitalar **32**
2.1 Uma organização complexa 32
3 Casos Práticos **37**
3.1.1 Porque utilizamos o BSC em unidades de Saúde? – Caso 1 37
3.1.2 Porque utilizamos o BSC em unidades de Saúde? - Comentário 46
3.1.3 O BSC no Sistema Nacional de Saúde Inglês – Caso 2 47
3.1.4 O BSC no Sistema Nacional de Saúde Inglês – Comentário 53
3.1.5 Hospital Pediátrico – Caso 3 55
3.1.6 Hospital Pediátrico – O comentário 60
3.1.7 O BSC no Serviço de Emergência – Caso 4 62
3.1.8 O BSC no Serviço de Emergência – Comentário 65
II Parte **68**
4 A aplicação do BSC num hospital Português **69**
4.1 Caracterização do Hospital 69
4.1.1 Grupo de Diagnósticos Homogéneos 73

4.2 Os serviços piloto 75
4.2.1 Condições verificadas para a possibilidade de aplicação do BSC 76
4.2.2 Caracterização dos Serviços 77
4.2.3 O BSC no serviço 78
4.2.4 Apresentação do BSC para o Serviço 1 79
4.2.5 Apresentação do BSC para o Serviço 2 85
5 A automatização do BSC 88
5.1 Recolha de dados 88
5.2 Acesso fácil aos resultados 90
5.3 Que ferramenta usar? 90
5.4 Proposta de Arquitectura Aplicacional 95
5.5 Onde procurar os dados? 96
6 O Investimento no BSC 99
7 Conclusão 102
8 Referências 105
Anexos 108
Anexo I – Glossário de termos e definições 108
Anexo II – Contratualização 110

Índice de Ilustrações

Ilustração 1 – Esquema teórico do BSC (Kaplan, Norton, 1996) 13
Ilustração 2 – Processo de tomada de decisão 14
Ilustração 3 – Perspectiva clientes esquema relacional (Kaplan, Norton, 1996) 18
Ilustração 4 – Cadeia de valor na formulação do BSC 19
Ilustração 5 – Arquitectura de formulação do BSC 27
Ilustração 6 – Principais Funções do Hospital 34
Ilustração 7 - Motivações para adopção do BSC 39
Ilustração 8 – Organização da prestação de cuidados do NHS 48
Ilustração 9 - Resultados Financeiros (I) Caso 3 57
Ilustração 10 - Resultados Financeiros (II) Caso 3 57
Ilustração 11 – Fontes de informação - Caso 4 63
Ilustração 12 – Resultados da aplicação do BSC – Caso 4 64
Ilustração 13 – Macro Agregados Financeiros e Pessoal 70
Ilustração 14 – Macro agregados de Produção 71
Ilustração 15 – Proposta de BSC para serviço 1 – Respiratória 80
Ilustração 16 – Proposta de BSC serviço 1 – A.V.C. 80
Ilustração 17 – Proposta de BSC serviço 1 – Patologia Cardiológica 81
Ilustração 18 – BSC serviço 1 – Patologia Respiratória 82
Ilustração 19 – BSC serviço 1 – Doentes com A.V.C. 83
Ilustração 20 – BSC serviço 1 – Patologia Cardíaca 84
Ilustração 21 – BSC serviço 2 – Proposta 85
Ilustração 22 – BSC serviço 2 87
Ilustração 23 – Exemplos de dados recolhidos e seus responsáveis 89
Ilustração 24 – Utilização do software de BSC por níveis de gestão 93
Ilustração 25 – Meio de disponibilização de resultados 93
Ilustração 26 – Arquitectura aplicacional do BSC – Uma proposta 95
Ilustração 27 – Circuito do Doente 97
Ilustração 28 – Circuito do doente, perspectivas BSC e fonte informação 98
Ilustração 29 – Tipologia geral de um investimento em SI/TIC 100
Ilustração 30 – Análise do Investimento – VAL (I) 100
Ilustração 31 – Análise do Investimento – VAL (II) 101

Lista de Siglas e abreviaturas

BSC	Balanced Scorecard
EPE	Entidade Pública Empresarial
GDH	Grupo Diagnóstico Homogéneo
IGIF	Instituto de Gestão Informática e Financeira do Ministério da Saúde
NHS	*National Health System (Sistema Nacional de Saúde Inglês)*
ROI	*Return on Investment*
SI	Sistema de Informação
SNS	Sistema Nacional de Saúde
SPA	Sector Público Administrativo
TIC	Tecnologias de Informação e Comunicação
TIR	Taxa Interna de Rentabilidade
VAL	Valor Acrescentado Líquido

Introdução

O objectivo deste trabalho é estudar a possibilidade de aplicação do Balanced Scorecard a um hospital Português, como instrumento para medir os resultados das políticas de gestão. Para o atingir o objectivo foram realizadas as seguintes actividades:

- Revisão bibliográfica sobre esta ferramenta de gestão;
- Selecção de uma unidade hospitalar portuguesa, apresentação da ferramenta e estudo da viabilidade de aplicação a 2 serviços dessa unidade hospitalar.

O trabalho realizado encontra-se descrito neste relatório, o qual está estruturado em duas grandes partes.

A primeira (Parte I), procura apresentar o enquadramento teórico do Balanced Scorecard, baseado essencialmente nos trabalhos de Kaplan e Norton que conduziram à apresentação desta ferramenta.

Ainda no campo do enquadramento teórico são apresentados os trabalhos de alguns investigadores que fazem a aproximação entre a teoria do BSC e algumas organizações prestadoras de cuidados de saúde com especial enfoque em hospitais..

Por último, apresentamos casos práticos da aplicação do BSC a hospitais, procurando, sempre que possível, fazer a ligação entre as realidades apresentadas e a realidade dos hospitais Portugueses.

A segunda parte deste trabalho (Parte II) corresponde ao exercício de simulação de aplicação do BSC a um hospital Português, procurando retirar conclusões sobre as possibilidades de implementação, as tarefas necessárias para o fazer, os obstáculos a ultrapassar e os benefícios potenciais que a organização hospitalar poderia recolher pela aplicação desta ferramenta.

1 Fundamentos Teóricos

1.1 O Balanced Scorecard – O que se mede é o que se obtém.

A metodologia do Balance Scorecard (BSC) assenta no princípio que as organizações actuais terão tanto mais sucesso quanto melhor conseguirem investir e gerir os seus bens intelectuais e os conhecimentos adquiridos ao longo do tempo.

Assente no pressuposto que a produção em massa de produtos e serviços estandardizados deve ser substituída por produtos e serviços diferenciados, que respondem ás necessidades dos consumidores com elevados níveis de qualidade (Kaplan, Norton, 1996). Este objectivo será atingido com a inovação e melhoria dos produtos e serviços, com a requalificação dos trabalhadores, com o apoio das tecnologias de informação e comunicação e com o essencial alinhamento organizacional.

O Balanced Scorecard (BSC) surgiu originalmente em 1990 como resultado de um estudo de um ano realizado em diversas empresas por Robert Kaplan e David Norton.

Neste estudo, os gestores de topo das organizações reconheceram que os sistemas de medição que utilizam influenciam decisivamente o comportamento de gestores seus colaboradores (Kaplan, Norton, 1996).Estes mesmos gestores reconheceram também que a tradicional análise financeira baseada em indicadores como o ROI, *earnings per share,* podem traduzir sinais que não serão os mais correctos perante as necessidades de inovação contínua que o mundo dos negócios exige nos nossos dias.

Á medida que as organizações procuram obter as necessárias competências para chegar a este novo estágio de evolução, verificam que o sucesso ou insucesso obtido dificilmente pode ser impulsionado ou medido no curto prazo pelos métodos tradicionais de análise financeira baseados nos tradicionais métodos contabilísticos. (Kaplan, Norton, 1996)

Estes métodos de análise, desenvolvidos para as grandes empresas da era industrial, estão baseados nos eventos passados e não nos resultados futuros dos investimentos em bens intangíveis como a inovação e a formação dos colaboradores (Kaplan, Norton, 1996). Assentar exclusivamente nos tradicionais indicadores para definição das

estratégias organizacionais mostrava-se desadequado especialmente em organizações em que o capital intelectual e o conhecimento são críticos para o sucesso da organização (Kaplan, Norton, 1996)

A gestão de organizações num mundo empresarial, cada vez mais complexo e menos estável, necessita de ferramentas que valorizem não só os aspectos financeiros mas também um conjunto de bens, alguns deles intangíveis, que são factores críticos de sucesso para a organização e para o seu posicionamento nos diversos mercados em que actuam.

Alguns gestores e académicos procuraram remediar a inadequação dos sistemas baseados exclusivamente em indicadores financeiros procurando torná-los mais relevantes enquanto outros afirmavam que estas medidas deveriam ser abandonadas. As organizações deveriam centrar-se em medidas como por exemplo o ciclo de vida e taxas de defeituosos.

Independentemente dos estudos e das opiniões recolhidas, os gestores não deveriam ser obrigados a escolher entre as medidas financeiras e outras. O trabalho de Kaplan e Norton que conduziu ao BSC demonstrou também que muitos gestores não confiavam num único conjunto de indicadores. Os gestores procuram ter um sistema de medida que faça o balanço entre indicadores financeiros e indicadores operacionais.

No estudo de desenvolvimento do Balanced Scorecard procurou-se oferecer aos gestores de topo das organizações uma fotografia da sua empresa e do seu negócio utilizando um novo sistema de medição.

O BSC surge como um sistema de medição mais complexo que incorpora mecanismos para a medição dos aspectos financeiros e não financeiros e fazendo a sua ligação com a missão e visão da organização.

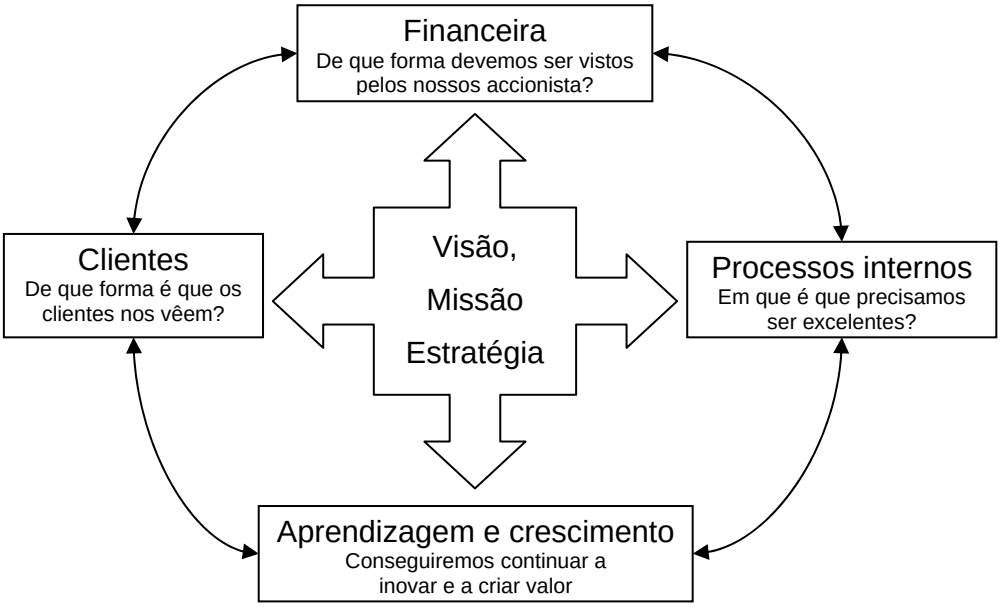
Assim, o BSC inclui medidas financeiras que transmitem os resultados das acções já tomadas, sendo complementado por medidas operacionais relativas a clientes, processos internos e aprendizagem e crescimento que são os motores da performance futura.

A missão, visão e políticas de gestão são utilizadas para alinhar as estratégias organizacionais em 4 perspectivas fundamentais e para responder a 4 questões também fundamentais (Kaplan, Norton, 1996)

- Financeira – De que forma devemos ser vistos pelos nossos accionistas?
- Clientes – De que forma é que os clientes nos vêem?

- Processos internos – Em que é que precisamos de ser excelentes?
- Aprendizagem e crescimento – Conseguiremos continuar a inovar e a criar valor?

Ilustração 1 – Esquema teórico do BSC (Kaplan, Norton, 1996)



Ao fornecer aos gestores informação sobre 4 perspectivas diferentes, mas bem objectivas e quantificáveis, o BSC minimiza a quantidade de informação necessária e impede o excesso de informação.

1.1.1 O excesso de Informação e o processo de tomada de decisão

Abrimos aqui um parêntesis para abordar um ponto que não estando directamente relacionado com o BSC, pensamos que deverá ser abordado – o excesso de informação e o processo de tomada de decisão.

A facilidade de processamento e de acesso à informação, e a grande variedade de fontes de informação que as organizações têm hoje ao seu dispor, facilmente conduzem a um volume tal de informação que a sua análise e interpretação tornará impossível a sua utilização para a tomada de decisão em tempo útil.

Podemos afirmar que dificilmente encontraremos nas organizações áreas em que as tecnologias de informação e comunicação (TIC) não estejam presentes.

A disseminação destas TIC, associadas à facilidade de utilização, ao custo decrescente e à convicção, muitas vezes infundada que as tecnologias tudo resolvem levou à expansão destas nas organizações.

Desde aplicações para processamento de salários e encomendas, pacotes de software de contabilidade mais ou menos complexos, packages mais abrangentes a que se convencionou chamar ERP, de tudo podemos encontrar nas organizações. Palavras como "*CRM*", "*data mining"*, "*data warehouse*" entraram no vocabulário empresarial e foram muitas vezes apontadas como soluções para os problemas das organizações. Nesta altura centramo-nos apenas num dos problemas que toda esta panóplia de aplicações veio trazer a muitas organizações. O excesso de informação.

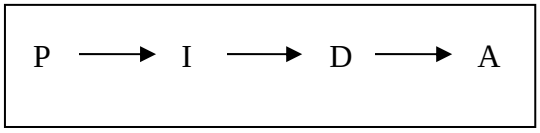
Rapidamente passamos de uma situação em que a informação era pouca ou rudimentar, para termos informação sobre tudo, em qualquer altura e em grandes quantidades.

Focalizando na gestão de topo, cuja principal tarefa é a tomada de decisão, facilmente concluímos que a matéria-prima para a tomada de decisão é informação. No entanto, a informação necessita de ser interpretada e amadurecida para dar lugar a conhecimento. Com base na informação actual e conhecimento passado dá-se a tomada de decisão.

Isto é tanto mais importante quanto, perante a mesma informação, diferentes decisores tomam decisões diferentes, uma vez que a sua interpretação e conhecimento anterior são diferentes.

Recorremos a uma formulação apresentada por Almiro de Oliveira (1999) em que o processo de decisão seria traduzido da seguinte forma:

Ilustração 2 – Processo de tomada de decisão



P – Problema
I – Informação disponível
D – Decisão
A – Acção resultante da decisão

No processo de tomada de decisão (D), encontramos entre outras variáveis a cultura e idiossincrasia do decisor e o tempo. De acordo com o que nos apresenta Almiro de Oliveira, associado a um problema e à sua boa resolução está associado um tempo. Da mesma forma, perante um problema e perante a informação disponível sobre esse

problema, há um tempo de reacção global (tomada de decisão e acção consequente) que assume uma relevância primordial neste processo.

Nesta perspectiva, facilmente visualizamos as consequências nefastas que o excesso de informação poderá ter para o processo de tomada de decisão dos gestores. Se por um lado a informação é matéria-prima para a tomada de decisão e condição necessária para este processo, o excesso de informação implica o aumento do tempo necessário para a tomada de decisão.

No contexto empresarial em que nos movimentamos hoje em dia, a capacidade para decidir bem mas também antes dos concorrentes, pode significar alguns milhares de euros.

Atendendo também a esta perspectiva, o BSC é uma ferramenta de grande importância, uma vez que sintetiza em quatro perspectivas devidamente medidas e fundamentadas a estratégia da organização e das suas unidades de negócio, objectivando a informação e contribuindo para a redução do tempo de reacção global do decisor.

O BSC fornece assim um balanço entre:

- Objectivos de curto prazo e longo prazo;
- Objectivos financeiros e não financeiros;
- Performance interna e externa.

O balanço é conseguido também nos resultados que a organização pretende obter. Isto é, os resultados obtidos nas perspectivas financeiras e dos clientes e os impulsionadores desses resultados, os processos internos e a aprendizagem e o crescimento.

A aceitação e utilização desta ferramenta contribuíram para a evolução deste sistema, de um sistema de medição para uma ferramenta de apoio à gestão, e um sistema de gestão em si mesmo.

O reconhecimento que não se trata de um sistema de medição mas sim um sistema de transformação e mudança da organização é essencial para o sucesso do BSC.

Os decisores das organizações utilizam esta ferramenta como sistema estruturante, de princípios básicos e processos que traduzem a missão e estratégia da organização, num conjunto abrangente de medidas de performance da estratégia empresarial e das políticas de gestão.

Torna-se assim necessário que o início da implementação de um BSC se centre na mobilização e criação do momento para o lançamento do projecto.

Algumas das principais vantagens identificados pela utilização deste método são (Kaplan, Norton, 1996):

- Clarificar e obter consenso sobre a estratégia a seguir;
- Facilitar a comunicação interna da estratégia definida para a organização;
- Alinhar toda a organização e suas unidades de negócio com a estratégia empresarial;
- Ligar os objectivos estratégicos com as políticas de gestão e respectivos orçamentos de exploração;
- Identificar e alinhar as iniciativas que conduzem aos objectivos estratégicos:
- Induzir a revisão das estratégias de forma periódica e sistemática;
- Obter informação de retorno que induza a aprendizagem e melhore a formulação estratégica.

Sendo a origem do BSC empresas movidas pela obtenção do lucro e remuneração de sócios e accionistas, esta metodologia também tem sido aplicada a organizações governamentais e públicas que não são movidas pela procura do lucro como fim último. A grande variação na aplicação desta ferramenta a organizações não lucrativas é que em vez de se colocar a ênfase na perspectiva financeira, esta é colocada nos clientes (utentes, cidadãos) procurando maximizar a quantidade e qualidade dos serviços prestados. Algumas organizações não lucrativas utilizam esta ferramenta arquitectando-a e colocando a perspectiva dos clientes como prioritária no BSC (Inamdar, Kaplan, Jones, Menitoff, 2000). São exemplo dessas organizações as que se dedicam à prestação de cuidados de saúde na perspectiva pública dos sistemas de saúde. No caso Português esta perspectiva assume particular importância uma vez que a maioria esmagadora de prestadores de saúde são públicos e financiados directamente pelo orçamento de estado. Assim, uma organização como um hospital em Portugal poderá utilizar esta ferramenta colocando no topo dos objectivos de longo prazo a maximização da qualidade dos serviços aos utentes e fazer com que todas as outras perspectivas do seu BSC estejam alinhadas com este macro objectivo de longo prazo.

1.2 As 4 perspectivas do Balanced Scorecard

Tal como referido no início, o BSC assenta em 4 perspectivas que são consideradas essenciais para o sucesso de uma empresa.

1.2.1 Cliente – Como é que os clientes nos vêem?

Muitas empresas apresentam como missão ser o nº1 no fornecimento de valor aos clientes.

O valor e a importância dos clientes surgem como uma das principais, se não a principal prioridade da gestão das organizações. Quer estejamos no universo das organizações que tem por objectivo o lucro e a maximização do valor dos accionistas, quer estejamos no universo das organizações sem fins lucrativos são os clientes e a sua satisfação o centro das atenções da gestão (Kaplan, Norton, 1996).

A utilização do BSC implica que os gestores consigam traduzir a sua missão e sua visão sobre os clientes em medidas concretas que realcem o valor que as estratégias adoptadas para os clientes significam para a empresa.

Nesta perspectiva, as empresas procuram identificar clientes e segmentos de mercado que representam uma fonte de rendimento e que contribuam positivamente para a performance financeira da empresa. Se no passado as empresas se centravam na produção e os clientes adaptavam-se ao que o mercado tinha para oferecer, hoje em dia, a diversidade de fornecedores e as exigências dos clientes obrigam as empresas a reflectir nas necessidades dos clientes e adaptar os processos produtivos a essas necessidades.

Podemos afirmar que de uma maneira geral, os clientes valorizam o tempo, a qualidade, nível de serviço e o custo dos bens e serviços que a empresa disponibiliza. O tempo refere-se á diferença de tempo entre o pedido ou encomenda e a sua disponibilização. No caso de novos produtos, significará o tempo necessário para disponibilizar ao mercado novos produtos ou serviços. A qualidade procura medir o nível de produtos e serviços que satisfazem as necessidades dos clientes na perspectiva destes. O nível de serviço procura traduzir o acréscimo de valor que o cliente obtém pela aquisição dos produtos e serviços vendidos. O custo é percepcionado pelo cliente não só como o preço final do produto ou serviço, mas também os custos internos e externos inerentes à

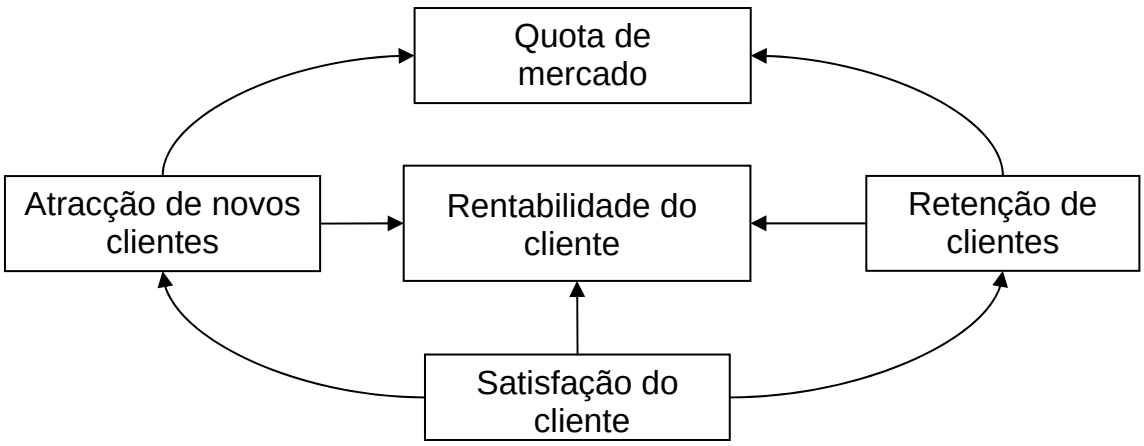
colocação da encomenda, ao transporte da mercadoria, custo de acesso à informação sobre os bens disponibilizados, etc.

Nesta perspectiva, de forma a tirar partido de um BSC, a organização deve procurar desenvolver medidas para estes 4 itens.

O trabalho final de desenvolvimento desta perspectiva deve permitir aos gestores obter uma ideia clara dos segmentos e nichos de mercado que procuram atingir e quais os valores principais que os clientes procuram satisfazer. São estes valores que representam os objectivos que o marketing, as operações e logística e a investigação e desenvolvimento devem atingir de forma a contribuir para o sucesso da organização.

De uma maneira geral, independentemente do sector de actividade e do cariz lucrativo ou não da empresa, as medidas mais importantes para avaliação desta perspectiva são: a quota de mercado, a retenção de clientes, a atracção de novos clientes, a satisfação dos clientes e a rentabilidade dos clientes. Estas medidas podem ser visualizadas numa cadeia relacional conforme a figura seguinte.

Ilustração 3 – Perspectiva clientes esquema relacional (Kaplan, Norton, 1996)



A quota de mercado e a rentabilidade do cliente serão então função das outras três medidas. Para cada estratégia delineada, devem os gestores de topo definir os objectivos que pretendem atingir para cada uma destas medidas e qual o caminho que a empresa deve seguir para atingir esses objectivos.

1.2.2 Processos internos – Em que é que precisamos de ser excelentes?

Uma vez definidos os objectivos em termos de clientes, deve a organização identificar quais os processos internos essenciais para preencher as expectativas destes.

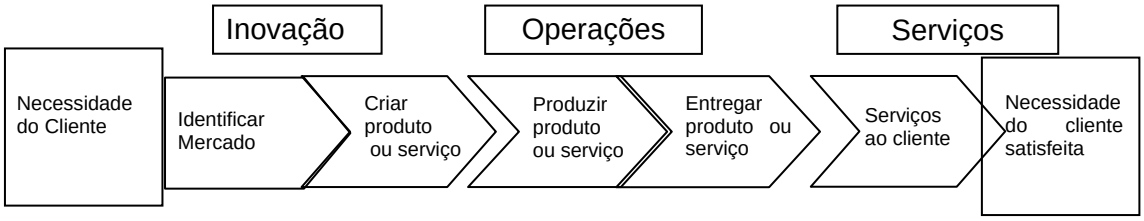
Os processos internos mais relevantes serão aqueles que terão um maior impacto no nível de satisfação dos clientes e assim contribuírem decisivamente para a obtenção de vantagens competitivas. Esses factores poderão ser a qualidade, o tempo de resposta, a produtividade e a eficiência.

É sobre os processos e competências essenciais que devem ser estabelecidas as medidas e os objectivos que serão aplicados no BSC. A natural tendência para procurar estabelecer medidas sobre todos os processos organizacionais deve ser combatida sob pena de se tornarem incontroláveis e não contribuírem para a criação de valor para a organização. As medidas e os objectivos definidos devem reflectir a importância que a gestão de topo atribui a cada um deles para que os níveis intermédios e operacionais da organização os aceitem e neles se focalizem.

Cada negócio tem um conjunto distinto de processos para atingir a missão da organização. Apesar disso é possível identificar uma cadeia de valor genérica que poderá servir de base na definição desta perspectiva na formulação do BSC (Kaplan, Norton , 1996).

Esta matriz inclui três processos principais – Inovação, operações e serviços de apoio.

Ilustração 4 – Cadeia de valor na formulação do BSC



Adaptado: The Balanced Scorecard – translating strategy into action – Robert S. Kaplan, David P. Norton – Harvard business school press - 1996

A inovação será então responsabilidade de uma unidade ou departamento da organização que se dedica à procura de novas oportunidades de negócio e à criação e desenvolvimento de novos produtos e serviços que satisfaçam os novos mercados ou as novas necessidades identificadas. Constata-se porém que estas unidades são muitas

vezes ignoradas ou inexistentes em muitas organizações. Por um lado, é sabido que a maior percentagem do custo de produção de um bem ou serviço ocorre na altura do seu desenvolvimento, e enquanto não são atingidas economias de escala. Acresce ainda que não há garantias de sucesso para esses novos produtos ou serviços pelo que haverá investimentos que não terão o retorno esperado ou, na pior das hipóteses, um retorno que não equilibra o balanço entre custos e proveitos.

Por outro lado, muitas organizações optam por se manter com os bens e serviços que já são fontes de proveitos, adormecendo à sombra de retornos passados, não procurando novos produtos, mercados ou clientes. Estes erros normalmente pagam-se muito caro.

Na definição de medidas e objectivos para o BSC nesta perspectiva poderão ser usados medidas como a percentagem de proveitos de novos produtos relativamente aos produtos antigos e o tempo necessário para atingir o "*break-even*", o ponto em que os proveitos gerados pela venda igualam os custos de produção do novo produto.

As operações serão provavelmente o elo menos relevante no processo de criação de valor (Kaplan, Norton, 1996). Normalmente iniciam-se com a encomenda do cliente e terminam com a entrega dos bens ou serviços. Durante muitos anos, foram as operações o foco de atenção da gestão. De uma forma ou de outra, grande parte das organizações já atingiu o seu nível de satisfação nesta área pelo que a criação de valor para o cliente baseada somente nas operações já é reduzida. Como medidas e objectivos para as operações, sugere-se a título de exemplo o tempo entre a recepção da encomenda e a entrega ao cliente.

O último elo desta cadeia de valor é representado pelos serviços prestados após a venda e consubstancia-se nas garantias, tratamento de defeituosos, etc.

Num tempo em que cada cliente é tratado como único e diferente de todos os outros, o tipo de apoio que é prestado após a concretização do negócio poderá ser uma fonte de vantagens competitivas, mais a mais em mercados em que os produtos e bens à disposição do mercado são percepcionados como idênticos pelos clientes.

1.2.3 Aprendizagem e crescimento – Conseguiremos inovar e criar valor?

Os objectivos e as medidas definidas para os clientes e os processos internos deverão consubstanciar os parâmetros que a organização considera essenciais para o seu sucesso. (Kaplan, Norton, 1992). No entanto, as constantes alterações das condições concorrenciais dos mercados, obrigam as organizações a estar preparadas para constantemente responder sempre que os concorrentes oferecem novos e melhores produtos e sempre que se alteram as necessidades dos clientes. Neste sentido, a inovação assume um papel relevante. Tal como falamos na perspectiva anterior, a inovação é, dentro da cadeia de valor, aquilo que deve concentrar as atenções da gestão de topo, na perspectiva dos processos internos. Atrevemo-nos a denominar esta perspectiva do BSC como a perspectiva do futuro. Isto é, uma atenção nas competências dos colaboradores, procurando promover, incentivar e motivar. O objectivo é que cada colaborador aprenda mais, esteja melhor preparado para o desempenho das suas funções. Provavelmente, estes processo de aprendizagem e crescimento são o garante dos processo de inovação cuja importância já foi referida anteriormente.

Por outro lado, e numa altura em que a produtividade individual está no centro do discurso dos gestores, oferecer aos colaboradores a oportunidade de se desenvolveram profissionalmente contribui para o aumento da motivação e, do mesmo modo, para o aumento da produtividade. Realce ainda para um outro benefício do investimento na aprendizagem dos colaboradores e que está intimamente relacionado com a motivação que é a retenção dos colaboradores. Dificilmente uma organização obterá sucesso com uma constante entrada e saída de colaboradores. A saída de um colaborador implica também a saída de um capital de conhecimento que não é transferível para outros sendo um bem que a organização perde.

Assim, o desenvolvimento da perspectiva da aprendizagem é relevante para a inovação, a produtividade e a motivação dos colaboradores da organização.

A medição desta perspectiva deverá então ser feita usando três grandes grupos de medidas. A satisfação dos colaboradores, que poderá ser medida por inquéritos de satisfação, a produtividade e a retenção de colaboradores.

Os factores que influenciam e medem esta perspectiva do BSC são provavelmente os menos desenvolvidos, o que não será grande surpresa.

O reconhecimento do valor dos colaboradores como um recurso da organização diferente dos outros ainda é recente. Muitos olham este recurso como quem olha para matérias-primas ou os recursos financeiros, assumindo que a constante substituição de colaboradores, ou melhor, empregados, não provoca perturbação e perda de valor para a organização.

A mediação do valor de um colaborador para a organização tendo em conta a sua experiência, os seus conhecimentos, a capacidade para desenvolver novas competências ao serviço da organização não será tarefa fácil, mas será com certeza um desafio para os académicos e gestores no futuro.

1.2.4 Financeira – De que forma deve ser vistos pelos nossos accionistas?

Os objectivos financeiros de longo prazo representam o objectivo das organizações de uma maneira geral – Rentabilizar os capitais investidos pelos accionistas.

Os resultados financeiros eram no passado considerados a única forma de medir a performance de uma organização. O que o BSC procura fazer é enquadrar os objectivos financeiros de uma forma mais ampla, através da interacção com as outras perspectivas, no sentido de ser mais fácil para os gestores identificar sobre quais as perspectivas em que devem actuar num dado momento de forma a atingir os objectivos financeiros (Kaplan, Norton, 1996)

As medidas e objectivos que serão definidos para as outras 3 perspectivas do BSC deverão ter ligação com uma ou mais medidas da perspectiva financeira. Esta ligação torna explícito que no longo prazo são os objectivos financeiros que condicionam o comportamento da organização.

Na perspectiva dos clientes referimos que estes são em muitos casos o centro das atenções da gestão e como tal a perspectiva mais relevante do BSC. Reafirmando-o, é claro para qualquer pessoa, que para que o cliente possa ser o centro das atenções é necessário que exista uma organização assente em sólidos alicerces financeiros, sob pena de não ser capaz de satisfazer os clientes. Mesmo no caso que pretendemos tratar neste trabalho – hospitais públicos – em que o retorno dos accionistas não é visto como o mais importante nos objectivos da gestão, é claro que para se prestar os serviços a que

a organização se propõe necessita de ter recursos financeiros, saber rentabilizá-los e transformá-los em benefícios para os seus clientes/utentes.

O surgimento do BSC motivou algumas discussões, conduzindo à perspectiva que a análise financeira e as medidas tradicionais deixavam de fazer sentido. Nesta perspectiva, os resultados financeiros são o resultado natural das operações e acções da organização, pelo que a análise financeira deixaria de fazer sentido.

Esta perspectiva afigura-se errada por duas razões (Kaplan, Norton, 1992):

- Um sistema de controlo financeiro pode motivar mais que inibir a procura pela excelência da organização;
- A ligação directa entre operações e resultados financeiros é muito ténue. De que vale vender muito se os prazos de recebimento são de tal forma elevados que colocam em risco a tesouraria da empresa e com ela o pagamento de salários e fornecedores?

As medidas e objectivos a definir para esta perspectiva do BSC são variados e dependentes do tipo de negócio que a organização prossegue. O desenvolvimento da gestão financeira colocou à disposição dos gestores um vasto leque de medidas a utilizar. O papel da gestão será identificar quais as medidas que melhor caracterizam o seu negócio e permitem medir o resultado das políticas de gestão implementadas.

1.3 Ligar o BSC com a Política de Gestão da organização

As estratégias estão tipicamente ligadas a unidades de negócio que no seu todo constituem organização. Comummente encontramos nas organizações estratégias por exemplo para a produção, para a área financeira, para a gestão das pessoas entre outras.

Para que a organização tenha sucesso em toda a sua plenitude é necessário que esteja definida uma estratégia global para o negócio. Essa estratégia deve definir as prioridades e os macro-objectivos e através destes definir as relações de poder e influenciar o comportamento dos colaboradores. O poder de definir as relações entre as pessoas, o poder de tomar decisões que promovem o aumento da motivação, o poder de definir as regras que regem a organização, que promove alterações nos processos de trabalho é da responsabilidade da Gestão de topo. Ao exercício desse poder chamamos Política[1].

Procuramos assim, destrinçar a formulação estratégica para as diversas unidades de negócio e a Política de Gestão, à qual todas as estratégias devem estar ligadas de forma a garantir a unidade da missão e a partilha da visão da organização.

A utilização do BSC tem sido maior ao nível das unidades de negócio. O desenvolvimento de BSC aplicado às organizações de forma global e ao seu nível político encontra-se ainda numa fase embrionária de desenvolvimento (Kaplan, Norton, 1996).

A ligação entre o BSC e as políticas e estratégias da organização deverá obedecer a 3 princípios básicos: o princípio causa e efeito, indicadores de desempenho e a interligação com resultados financeiros (Kaplan, Norton, 1996).

1.3.1 Processo Causa e Efeito

O desenvolvimento do BSC inicia-se com a definição dos objectivos financeiros, ou no caso de organizações não lucrativas com a definição da missão da organização.

[1] O tema das Políticas na Organização e especialmente da Política para os Sistemas de Informação, foi apresentado no MBI pelo Prof. Almiro de Oliveira. É uma área emergente do conhecimento e que merece a atenção de todos os que se interessam pela Gestão dos Sistemas de Informação.

O processo causa e efeito consiste na elaboração de perguntas simples que conduzirão á formulação dos objectivos e estratégias.

Por exemplo, na perspectiva dos clientes, quem é que a organização deverá servir de forma a cumprir a sua missão e quais são os valores que movem os clientes?

Na perspectiva dos processos internos, que processos, tarefas, serviços, terá a organização que fazer bem de forma a satisfazer os clientes e oferecer os serviços que estes mais valorizam?

O processo de causa e efeito contribuirá ainda para identificar quais as infra-estruturas e competências a organização necessita de desenvolver de forma a suportar os processos internos e assim satisfazer os clientes.

Um Balanced Scorecard bem construído torna explícito a missão e conta a história da formulação estratégica da organização através das relações de causa e efeito entre objectivos estratégicos e as medidas das diversas perspectivas.

1.3.2 Indicadores de desempenho

O BSC, nas suas 4 perspectivas, utiliza medidas de carácter genérico que são consubstanciadas em objectivos. Essas medidas são naturalmente as medidas consideradas essenciais para que a empresa seja competitiva no seu mercado. No entanto, estas medidas serão provavelmente as mesmas que os outros concorrentes terão definido e procurarão atingir também. Serão exemplos destas medidas, a quota de mercado, satisfação e retenção de clientes, etc.

Considerando este ponto, cada organização deverá definir para cada unidade de negócio indicadores de desempenho que tornem a organização única, que medem factores críticos de sucesso e garantam a obtenção de vantagens competitivas. Esses indicadores de desempenho deverão ser focalizados por exemplo, nos processos internos que garantem maior satisfação dos clientes que aquela proporcionada pelos concorrentes, para um determinado segmento de mercado.

Assim, o BSC deverá ser constituído por um conjunto de medidas e por indicadores de desempenho. A definição de medidas sem os respectivos indicadores de desempenho não indicam os meios através dos quais a organização deverá atingir as medidas. Por outro lado, indicadores de desempenho sem ligação com as respectivas medidas, levará

a organização a ter algum sucesso no curto prazo, aumentar a sua eficiência, mas a não ser eficaz no sentido em que poderá não estar a desenvolver os produtos e serviços que o mercado necessita.

Citando Kaplan e Norton “Um bom BSC dever ter o número apropriado e balanceado de medias e indicadores de desempenho que foram moldados á estratégia da unidade de negócio.” (Kaplan, Norton, 1996).

1.3.3 Interligação com resultados financeiros

A proliferação de projectos de mudança organizacional baseados em objectivos de qualidade, inovação, valorização dos colaboradores é comum em muitas organizações. Estes projectos, muitos deles de grande valor, têm tornado muitas organizações egocêntricas, levando a que sejam os objectivos enunciados um fim em si mesmo.

O sector da saúde Português tem sido invadido por iniciativas relacionadas com a qualidade, que pouco mais fazem que aumentar a satisfação dos profissionais que neles trabalham e os resultados financeiros de consultoras contratadas para o efeito, não reflectindo os resultados desses programas maior produtividade, eficiência e eficácia na nobre missão de fornecer melhores cuidados de saúde e prevenção da doença das populações utentes. Basta consultar indicadores como as contas dos hospitais publicadas pelo Instituto de Gestão Informática e Financeira do Ministério da Saúde, cruzá-los com os hospitais que hoje estão acreditados e/ou certificados e verificamos que não há relação alguma entre melhores resultados e implementação de programas de qualidade.

O BSC a desenvolver deverá manter uma ligação muito forte com os resultados nomeadamente os resultados financeiros, ou no caso de organizações não lucrativas na satisfação dos utentes. Todos os projectos de mudança baseados nos objectivos enunciados têm que ter um objectivo financeiro claramente definido. Caso contrário, a organização que aposta em projectos de qualidade, inovação ou outros, assim que verificar que estes nada contribuíram para a criação de valor da organização, dificilmente manterá esses projectos ou voltará a acreditar nas suas potencialidades.

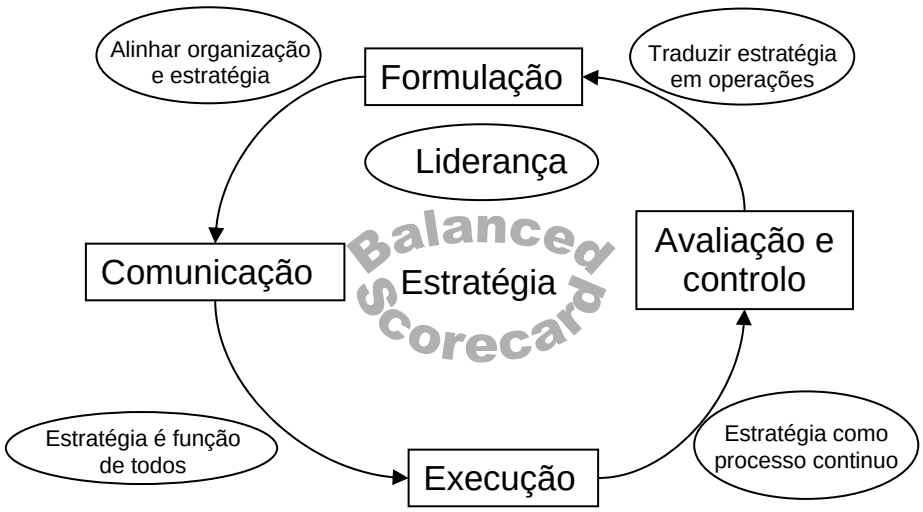
Para que as diversas iniciativas estratégicas tenham sucesso, é essencial que no BSC todas as medidas estejam directa ou indirectamente relacionadas com os resultados financeiros e a criação de valor.

1.4 Arquitectura e desenvolvimento do BSC

A arquitectura do processo, que conduz à formulação de um BSC e o seu desenvolvimento serão sempre o início de um percurso. As empresas que utilizam com sucesso esta ferramenta seguem de perto 5 princípios de forma a tornarem-se organizações focalizadas na estratégia.

1. Traduzir a estratégia em operações;
2. Alinhar a organização com a estratégia;
3. Fazer da estratégia a principal tarefa de cada colaborador;
4. Fazer da formulação da estratégia um processo contínuo;
5. Mobilizar a mudança através da liderança.

Ilustração 5 – Arquitectura de formulação do BSC



Adaptado de: *The Balanced Scorecard: A strategic management System for multi-sector collaboration and strategy implementation*

Traduzir a estratégia em operações

A transformação da **estratégia em operações** é levada a cabo pela formulação de relações causa e efeito entre as 4 perspectivas do BSC. O resultado deste processo é "o mapa estratégico" que resumidamente descreve os objectivos e os recursos necessários que vão permitir atingir os objectivos.

Alinhar a organização com a estratégia

O segundo princípio consiste no alinhamento da organização com a estratégia. Geralmente este princípio é atingido induzindo cada unidade da organização a desenvolver o seu próprio BSC que reflecte a perspectiva da gestão de topo da organização identificando também as incitativas particulares de cada unidade que contribuem para os macro-objectivos da organização.

Fazer da estratégia a principal tarefa de cada colaborador

Uma vez desenvolvidos tantos BSC quantos os necessários, garantido que todos têm por base os objectivos definidos pela gestão de topo da organização, é necessário identificar quem é que em cada unidade da organização fica responsável pela utilização e controlo de cada BSC. Esta delegação procura garantir o empenhamento de todos os colaboradores e responsabiliza quem, estando mais próximo das diversas unidades, fica responsável por cada BSC.

Fazer da formulação da estratégia um processo contínuo

O quarto princípio estabelece os orçamentos, a comunicação e os processos de aprendizagem que garantem a prossecução dos objectivos. Este princípio enfatiza a aprendizagem induzida pelos processos de causa e efeito estabelecidos no “mapa estratégico”.

Mobilizar a mudança através da liderança

O quinto princípio enfatiza o papel crítico da liderança que a gestão de topo e das diferentes unidades da organização desempenham no desenvolvimento e implementação do BSC. A experiência demonstra que uma boa liderança é condição necessária para o sucesso deste processo. Outro factor de sucesso é também o envolvimento activo dos dirigentes da organização.

1.5 O Balanced Scorecard no Sector Público

A introdução deste capítulo justifica-se pelo facto de neste trabalho se analisar de que forma a utilização do BSC poderia contribuir para monitorar o desempenho de um hospital, nomeadamente um hospital Público.

O desenvolvimento e aplicação do BSC focalizaram-se em empresas do sector privado. Todavia a oportunidade de utilização de uma ferramenta como esta, para melhorar e alavancar a qualidade da gestão em organizações governamentais e não lucrativas é não só desejável como indispensável, nomeadamente num País em que o sector público consome mais de metade da riqueza nacional produzida.

As organizações que constituem o sector público olham a área financeira não como objectivos mas como restrições. A actividade destas organizações deve (deveria) ser limitada a um determinado orçamento. Como organizações públicas que são, a sua missão deve ser a satisfação das necessidades dos cidadãos contribuintes, pelo que o seu sucesso deve ser medido pela eficiência e eficácia[2] na prestação de serviços aos utentes.

O sector da saúde é, em qualquer país, um dos maiores consumidores de recursos públicos e ao mesmo tempo é olhado pelos cidadãos com grande atenção, uma vez que lhe compete prevenir e tratar um dos bens de maior valor percepcionado.

Em 1993, os E.U.A. levaram a cabo uma iniciativa, sob a liderança do vice-presidente Albert Gore que teve como resultado, entre outros a publicação do "*National Performance Review"*. Esta iniciativa conduziu á utilização do BSC em muitas organizações governamentais, quer a nível nacional quer a nível local.

No *National Performance Review* escrevia-se a dada altura. "Nem todos irão dar as boas vindas a estas medidas. Surgirão problemas no desenvolvimento das medidas e dos objectivos. Os funcionários públicos não se focalizam nos resultados do seu trabalho. Por um lado, têm sido levados a pensar apenas nos processos, por outro lado, nem sempre são fáceis de definir medidas e objectivos. Como consequência, tendem a medir

[2] Entende-se por eficácia na prestação de cuidados de saúde, atingir do resultado esperado com a prestação de cuidados a um doente. Normalmente estará associado à melhoria do estado de saúde do doente. A eficiência na prestação de cuidados, relaciona-se com, perante uma determinado patologia, utilizar os processos terapêuticos mais adequados com vista á obtenção de ganhos no estado de saúde, atendendo também à perspectiva dos custos dos meios utilizados.

o seu volume de trabalho não por resultados. Se estão a trabalhar muito, acreditam que estão a fazer tudo o que devem. As organizações do sector público necessitarão de muitos anos para ter sucesso no desenvolvimento de medidas e objectivos e no seu reporte."[3] (Kaplan e Norton, 1996)

Este parágrafo do *National Performance Review* poderia (deveria) ser lido num qualquer relatório que procurasse abordar este tema reflectindo a realidade Portuguesa.

A rede de hospitais Portugueses encontra-se hoje em dia dividida em dois grandes grupos: os Hospitais EPE (Entidades Públicas Empresariais) e os Hospitais S.P.A. (sector público administrativo).

O presente trabalho desenvolveu-se principalmente durante o ano de 2005. No final de 2005 (31 de Dezembro), os Hospitais S.A. foram transformados em Hospitais EPE bem como alguns Hospitais SPA. Apesar desta transformação jurídica, os desenvolvimentos e as conclusões deste trabalho não são afectadas pela alteração do estatuto jurídico das instituições hospitalares.

Os Hospitais S.P.A. são unidades que se regem pelas regras de Gestão da Administração pública, no que diz respeito à gestão das pessoas, ás aquisições de bens e serviços, contabilidade e gestão financeira. Na rede de hospitais empresariais procurou-se introduzir outro tipo de regras de gestão a que se convencionou chamar processo de empresarialização. Convém aqui referir que o processo de empresarialização não é novo nem inédito. Existiam já três modelos de hospitais com regras de gestão mais próximas das regras da gestão privada, a saber, o Hospital da Feira, o Hospital do Barlavento Algarvio e a Unidade Local de Saúde de Matosinhos, constituída pelo Hospital Pedro Hispano e os 4 centros de saúde do concelho de Matosinhos.

Independentemente do regime jurídico de cada um dos hospitais e independentemente da avaliação sobre os Hospitais S.A. agora EPE, o que se verifica é que o parágrafo transcrito do *National Performance Review* poderia ser aplicado na íntegra e com total propriedade a todos os hospitais públicos Portugueses.

[3] A tradução da citação é adaptada do texto original

Continuam os hospitais muito agarrados a processos de trabalho que poucos saberão justificar porque são realizados. A expressão “faz-se porque sempre assim se fez” é típica.

Por outro lado, as restrições orçamentais não são vistas como um incentivo à melhoria de processos e aumento da eficiência gestiva e organizacional, mas como um constrangimento que nem é para ser respeitado.

Tal como no exemplo americano, mas que poderia ser retirado de outros países desenvolvidos, os Hospitais portugueses necessitam de uma ferramenta que obrigue à existência de políticas de Gestão, estratégia sectoriais e meios para definir medidas e objectivos que claramente traduzam a missão e visão destas organizações.

2 A Organização Hospitalar

2.1 Uma organização complexa

Se perguntarmos a um indivíduo o que é um hospital, provavelmente iremos obter uma resposta do tipo:

- Local onde se tratam os doentes;
- Local onde os doentes são internados para fazer operações;
- Sítio a que se recorre quando é preciso ir á urgência;
- Local de trabalho de médicos e enfermeiros;

Todos estes exemplos correspondem a uma ideia de hospital, relacionada essencialmente com o local onde se prestam cuidados de saúde.

A perspectiva subjacente a este trabalho utiliza esta ideia básica – prestação de cuidados de saúde – mas tem em conta a diversidade e complexidade destas grandes organizações prestadoras de serviços.

Complexas desde logo porque tipicamente apresentam 6 linhas de produção – internamento, urgência, consulta externa, meios complementares de diagnóstico e terapêutica, cirurgia de ambulatório e hospital de dia. Em Portugal, não encontramos muitos exemplos de hospitais dedicados apenas a uma destas linhas de produção, que abarcam grande parte, se não mesmo todas, as linhas de produção.

Por outro lado, um hospital é também um hotel, que necessita de disponibilizar alimentação cuidada, com índices de limpeza e controlo de infecção extremos e segurança de pessoas e bens.

Em termos de pessoas, para que toda a máquina funcione, necessita de grupos profissionais diferenciados, altamente especializados, que dependem e interagem uns com os outros, mas cujo relacionamento nem sempre é o melhor.

Citando Robert Wilson, “Os hospitais colocam-se entre as mais complexas organizações da sociedade moderna e caracterizam-se por uma divisão de trabalho extremamente aturada, bem como por uma refinada gama de aptidões técnicas. O grande hospital procura preencher um conjunto de finalidades principalmente o tratamento de doentes, o de hotel, de centro de prestação de cuidados médicos, de laboratório e de universidade.

Em virtude da alta especialização das suas actividades, executadas por um vasto corpo de pessoal profissional e técnico, o grande hospital enfrenta problemas muito sérios de coordenação e autoridade." (Nogueira da Rocha, 1997)

A descrição apresentada apesar de ser de 1997, mantém a sua actualidade. A evolução que tem vindo a ocorrer provoca apenas o acentuar da especialização do trabalho, da maior necessidade de interacção entre os diversos grupos profissionais e conflitua com os modelos estruturais burocráticos que ainda hoje estão presentes nos nossos hospitais.

Tratando-se de uma organização de natureza tipicamente técnico – profissional, em que o peso dos conhecimentos técnicos e científicos dos grupos profissionais mais relevantes são de tal forma importantes, que em situações extremas põe em causa o funcionamento e sobrevivência da organização, o esforço da gestão localiza-se praticamente ao nível de cada prestador. Quem conhece e habita o meio hospitalar já ouviu afirmações do tipo "o hospital funciona sem administração, mas não funciona sem médicos" ou "o poder está nas mãos e canetas dos médicos".

O exercício da gestão torna-se assim um processo ainda mais complexo e de difícil implementação em toda a instituição.

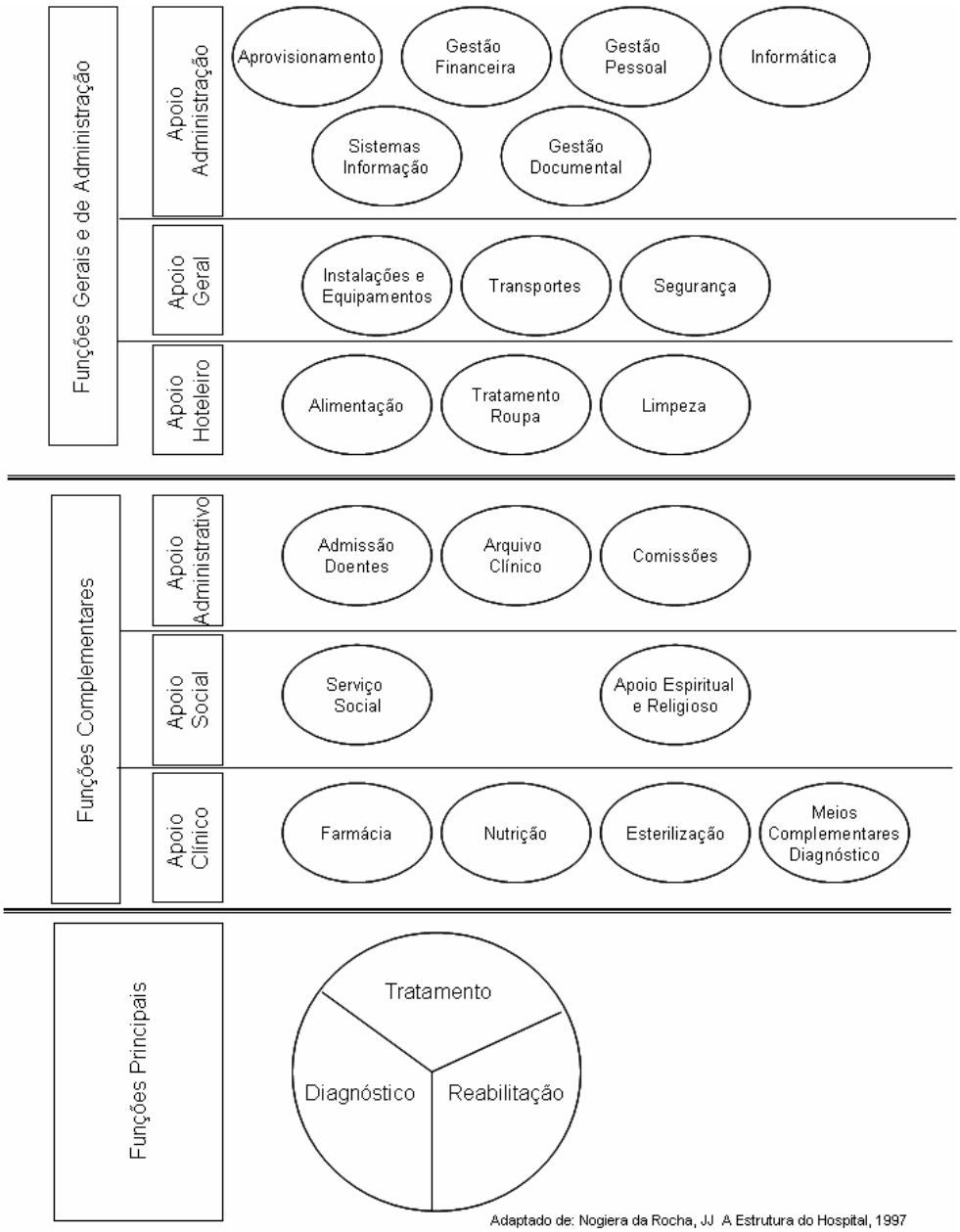
Apesar de todo o folclore político e mediático criado à volta da experiência da empresarialização dos hospitais portugueses nos últimos anos, a grande transformação que esta iniciativa política poderia trazer a estas organizações era a alteração do modelo de gestão. Criando formas de recompensa pelo bom desempenho a todos os níveis, obrigando á existência de mecanismos de controlo da actividade e dos custos e proveitos dessa mesma actividade, esta opção política poderia ter ficado como um marco. Da forma como foi apresentada, e acima de tudo como foi aplicada, esquecendo a importância de factores como o poder técnico e científico das classes profissionais, poderá vir a ficar para a história como mais uma política falhada na administração pública portuguesa.

O que permanece como realidade incontornável é a existência de um conflito (artificial) entre os que gastam (prestadores de cuidados) e os que querem gastar menos (gestores). Esta situação teve como consequências o surgimento de mecanismos defensivos de índole corporativa, empurrando a função da gestão para o nível dos serviços de apoio geral e/ou administrativos e afastando-a das funções principais da organização,

desresponsabilizando os que participam decisivamente na produção dos diversos serviços prestados pelo hospital.

De certa forma, e apesar de algumas evoluções positivas mas pontuais, o hospital Português poderá continuar a ser visto como há 10 anos atrás e que a figura seguinte procura ilustrar.

Ilustração 6 – Principais Funções do Hospital



Adaptado de: Nogiera da Rocha, JJ A Estrutura do Hospital, 1997

Esta estrutura de serviços prestados, bem como todos os serviços que apoiam a prestação de cuidados não sofreu alterações com as diferentes políticas levadas a cabo pelos diversos ministérios da saúde. A única alteração substancial que se encontra está relacionado com a utilização cada vez maior de serviços externos na prestação de alguns serviços internos, nomeadamente os serviços de apoio geral e os da área hoteleira.

Atendendo a tudo o que foi dito, e que não é exclusivo dos hospitais Portugueses, mas é também realidade em Países mais evoluídos e com diferentes sistemas de prestação de cuidados, a possibilidade de utilizar uma ferramenta como o Balanced Scorecard, afigura-se de grande utilidade por duas grandes razões:

- A necessidade de chegar a consensos relativamente á missão e visão da organização;
- A reunião numa única ferramenta dos vectores financeiros e de indicadores clínicos.

Como veremos mais á frente nos casos que apresentamos, as situações em que o BSC teve sucesso, resultou da quebra das barreiras (artificias) entre gestores e prestadores de cuidados e da capacidade adaptativa desta ferramenta, uma vez que tanto se pode aplicar a uma grande empresa industrial como a uma complexa organização prestadora de serviços de saúde.

Para alem disso, outra vantagem da utilização do BSC reside na necessidade de obter apenas a informação que é relevante e não toda a que existe.

Um hospital possui um manancial de dados dificilmente imaginável por quem não conhece profundamente a realidade. A título de exemplo olhemos o caso do boletim estatístico de um grande hospital Português que tinha cerca de 150 páginas. Nele havia números sobre tudo o que era produzido mensalmente na instituição. Paralelamente eram elaborados mapas com informação dos custos com produtos de consumo corrente e que também eram enviados a todas as direcções de serviço.

Como não é difícil de imaginar, estes boletins estatísticos eram utilizados normalmente para contestar alguns dos números e para folhas de rascunho. Ninguém tomava decisões com base nesses dados.

A utilização de uma ferramenta como um BSC, que obriga á escolha de um número reduzido de indicadores mas com grande relevância para o conhecimento da

organização ou do serviço a que se aplica, favorece a focalização no que é realmente importante para a gestão das diversas unidades que constituem esta complexa organização.

Por último convém alertar para um risco. A utilização do BSC, no caso da preparação para a sua implementação não ser levada com a objectividade que é exigida, poderá tornar esta ferramenta em mais uma ferramenta de diagnóstico de situação. Diagnóstico sobre a situação já os hospitais têm que cheguem.

O capítulo seguinte deste trabalho irá apresentar um conjunto de casos práticos de aplicação do BSC em hospitais. A metodologia de apresentação compreende:

- A apresentação do caso;
- Comentários e a ligação, sempre que possível, com a realidade dos nossos hospitais; e
- A sugestão da possibilidade de replicação destas experiências na nossa realidade.

3 Casos Práticos

3.1.1 Porque utilizamos o BSC em unidades de Saúde? – Caso 1

O caso que é apresentado em primeiro lugar não corresponde à aplicação do BSC numa unidade de saúde. Corresponde a um estudo levado a cabo por Noorein Inamdar e Robert Kaplan da Harvard Business School sobre a implementação do BSC em hospitais.

O estudo levado a cabo por estes dois investigadores, um deles autor do BSC, procura identificar as motivações e os resultados da implementação do BSC.

Durante este estudo foram inquiridos 10 gestores de topo de 9 organizações prestadoras de cuidados de saúde que estavam a implementar o BSC.

Os gestores participantes pertenciam, 7 a sistemas integrados de prestação de cuidados, 1 a um hospital de ensino, 1 a um hospital comunitário e 1 a unidade de prestação de cuidados de enfermagem.

O estudo pretendia obter informação relativamente aos seguintes temas:

1. O papel do BSC na definição da visão, missão e estratégia;
2. As motivações para utilização do BSC;
3. A diferença entre o BSC e outros sistemas de medição da performance;
4. O processo de desenvolvimento e implementação do BSC;
5. Os desafios e as barreiras encontrados ao longo do processo de implementação;
6. Os benefícios para a organização da adopção e utilização do BSC.

O papel do BSC na definição da visão, missão e estratégia;

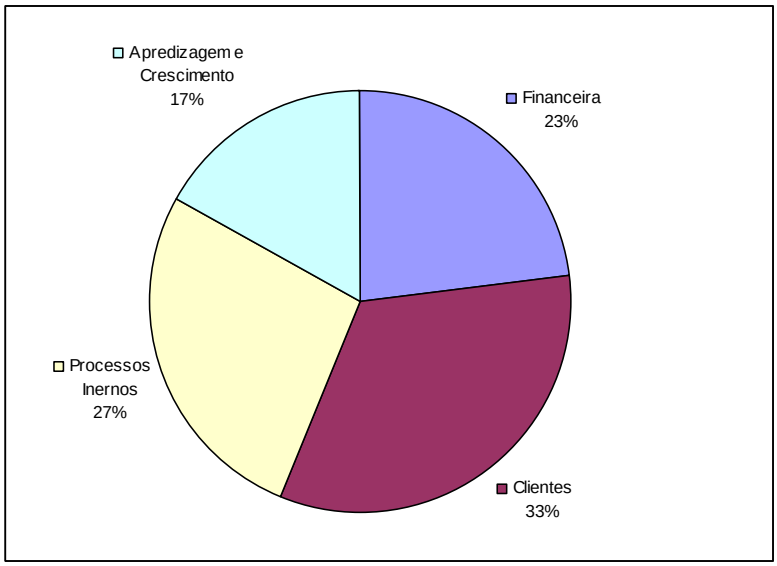
Relativamente ao primeiro ponto do estudo foi possível apurar que todos os inquiridos, com excepção de um deles, tinham uma definição clara de visão e missão da sua organização. Esta conclusão é consistente com a definição que o BSC é uma ferramenta de implementação de estratégia e não de formulação estratégica.

Foi ainda possível verificar que o processo de causa e efeito na construção dos objectivos para as 4 perspectivas do BSC contribuiu para a identificação de falhas nas estratégias em utilização.

Apesar de serem 9 organizações, algumas com objectivos diferentes, foi possível identificar temas comuns nas estratégias em uso.

- Sustentabilidade financeira;
- Desenvolvimento de uma imagem e boa reputação;
- Crescimento em número de doentes atendidos;
- Atingir a excelência de processos, demonstrando-o através de sistema de medição inovadores;
- Formar alianças e parcerias especialmente com médicos;
- Desenvolver estruturas que permitam tirar melhor partido das tecnologias de informação e comunicação.

No desenvolvimento do BSC, as 9 organizações em estudo desenvolveram medidas para as 4 perspectivas de acordo com o gráfico seguinte:



Esta distribuição na definição das medidas é também consistente com organizações do sector privado da economia.

As motivações para utilização do BSC;

Analisadas as motivações que levaram à adopção do BSC por estas organizações, encontramos 7 forças externas que são apresentadas como motivação para a adopção desta ferramenta.

Ilustração 7 - Motivações para adopção do BSC

	Organização nº									
Forças Externas	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Total
Financeiras	X	X		X	X		X		X	6
Aumento da competição	X	X		X	X		X		X	6
Aumento do consumo	X		X	X	X	X				5
Consolidação da Industria			X	X	X			X	X	5
Instrumentos de regulação	X	X		X						3
Informação de gestão				X		X				2
Novas tecnologias	X									1
Total	5	3	2	6	4	2	2	1	3	

Do quadro apresentado ressaltam as seguintes conclusões:

- As pressões financeiras e o aumento da competição nesta indústria são factores determinantes para grande parte destas organizações;
- A utilização de novas tecnologias e a informação de gestão não foram factores relevantes na adopção desta ferramenta.

Estas duas conclusões assumem ainda maior importância se pensarmos nas organizações Portuguesas de prestação de cuidados de saúde. As reflexões contidas nos parágrafos seguintes resultam da minha experiência como, gestor hospitalar e com experiência na elaboração de orçamentos anuais de instituições.

As motivações financeiras raramente estão presentes no desenvolvimento das estratégias dos hospitais públicos Portugueses Os objectivos financeiros, em especial a contenção de custos são vistos como constrangimentos ao desenvolvimento de estratégias e não como objectivos que a organização deve procurar atingir.

Por outro lado a ausência de competição entre hospitais públicos, induz a que não haja preocupação em atrair utentes. Se os utentes se dirigirem ao hospital do lado, tanto melhor. A falta de camas, a pressão sobre a urgência e, acima de tudo, a incapacidade em responder à procura, fruto de ineficiências várias, são condições suficientes para que a competição não seja uma preocupação entre os gestores de topo dos nossos hospitais.

Em sentido inverso, estamos em crer que a possibilidade de introduzir ainda mais tecnologias de informação e comunicação e criar ainda mais informação seriam vistos como motivos potenciadores da introdução do BSC nos nossos hospitais.

Provavelmente seria muito difícil saber o que fazer com mais informação, uma vez que não estavam definidos os objectivos que se pretendia atingir, mas a realidade demonstra que a procura incessante de mais informação seria um factor relevante se fizesse a pergunta nos hospitais públicos Portugueses.

Convém realçar no entanto que este estudo foi levado a cabo em organizações que já tinham implementado o BSC. Estamos em crer que também nos hospitais Portugueses, uma vez entendido que o BSC não se trata de mais uma ferramenta informática, algumas das preocupações encontradas nos hospitais Americanos também seriam encontradas nos hospitais Portugueses.

A diferença entre o BSC e outros sistemas de medição do desempenho;

O terceiro ponto deste estudo dizia respeito a diferença entre o BSC e outros sistemas de medição de performance.

A medição da performance no sector hospitalar tornou-se comum nos anos 90.

Nos E.U.A., a *"Joint Commission on Accreditation of Health Care Organizations (JCAHO)"* utiliza um conjunto de indicadores de performance para a acreditação de mais de 18.000 organizações. O projecto de indicadores de *Maryland* (*International Quality Indicator Project - IQIP*) utiliza cerca de 250 indicadores clínicos para avaliar a performance clínica de uma instituição e com os resultados faz *benchmarking* com outras organizações participantes no projecto. Em Portugal, é também utilizado um leque variado de indicadores. Alguns hospitais Portugueses participam no projecto de indicadores (IQIP) referido anteriormente. É também utilizado um conjunto de indicadores padronizados e que todas as instituições Portuguesas seguem como indicadores de referencia como sejam a demora média, a taxa de ocupação, o rácio de primeiras consultas vs consultas subsequentes, nº de dias de internamento, doentes saídos, doentes operados de acordo com a complexidade da cirurgia, taxas de ocupação do bloco, nº de urgências, etc. Para além destes indicadores de actividade assistencial, da contabilidade das instituições é também possível retirar indicadores financeiros mais comuns, como sejam os fluxos de caixa, rácios de liquidez, solvabilidade e endividamento, prazos médios de pagamento e recebimento, rotação do activo, etc.

Não é por falta de indicadores que a gestão não tem informação para a tomada de decisão. Quando muito, podemos afirmar que há indicadores em excesso, com as consequências apresentadas no capítulo respeitante ao excesso de informação e a tomada de decisão.

No entanto, os gestores das unidades participantes do estudo, que temos vindo a abordar, quando solicitados para comparar o BSC com outros sistemas de medição de performance apresentaram as seguintes conclusões:

- Os sistemas de medição referidos não transmitem a estratégia da organização nem fornecem as pistas para a sua implementação;
- Os indicadores não têm a perspectiva futura que está presente no BSC;
- As relações de causa e efeito do BSC permitem identificar a complexidade e as relações presentes na estratégia definida, facilitando a compreensão e aplicação do *trade-off* entre qualidade, custos e acesso aos cuidados de saúde;
- Muitos dos outros sistemas de medição complementam o BSC servindo de guias operacionais e de processos.

Verificamos então que apesar de existir um conjunto vasto de indicadores aplicáveis a organizações prestadoras de cuidados de saúde, os gestores que utilizam o BSC preferem utilizar um sistema mais focalizado, provavelmente com menos indicadores, mas que demonstre se o caminho definido em termos de estratégia e Política de Gestão está a ser seguido.

O processo de desenvolvimento e implementação do BSC

Relativamente ao processo de desenvolvimento e implementação do BSC, o estudo indica que com excepção de uma das organizações, o projecto foi levado a cabo no nível executivo da organização. Ainda assim, é unânime a opinião que o envolvimento da gestão de topo é essencial sendo condição necessária, mas não suficiente, para o desenvolvimento do projecto. O tempo médio necessário para o desenvolvimento e implementação da metodologia observado foi de 2 anos, envolvendo variados recursos como sejam o tempo dos gestores e chefes de serviços clínicos, informação de gestão e

informação clínica, desenvolvimento e aperfeiçoamento de aplicações informáticas e análises de mercado e da organização.

É referido que não se deve esperar um desenvolvimento rápido da aplicação da metodologia. Esta necessita de reflexão, análise e discussão de vários temas. É necessário ir o mais fundo possível no conhecimento da organização de forma a atingir os objectivos.

Para a implementação do BSC foi encontrado um padrão. O processo envolvia duas fases. A primeiro era o desenvolvimento a um nível mais elevado do BSC, que depois era repercutido em cascata nos BSC sectoriais.

Este factor sugere alguma reflexão. Kaplan e Norton sugerem que o desenvolvimento do BSC no nível mais alto da organização é o mais complicado de atingir e sofrerá sempre algumas limitações.

Nessa perspectiva, e conhecendo a aversão que existe nas unidades hospitalares para implementar as medidas que são emanadas da administração, afigura-se mais viável o desenvolvimento dos BSC sectoriais, procurando que sejam os serviços a servirem de motor para a implementação. Uma perspectiva *top-down* ao nível de implementação muito provavelmente encontrará resistências.

Uma hipótese de método de implementação seria:

1. Contratualização de determinados valores para alguns indicadores chave entre a administração e as diversas unidades da organização.
2. Cada unidade desenvolva o seu BSC, onde incluirá as medidas previamente contratualizadas mas também outras, que entenda relevantes.

Favorece-se assim o poder da gestão intermédia da organização, que atingindo os seus objectivos estará também a atingir os da organização.

Esta é uma ideia inicial, que poderá ou não vir a ser tomada como verdadeira na realidade Portuguesa. No final deste trabalho poderemos tirar as devidas conclusões.

Os desafios e as barreiras encontrados ao longo do processo de implementação;

Os participantes neste estudo identificaram 7 desafios e barreiras na implementação do BSC nas suas organizações.

1. Ganhar aprovação para a implementação – Sendo pioneiros na implementação desta ferramenta, pouco mais que a convicção da excelência desta ferramenta tinham para apresentar. Assim, obter o apoio dos diversos sectores da organização, foi uma tarefa difícil de ultrapassar. O grupo mais resistente era o dos chefes dos serviços clínicos, que entendia que qualquer recurso gasto no desenvolvimento da ferramenta era um desperdício.
2. Garantir o empenho e dedicação da gestão intermédia – O BSC provoca alterações profundas na forma de analisar a estratégia de uma unidade hospitalar. O balanço entre as 4 perspectivas em que nenhuma assume o papel principal e as implicações das relações de causa e efeito obrigaram a gestão intermédia a pensar e dedicar-se efectivamente à estratégia da organização, algo a que não estavam habituados e se mostravam pouco interessados.
3. Valorizar a perspectiva dos clientes – A perspectiva dos clientes no BSC para hospitais, inclui naturalmente os doentes mas também, as entidades pagadoras, as entidades reguladoras e em muitos casos os próprios prestadores de cuidados. Cada um destes grupos tem diferentes expectativas relativamente à performance do hospital. Operacionalizar os *trade-off* entre as necessidades de cada um destes grupos foi uma novidade.
4. Estender o BSC pela organização – Garantir consensos e compromissos entre os diversos níveis da organização relativamente à estratégia a seguir foi também um dos obstáculos encontrados. A maior dificuldade foi garantir o consenso sobre o que era importante para a organização como um todo versus as estratégias seguidas ao nível mais operacional.
5. Garantir empenho na implementação – Algumas das organizações participantes neste estudo já tinham tentado implementar outros sistemas de medição. A apresentação do BSC foi vista por muitos como mais uma moda que acabaria por passar. Paralelamente o BSC implica medir alguns objectivos que nunca tinham sido medidos ou cuja medição e consequente responsabilização por resultados era vista com receio. Gerou-se o sentimento que nem todos os objectivos eram controláveis e estavam dependentes da performance de outras unidades da organização. A partilha de tempo entre as tarefas normais e a colaboração para desenvolvimento do BSC era frequentemente alegada para

justificar menos empenho. Todas as organizações entenderam então dedicar profissionais exclusivamente ao desenvolvimento do BSC e ainda contrataram horas de trabalho a consultores externos.

6. Obter e interpretar informação numa perspectiva custo–eficiência – A dispersão e os diferentes formatos da informação nas organizações dificultava a obtenção da informação necessária à implementação do BSC. A possibilidade de adquirir aplicações informáticas e respectivos equipamentos que de forma automática garantissem o acesso e a forma da informação de acordo com o necessário era caro e algumas organizações não dispunham dos meios para o fazer. Nesta sentido, foi dada especial importância à formação na recolha, tratamento e análise dos dados necessários aos indicadores do BSC.
7. Manter o BSC simples e utilizá-lo para aprender – Uma primeira tarefa na implementação do BSC consistiu em manter um reduzido número de indicadores. A tendência para utilizar muitos indicadores e de diversos tipos é grande. Por outro lado, deve-se procurar que o BSC seja dinâmico e os seus resultados conduzam a mudanças. Algumas das organizações presentes neste estudo criaram equipas multidisciplinares para reapreciar constantemente os resultados obtidos e as consequências desses resultados na gestão das diversas unidades.

Analisadas as barreiras e os obstáculos enfrentados na implementação do BSC, analisemos os benefícios reconhecidos pelos responsáveis dos hospitais envolvidos no estudo. Foram identificados 7 benefícios na implementação e utilização desta ferramenta, que são em tudo idênticos aos benefícios apontados no enquadramento teórico do BSC.

1. A utilização desta ferramenta obrigou à clarificação e consensualização das estratégias organizacionais.
2. O BSC aumentou a credibilidade da gestão intermédia perante a gestão de topo. Todos passaram a ter uma visão clara dos objectivos que responsabilizarão a gestão de topo perante os accionistas ou entidades governamentais.
3. As 4 perspectivas do BSC oferecem aos gestores intermédios uma metodologia para a tomada de decisão.

4. O BSC define prioridades ao identificar, racionalizar e alinhar as diversas iniciativas.
5. O BSC liga a estratégia com a afectação dos recursos disponíveis.
6. A utilização do BSC obriga a uma maior responsabilização da gestão, especialmente quando há ligação entre o cumprimento dos objectivos definidos no BSC e a parte variável da remuneração dos gestores.
7. O BSC induz a aprendizagem e a melhoria continua dos colaboradores e da organização como um todo.

Tendo analisado as motivações que levaram à adopção e implementação do BSC, bem como os obstáculos enfrentados e os benefícios obtidos, apresentamos os resultados de uma classificação dos benefícios obtidos por cada uma das 9 organizações do estudo.
Os valores apresentados correspondem à percentagem de respostas positivas obtidas.
Convém realçar que as respostas foram obtidas por questionário aberto aos gestores de topo destas organizações, pelo que poderá haver algum enviusamento na majoração dos benefícios obtidos

	Organização Nº									Média
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	
A organização										
A estratégia é compreendida por toda a organização	50	40	100	80	75	70	100	100	55	74
Os gestores despendem tempo na discussão da estratégia e incorporam a aprendizagem resultante dessas discussões	70	50	100	80	80	70	80	100	60	77
Estratégia e afectação de recursos estão ligadas	50	30	100	70	40	100	50	100	50	66
Os gestores e outros colaboradores têm incentivos baseados no cumprimento dos objectivos	80	60	90	70	75	50	100	100	60	76
Média	63	45	98	75	68	73	83	100	56	73
A envolvente externa										
A posição competitiva no mercado melhorou	60	20	80	80	80	70	N/A	50	30	52
Os resultados financeiros melhoraram	N/A	80	90	80	90	70	N/A	60	60	76
Os indicadores mais relevantes melhoraram	N/A	85	60	60	90	70	N/A	70	60	64
Média	60	62	77	73	87	70	N/A	60	50	64

Adaptado de: S. Noorein Inamdar, Robert S. Kaplan (2002) "Applying the Balanced Scorecard in Healthcare Provider Organizations"

3.1.2 Porque utilizamos o BSC em unidades de Saúde? - Comentário

Tal como afirmamos no início, a apresentação deste caso poderia surgir no final desta secção. Uma vez que corresponde aos resultados percepcionados pelos gestores de topo de 9 organizações que já utilizam o BSC seria lógico ser utilizado como conclusão dos outros casos que serão apresentados.

No entanto, considerando que ainda nenhum hospital Português utiliza esta ferramenta procura-se com a apresentação deste caso apresentar as motivações e os resultados obtidos, para que sirvam de reflexão, motivação e justificação para a introdução do BSC em hospitais Portugueses.

O caso revela a importância atribuída a uma ferramenta como o BSC.

Identificando as motivações, os obstáculos e os benefícios obtidos, concluímos que o BSC é uma ferramenta essencial para a gestão de um hospital. Desde logo porque aproxima as diferentes classes profissionais, tradicionalmente separadas e muitas vezes de costas voltadas. Por outro lado, permite terminar com o mito que gestão e prestação de cuidados de saúde com qualidade e satisfazendo os pacientes são incompatíveis. Não só o não são, como são as duas faces de uma mesma moeda.

Estamos em crer que nos hospitais portugueses, encontraríamos as mesmas motivações e as mesmas dificuldades na implementação do BSC.

O caso apresentado no capítulo 4.1 poderá servir de guião para antecipar as dificuldades e contribuir para uma mais eficiente implementação do BSC.

3.1.3 O BSC no Sistema Nacional de Saúde Inglês – Caso 2

O segundo caso apresenta, discute e critica uma abordagem levada a cabo pelo governo Inglês, no que diz respeito ao sector da saúde. Esta abordagem consistiu na implementação da filosofia inerente ao BSC na procura de melhorias no sistema nacional de saúde, avaliação dos resultados dos hospitais e grupos de hospitais, com consequências na manutenção ou não das administrações dessas organizações.

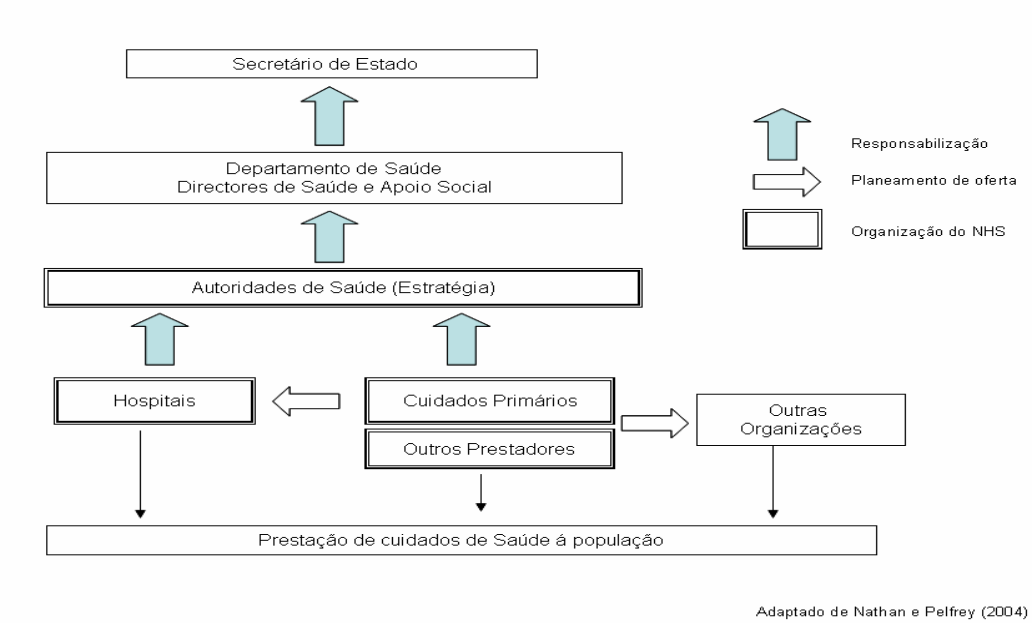
O caso assume maior importância no desenvolvimento deste trabalho na medida em que o sistema de saúde Inglês tem muitas semelhanças com o sistema de saúde Português, sendo o sistema europeu que mais se aproxima do nosso.

O sistema nacional de saúde Inglês (NHS) oferece cuidados de saúde a cerca de 58 milhões de pessoas, sendo financiado exclusivamente pelo orçamento de estado. O orçamento do NHS de 2000 para 2001 era de 47 mil milhões de libras (Nathan e Pelfrey 2004) (cerca de 72 mil milhões de euros).

Os cidadãos residentes no País, apesar de não pagarem directamente os serviços de saúde, são extremamente críticos do seu sistema de saúde, nomeadamente no que diz respeito á demora para aceder aos serviços de saúde e baixa qualidade dos cuidados prestados.

O sistema está organizado da forma que se apresenta de seguida.

Ilustração 8 – Organização da prestação de cuidados do NHS



Para fazer face às críticas entendeu o governo inglês aumentar o orçamento do sistema nacional de saúde em 2004. O valor estimado para 2004 era de 64 mil milhões de libras. No entanto havia a percepção que não era a injecção de mais fundos que iria resolver os problemas. Era necessário outras reformas.

Em Julho de 2002 foi apresentado uma plano para reformar o sistema de saúde. O plano surgiu como consequência de um mega inquérito (12,8 milhões de questionários com 200 960 respostas válidas) realizado em Maio de 2002, em que se identificaram como queixas mais relevantes a falta de recursos (médicos e enfermeiros) e a necessidade de encurtar os tempos de espera para aceder aos cuidados de saúde.

O plano assentava em três vectores fundamentais:

- Diminuir os tempos de acesso aos cuidados de saúde;
- Aumentar a eficiência do sistema;
- Responsabilizar os gestores (administradores) pela implementação das melhorias;

Com estes objectivos definidos, o NHS identificou um conjunto de indicadores e medidas que seriam utilizadas para medir a eficiência e as melhorias do sistema de saúde. Coincidência ou não, os indicadores escolhidos seguem a mesma filosofia do

BSC. Foram, então, escolhidos 9 indicadores que são utilizados por todos os hospitais (à excepção dos especializados)[4] de doentes agudos.

- Perspectiva Financeira
    - Resultados financeiros / cumprimento do orçamento
- Perspectiva de clientes
    - Tempo de espera no acesso aos cuidados de internamento
    - Tempo de espera no acesso a cuidados de ambulatório
    - Demora média de internamento
    - Demora em doentes com cancro da mama
    - 12 horas de espera no serviço de urgência
- Processo Internos
    - Cancelamento de intervenções cirúrgicas no próprio dia pelo hospital
    - Limpeza das instalações
- Crescimento e aprendizagem
    - Melhoria na qualidade de vida dos profissionais.

As medidas implementadas para cada objectivo são as que constam no mapa seguinte:

	Cumprimento do Objectivo?		
Medidas	**Cumprido**	**Não atingido**	**Muito abaixo**
Lista de espera para internamento mais baixa	95%	75-94%	<75%
Redução da lista de espera em ambulatório	95%	75-94%	<75%
Tempo de espera para consulta <18 meses	<2 doentes	< 50 doentes	>50 doentes
Tempo de espera para cancro da mama < 2 semanas	95%	80-95%	<80%
Posição financeira satisfatória	Custos - Proveitos <£2m	N/A	Custos - Proveitos >£2m
espera para tratamento ou internamento inferior a 12 horas	<1 doente	2-50 doentes	>50 doentes
Operações canceladas no dia da cirurgia	<1%	1-5%	>5%
Melhoria da qualidade de vida dos profissionais	Satisfação total	Não satisfeitos	N/A
Limpeza das instalações	>3	<3	N/A

A cada hospital são atribuídas estrelas para cada um dos 9 objectivos, em que três estrelas significa a pontuação máxima e zero estrelas estar muito abaixo dos objectivos

[4] Hospitais Especializados – Unidades de Saúde que se dedicam à oferta exclusiva de determinadas valências. Por exemplo, as maternidades, os hospitais Psiquiátricos.

impostos. Os incentivos e as penalizações de cada hospital são baseados no número de estrelas recebidas por cada um.

Os objectivos financeiros transmitem a preocupação do Governo em garantir que os objectivos não são atingidos à custa de défices excessivos. Os objectivos da perspectiva dos clientes vão ao encontro das preocupações reveladas pelos utentes no grande inquérito realizado. As medidas para os processos internos estão relacionados com a perspectiva dos clientes uma vez que se procura melhorar a eficiência interna para ir de encontro às preocupações dos utentes. Verifica-se o efeito de causa – efeito característico do BSC.

Recompensas e Penalizações

A implementação de uma ferramenta deste tipo necessita de ter associado um esquema de recompensas e penalizações relativamente ao cumprimento dos objectivos. Sendo esta afirmação relevante para uma qualquer organização, mais relevante se torna quando falamos de uma política a nível nacional e ainda por cima num sector económico muito pouco habituado a ser controlado.

Atendendo a estas circunstâncias, o governo Inglês constituiu um fundo para recompensar os acréscimos de qualidade e eficiência.

Os hospitais que atingem 3 estrelas têm direito a utilizar esse fundo sem a prévia aprovação governamental. Para além disso, as recompensas para estas instituições consubstanciam-se em:

- São sujeitas a menor monitorização
- São sujeitas a menos acções de inspecção por parte das autoridades.
- Os responsáveis máximos destas instituições são também chamados a participar em acções governamentais com vista à definição de novas acções e políticas governamentais.

Os hospitais que atingem 2 estrelas, podem aceder ao fundo especial mas necessitam da aprovação das entidades regionais.

Por outro lado, os hospitais que apenas atingem 1 estrela são obrigados a:

- Apresentar um plano em que demonstrem quais as melhorias que pretendem atingir e de que forma serão medidas;
- Definir um prazo para atingir as melhorias.
- Os progressos são avaliados pelas autoridades regionais de saúde, podendo haver intervenção directa destas ou de outras entidades governamentais se os objectivos não estiverem a ser cumpridos ou os prazos previstos forem ultrapassados.

Para os hospitais que não atingem nenhuma estrela, os procedimentos previstos são os seguintes:

- Passam a responder directamente à agência para modernização da saúde (autoridade governamental.)

- Submetem planos de acção para revisão e autorização da agência;
- Se o plano for aceite e o hospital conseguir atingir os objectivos, a monitorização e intervenção mantém-se numa base mensal até á publicação da classificação anual.
- Se o plano não for aceite, ou se for aceite e os resultados não forem positivos num espaço de três meses, o responsável máximo pela gestão do hospital é demitido e é contratada uma nova equipa de gestão.

No caso de ser necessário proceder à troca da equipa de gestão, o mecanismo de substituição utilizado é de grande interesse e revelador das preocupações com a recompensa de quem consegue atingir os objectivos.

Assim, os responsáveis pelos hospitais que obtêm melhores resultados são convidados a apresentar um plano de recuperação do hospital em dificuldades. Esses planos são analisados pela agência de modernização, que entretanto assumiu a liderança do hospital. O autor do plano que demonstrar maior consistência e demonstrar ser capaz de atingir os objectivos propostos será convidado a implementar o seu plano com um prazo máximo de três anos. Os progressos da implementação continuam a ser monitorizados pela agência de modernização que poderá terminar o projecto se verificar que os resultados não são satisfatórios ou se os prazos estiverem a ser excedidos.

Críticas ao plano no NHS

Apesar de todo o plano descrito parecer uma boa ideia, surgem algumas críticas relativamente à sua implementação, as quais são apresentadas pelos autores do texto que serve de base a este caso.

A primeira das críticas é a dificuldade de implementação.

Tal como foi descrito, este plano necessita de ser suportado por sistemas de informação fiáveis, temporalmente ajustados e ajustados à recolha dos dados necessários à construção dos indicadores. A existência de diferentes sistemas informáticos, a definição de conceitos estatísticos diferentes de instituição para instituição, a má utilização dos sistemas disponíveis, motiva alguma desconfiança relativamente aos valores obtidos.

Por outro lado, algum distanciamento entre objectivos e resultados pode levar a que não haja reais melhorias na qualidade da prestação de cuidados. Neste aspecto surge o

problema da definição dos objectivos não ter uma base científica que demonstre que os objectivos são os que induzem melhores práticas clínicas.
A título de exemplo sugere-se a aposta na formação dos trabalhadores em competências que melhoram a satisfação dos utentes, mas que em nada contribuem para uma melhor prestação de cuidados, não induzindo qualquer melhoria nos processos internos.
Uma última crítica, diz respeito aos processos de melhoria. É colocada a ênfase nos resultados que se pretendem obter e menor nos processos de melhoria.
A redução das listas de espera é um desiderato que todos os sistemas de saúde procuram atingir. No entanto, não há provas científicas que determinem quais as melhores estratégias para fazer diminuir as listas de espera. A redução da lista de espera poderá ser feita á custa daquilo que o hospital faz e não á custa do que o hospital deveria fazer bem.

Os resultados deste plano e os respectivos ratings estão disponíveis para qualquer pessoa poder consultar[5].
É objectivo do governo aumentar a transparência da avaliação e fomentar a competição entre instituições.

Na altura em que este caso foi redigido, 2004, consideravam os autores que ainda era cedo para retirar conclusões finais relativamente ao sucesso desta política.
A eficiência das organizações tem vindo a aumentar, mas os índices de satisfação dos utentes não revelam grandes melhorias. Deveremos então manter alguma atenção sobre esta política de forma a validar ou não o sucesso deste caso.

3.1.4 O BSC no Sistema Nacional de Saúde Inglês – Comentário

O trabalho levado a cabo pelo Governo Inglês merece ser observado com alguma atenção na medida em que parece ser uma boa forma de aumentar a eficiência do sistema e com isso melhorar os índices de satisfação dos utentes e controlar a despesa orçamental.

[5] http://ratings2004.healthcarecommission.org.uk/Trust/Indicator/indicators.asp?trustType=1).

O plano é ainda muito recente (5 anos) tendo em conta a dimensão e abrangência do mesmo. No entanto fica desde logo a ideia que se procura de forma deliberada e transparente aumentar a eficiência do sistema de saúde, contando para isso com uma ferramenta que, sem nunca ser dito claramente, é inspirada na filosofia do BSC.

A semelhança entre o NHS e o nosso sistema nacional de saúde, especialmente o Serviço Nacional de Saúde, são muitas e evidentes.

Em Portugal, também o sistema de saúde é financiado maioritariamente pelo orçamento de estado, sem pagamento directo pelo cidadão. Embora os Portugueses sejam também dos que mais gastam directamente em cuidados de saúde.

Os níveis de satisfação dos utentes com o sistema nacional de saúde são em tudo idênticas às do NHS. Problemas com a acessibilidade, nomeadamente as listas de espera de consulta e cirurgia e o tempo de atendimento nos serviços de urgência são também os problemas mais citados pelos utentes nos inquéritos de satisfação.

Por outro lado, a organização da prestação de cuidados de saúde portuguesa é também muito idêntica à do NHS:

- Um ministério com a responsabilidade de definir a Política de Saúde e responsável pela atribuição dos fundos para os orçamentos dos hospitais.
- Administrações Regionais de Saúde que são entidades que controlam as actividades dos hospitais, servindo também como regulador da oferta de cuidados e adequação à procura de cada sector populacional.
- Hospitais e centros de saúde (cuidados primários) que são as entidades responsáveis pela oferta de cuidados e que interagem directamente com os utentes/doentes.

No tempo dos Hospitais S.A. existiu ainda uma entidade, a unidade de Missão dos Hospitais S.A., que se tornou numa entidade reguladora da actividade de 31 hospitais S.A. de capitais públicos. Esta Unidade de Missão, cujo objectivo era transformar-se numa holding desses hospitais S.A. também procurou introduzir um sistema de ranking. No entanto, a opacidade dos critérios, a falta de confiança nos valores apresentados, motivou profundas desconfianças nos resultados apresentados.

Com o fim dos Hospitais S.A. chegou ao fim a unidade de missão, pelo que nunca saberemos se esta experiência (holding de hospitais) teria tido algum sucesso.

Seja através das ARS, da unidade de missão, das agências de contratualização ou de outro esquema semelhante, a monitorização dos resultados dos hospitais nomeadamente na satisfação dos utentes, melhoria de ganhos em saúde para a população e indicadores financeiros nunca foi realizada com carácter sistemático e aprofundado.

Do caso apresentado, fica a ideia que o conceito poderia ser aplicado desde que o fosse por alguns anos de forma a ter relevância.

Para além das potencialidades do BSC, o mais significativo nesta Política é o esquema de recompensas e penalidades. Afastar quem objectivamente não consegue atingir os resultados esperados e dar a oportunidade a quem já provou ser capaz de apresentar propostas de melhoria e concretizá-las é uma excelente forma de recompensa num sector em que não há lucros a distribuir ou opções sobre acções da empresa.

Este esquema deveria ser seguido também no SNS, não só ao nível das Administrações dos hospitais, mas também nas equipas de gestão intermédia das organizações, como forma de sinalizar claramente que só quem tem resultados positivos poderá aceder a cargos de elevada responsabilidade.

A escolha dos indicadores, seria provavelmente bastante complicada.

A necessidade de gerar um alargado consenso sobre os indicadores é uma tarefa consumidora de tempo e recursos. Convém relembrar que num hospital, existe um poder técnico e científico associado a uma classe profissional que é dominante.

Pensar em levar a cabo o BSC sem o apoio da classe médica é um desastre; não considerar indicadores clínicos é não querer levar o BSC a sério.

3.1.5 Hospital Pediátrico – Caso 3

Este caso é apresentado na *Harvard Business Review* de Novembro – Dezembro de 2000 sob o título "*Saving Money, Saving Lives"* e é apresentado por *John Meliones.*

Trata-se de uma unidade pediátrica com 134 camas, localizado no 5º andar do *Duke University Hospital (DUH).*

Nesta unidade pediátrica são prestados cuidados intensivos neonatais e pediátricos, serviços de emergência, cuidados intermédios, unidade de transplantes, bem como as sub-especialidades pediátricas. Em 1992, o orçamento do hospital pediátrico era de 4 milhões de dólares, tendo crescido até 11 milhões em 1996 (+175%). Este hospital é

uma organização de fins não lucrativos. O crescimento no orçamento obrigou a administração do DUH (*Duke University Hospital*) a efectuar cortes orçamentais, o que levou alguns a considerar que a qualidade dos cuidados também tinha diminuído. Assistiu-se a um crescimento do número de reclamações por parte dos pais, bem como à demissão de alguns profissionais descontentes, enquanto outros ameaçavam que poderiam encaminhar os doentes para outras unidades.

O autor, John Meliones, na altura um dos directores clínicos do hospital, identificou que um dos problemas do seu hospital consistia no desfasamento de objectivos que existiam entre a administração, as direcções dos serviços não clínicos e serviços clínicos. Cada um destes grupos tinha os seus objectivos específicos que não só não estavam alinhados e harmonizados, como eram em algumas situações contraditórios. Por um lado, o corpo clínico – médicos e enfermeiros – tinha como objectivo a promoção dos cuidados de saúde dos pacientes sem olhar a custos. A administração e os serviços de administração tinham como objectivo evitar o crescimento excessivo dos custos a que já fizemos referência.

Esta conclusão seria também facilmente retirada da observação dos nossos hospitais e de muitas organizações públicas. O balanço entre organizações financeiramente viáveis e capazes de prestar cuidados com qualidade é um balanço difícil de obter e gerador de conflitos entre os diversos grupos profissionais. Perante esta constatação, considerou o autor do caso, que poderia ser uma solução para o problema pensar menos em termos de organização não lucrativa e mais como uma qualquer organização que necessariamente teria que obter resultados financeiros positivos.

A primeira acção desenvolvida para abordar e combater os problemas existentes consistiu na constituição de um grupo de trabalho multidisciplinar em que médicos e enfermeiros expunham os seus objectivos e eram confrontados com as grandes dificuldades financeiras que a instituição atravessava.

Quatro grandes objectivos emergiram:

- Pretendia-se obter um elevado grau de satisfação dos pacientes;
- Pretendia-se prestar cuidados de saúde com elevados índices de qualidade
- A demora média de um doente na instituição era de oito dias, o que correspondia a mais 20% que a média nacional (6 dias)

- O custo por doente era de 15.000 dólares, o que era superior ao proveito gerado por cada doente.

Perante este cenário, seria necessário prestar alguns dos cuidados mais diferenciados, desactivar camas, cortar alguns programas clínicos. Isto motivaria menor procura, diminuição da qualidade, menos financiamento e o caminho irreversível da falência.

Ilustração 9 - Resultados Financeiros (I) Caso 3

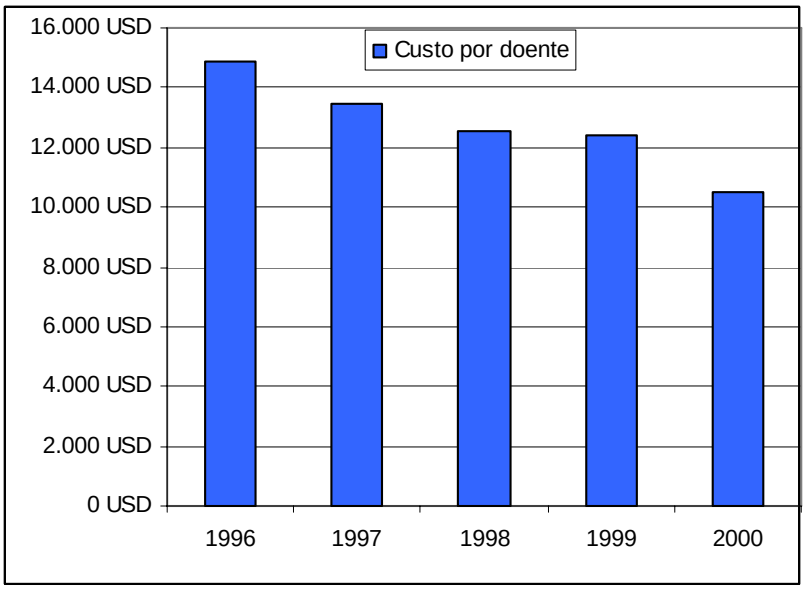
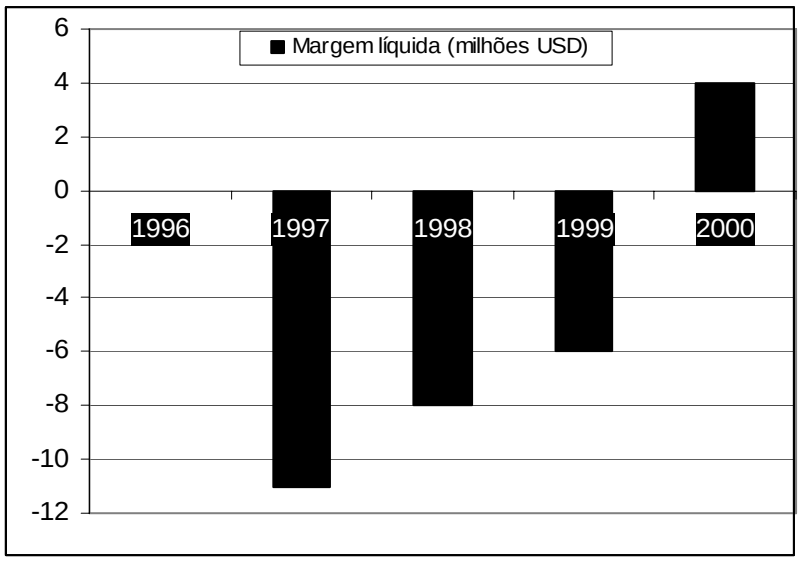


Ilustração 10 - Resultados Financeiros (II) Caso 3



Para abordar a situação, entendeu o autor que a ferramenta de gestão a adoptar seria o BSC, em que o primeiro grande objectivo seria a definição consensual da missão e da visão da organização. A missão definida foi "prestar aos pacientes e seus familiares cuidados de elevada qualidade numa organização eficiente".
Uma vez definida a missão, foram definidos os requisitos necessários para implementar o BSC:

- Serviço piloto;
- Reorganização da estrutura organizacional;
- Desenvolvimento de um sistema de informação adaptado às novas necessidades e objectivos;
- Desenho sistemático de novos processos de trabalho.

O serviço piloto escolhido para o desenvolvimento do BSC foi a unidade de cuidados intensivos pediátricos.

No âmbito da reorganização do serviço, foi abandonado o conceito de grupo profissional (médicos, enfermeiros) emergindo o conceito de unidades clínicas constituídas por médicos, enfermeiros, farmacêutico e radiologistas. Um administrador e um director médico partilham a responsabilidade na condução das diferentes unidades. Nessas unidades são analisados os resultados financeiros, a satisfação dos pacientes, os resultados clínicos e os resultados das diferentes iniciativas.
Estas equipas definiam protocolos de actuação perante as diferentes patologias que eram seguidas por todos e partilhados pelos familiares dos pacientes.
A título de exemplo apresenta-se uma das alterações que a implementação destes protocolos provocou. Sabia-se que os bebés submetidos a cirurgia cardíaca tinham problemas relacionados com a alimentação e era necessário ensinar os pais a lidar com esta situação. A prática comum era ensinar apenas no momento da alta da criança. A nova estratégia era fazer o ensino mais cedo, levando os pais a participar mais cedo na recuperação da criança. Este novo procedimento conduziu a uma recuperação mais rápida dos pacientes, a alta hospitalar tornou-se mais rápida e os custos com o internamento reduziam 28%.

Sendo o BSC uma ferramenta que assenta em 4 perspectivas e para cada uma delas é necessário definir metas e objectivos mensuráveis, torna-se necessário dispor de ferramentas que permitam, com fiabilidade, obter a informação necessária à definição e acompanhamento dos objectivos definidos.

No caso em análise, como em muitas outras organizações, existia informação sobre uma grande variedade de indicadores, mas subsistiam dois problemas:

- Informação errada;
- Excesso de informação desnecessária e falta de informação relevante.

Assim, foi implementada uma nova aplicação que permitia o registo de todo o historial clínico do doente bem como o acompanhamento financeiro de cada caso.

A implementação desta nova aplicação permitiu obter a informação necessária e fiável para construir o BSC e medir os progressos obtidos na prossecução das medidas definidas no mapa estratégico.

No que diz respeito à perspectiva financeira, a metodologia adoptada foi a revisão de todos os casos cujo custo tinha sido mais elevado. Esta tarefa foi levada a cabo pela equipa multidisciplinar e permitiu concluir que um número significativo de pacientes era mantido na unidade de cuidados intensivos mais tempo que o necessário. Eram pacientes que ainda não estavam preparados para passar para as normais unidades de internamento, cujo custo por doente é de 700 dólares por dia e o rácio de enfermeiros era de 1 para 5 doentes, mas também já não necessitavam de estar na unidade de cuidados intensivos em que o rácio de enfermeiros era de 1 para 2 doentes e o custo por dia era de 1700 dólares. Assim foi criada uma unidade, denominada de cuidados intermédios, em que o custo por dia é de 1200 dólares, o rácio de enfermeiros é de 1 para 3 e, mais importante, permitia que os pais e familiares pudessem passar mais tempo com o paciente. Assim, foi possível reduzir o custo por dia de internamento e ao mesmo tempo aumentar o nível de satisfação dos pacientes e familiares. Observou-se ainda uma redução do tempo de internamento muito por força da interactividade entre familiares e pacientes.

As conclusões apresentadas pelo autor do caso são as seguintes:

- A satisfação dos clientes subiu 18%;

- A melhoria dos processos internos permitiu uma redução da demora média de internamento de 1,8 dias, com uma redução dos reinternamentos de 7% para 3%;
- O custo por dia do doente internado desceu cerca de 5.000 dólares;
- A satisfação dos profissionais cresceu cerca de 45%;
- No final do ano 2000, o DUH preparava-se para expandir a utilização do BSC a todo o hospital.

3.1.6 Hospital Pediátrico – O comentário

Neste estudo de caso não é apresentado o mapa estratégico com as medidas e os objectivos definidos para o BSC. De qualquer forma, mesmo que nunca tenham existido formalmente, a metodologia do BSC está toda presente:

1. A identificação da missão da organização (neste caso da unidade);
2. A abordagem feita nas 4 perspectivas;
3. A definição de indicadores simples mas mensuráveis de forma clara e objectiva, como seja a demora média, os reinternamentos, a satisfação dos clientes e dos profissionais e o custo por paciente;
4. O processo de causa – efeito;
5. A aceitação da necessidade de alterações organizacionais e sua implementação;

Pensamos também realçar dois aspectos. Um pela sua ligação à realidade Portuguesa e outra na perspectiva da Política para o Sistema de Informação da Organização.
A atitude da Administração do Hospital de levar a cabo cortes orçamentais efectivos é uma diferença para os hospitais Portugueses. Algumas reduções de custos que se obtêm são fruto de medidas pontuais, muitas vezes relacionados com redução dos custos de aquisição de materiais, mas raramente à custa da redução de pessoal. Por outro lado, existe preocupação que os clínicos levem os doentes para outras unidades. Sendo o financiamento das unidades hospitalares ditado pelas regras de mercado, em que só quem presta serviços tem clientes e assim obtém proveitos (mesmo sendo uma unidade de fins não lucrativos), esta preocupação torna-se uma questão de sobrevivência da organização. Em alguns hospitais Portugueses, ter menos doentes até pode ser um alívio e sem grande influência nos resultados financeiros da instituição.

No que diz respeito à Política para o Sistema de Informação, verificamos que para uma unidade específica da organização foi desenvolvido e implementado um sistema à medida. Mesmo tratando-se de uma experiência piloto não devemos deixar passar esta situação.

O desenvolvimento de sistemas à medida para cada unidade, muito típico em organizações hospitalares, conduz normalmente a sistemas não comunicantes, provocando a desagregação da informação. Sempre que se pretende ter uma imagem da organização como um todo, esta fica sempre prejudicada pela dificuldade, muitas vezes inultrapassável, decorrente da existência de múltiplos sistemas que não fornecem informação a uma plataforma comum.

A visão sistémica da organização implica que exista uma política para o sistema de informação que permita o balanço entre as diferentes necessidades dos diferentes clientes da informação gestiva e organizacional.

A implementação de novas ferramentas em serviços piloto é comum. Tal como o caso aqui apresentado, a implementação do BSC num hospital Português também deveria ser iniciado por um serviço piloto. Dificilmente será possível aplicar um único BSC a um hospital numa perspectiva de gestão de topo.

As unidades de cuidados intensivos são caracterizadas por serem unidades relativamente fechadas, muitas vezes consideradas como unidades independentes da organização. Normalmente com poucas camas, com uma equipa própria e sistemas de informação independentes, tornam-se unidades isoladas que não são vistas como serviços "normais", uma vez que os "doentes estão de passagem". Necessitam de um maior alinhamento entre as iniciativas de gestão e a estratégia da organização como um todo.

Atendendo ás características dos pacientes e patologias que tratam são também unidades com elevados custos, quer ao nível de pessoal, quer ao nível dos consumos de material clínico e farmacêutico.

Por outro lado, estas unidades, recolhem grandes quantidades de informação, o que motiva que muitos estudos sejam levados a cabo nestas unidades.

É neste sentido que uma unidade de cuidados intensivos poderá ser um excelente serviço piloto para a implementação do BSC.

3.1.7 O BSC no Serviço de Emergência – Caso 4

O último dos casos práticos de aplicação do BSC centra-se no serviço de urgência.

Tal como no caso apresentado antes, este tipo de serviço reúne as preocupações da gestão de inúmeros hospitais, uma vez que é fortemente consumidor de recursos, lida com casos de grande complexidade e na sua fase mais aguda, e é ao mesmo tempo a porta por onde todos os utentes procuram entrar e que gera maiores níveis de insatisfação.

O caso que aqui apresentamos diz respeito a um hospital Tailandês, não lucrativo, situado na área da cidade de Chia Yi na Tailândia (Shu-Hsin, 2004). É um hospital de 600 camas e dado o seu cariz não lucrativo, procura ser um hospital de referência em termos de qualidade de cuidados, até porque é um dos 4 hospitais da área e que estão a cerca de 30 minutos de distância uns dos outros.

A escolha do serviço de emergência consubstancia-se na seguinte realidade:

- 45-70% dos doentes entram no hospital pelo serviço de emergência;
- O serviço de urgência transformou-se numa fonte de receitas da maior importância;
- O tempo de espera para atendimento médico é elevado;
- O tempo de espera por resultados analíticos laboratoriais é também elevado;
- O tempo de espera para a transferência do serviço de urgência para o internamento é também elevado;
- Como consequência, o serviço de urgência facilmente atinge o limite da sua capacidade para atender mais doentes;
- O número de reclamações por parte dos doentes é superior no serviço de urgência que para os outros serviços hospitalares.

A metodologia utilizada pretendia seguir os seguintes passos:

1. Escolher os indicadores de performance;
2. Definir os parâmetros do hospital;
3. Identificar fontes de informação;
4. Determinar os níveis de performance relativa.

Após ter escolhido o serviço de emergência, a equipa de projecto entendeu adoptar 9 indicadores para construir o BSC.

Na perspectiva da aprendizagem e crescimento foram adoptadas duas medidas: (1) nº de horas de formação do pessoal afecto ao serviço e (2) satisfação dos trabalhadores. Relativamente aos processos internos foram escolhidas duas medidas também (1) nº de análises clínicas incompletas num espaço de 30 minutos, diferenciado análises bioquímicas, análises de sangue e análises de urina e (2) a taxa mensal de retornos á urgência inapropriados.

Para a perspectiva financeira foi adoptado como medida o acréscimo de margem, medido em termos percentuais, e na perspectiva dos clientes utilizou-se a satisfação dos pacientes e a taxa de reclamações.

Relativamente às fontes de informação, estas foram as que a seguir se apresentam:

Ilustração 11 – Fontes de informação - Caso 4

Aprendizagem e crescimento	Registos das horas e locais das conferências, seminários e "workshops" que cada funcionário participou Questionário para medição da satisfação dos profissionais. O questionário continha 14 questões com uma pontuação de 1 a 4 valores que media, nº de horas de trabalho, stress, conhecimentos profissionais, salários, recompensas, desempenho das chefias, compensação por horas extra, processo de trabalho e relacionamento interpessoal.
Processo internos	Os dados referentes ao desempenho dos laboratórios eram obtidos directamente dos dados desses serviços
Financeira	Balancetes. Se os proveitos eram superiores aos custos o resultado era positivo
Clientes	Para determinar os níveis de satisfação dos utentes foram utilizados questionários, com 26 perguntas numa escala de 1 a 4 As primeiras 7 perguntas dizem respeito à estrutura do serviço (equipamentos, acessibilidades, limpeza, etc.) As 15 perguntas seguintes abordavam os processos (qualidade de atendimento, comunicação entre médicos e doentes, percepção relativamente ao tempo de espera). As restantes perguntas eram perguntas abertas do tipo, porquê é que escolheu este serviço de urgência, voltaria se fosse necessário, etc.

Foi também desenvolvido um programa de formação ao pessoal que incluía 2 horas de análise de custos, 6 horas de atendimento e comunicação e 2 horas de gestão de materiais. Para além disso, estabeleceu-se um sistema de remuneração, em que por cada recomendação positiva por parte de um utente, o serviço receberia o equivalente a 1 dólar. Por cada reclamação o serviço veria descontado 1,40 dólares.

De forma a melhorar a performance do laboratório relativamente ao serviço de urgência foi criada uma unidade específica, só para tratamento das amostras do serviço de urgência.

Resultados e discussão dos mesmos

Ilustração 12 – Resultados da aplicação do BSC – Caso 4

Indicador	Antes	Depois	Diferença
Aprendizagem e crescimento			
Satisfação do pessoal (1 a 4)	2,83	3,29	0,46
Horas de formação continua por pessoa por mês	4,3	9,7	5,4
Processos Internos			
Testes laboratoriais incompletos			
Bioquímicos (%)	12,8	8,3	-4,5
Sangue (%)	4,7	1,6	-3,1
Urina	5,6	1,7	-3,9
Taxa mensal de retornos inapropriados (%)	3,5	2,1	-1,4
Financeira			
Taxa de crescimento dos resultados (%)	1,44	3,27	1,83
Clientes			
Satisfação dos clientes (1 a 4)	3,05	3,47	0,42
Taxa de reclamações (5)	0,28	0,1	-0,18

Considerando os resultados obtidos, os autores deste caso concluíram o seguinte:

- Os aumentos registados no nível de satisfação dos trabalhadores estão em conformidade com resultados de outros estudos efectuados (Oliveira 2001 e Chern e

Jenq's 2001). Para este aumento terão contribuído decisivamente os seguintes factores:

  - Algumas melhorias nas condições de trabalho;
  - O anúncio que o BSC iria ser adoptado de forma generalizada;
  - O número de horas de formação disponibilizado;
  - O sistema de remuneração e penalização pelas reclamações. Apesar do valor ser muito baixo (cerca de 1 dólar), a existência do sistema de recompensa incentiva a melhoria.

- A constituição de uma unidade específica para receber amostras e enviar os resultados laboratoriais para o serviço de urgência, induziu as melhorias verificadas.
- As melhorias ao nível do tempo da performance dos laboratórios induziram também melhorias ao nível do tempo de atendimento dos doentes, aumentando o seu nível de satisfação.
- Descontando os custos de investimento relacionados com a implementação do BSC, ainda assim, os resultados operacionais da urgência foram positivos.
- A formação do pessoal em matérias de atendimento e comunicação contribuiu também para o aumento da satisfação dos utentes.
- Por último, concluem os investigadores que apesar deste trabalho ser apenas um caso piloto, e os resultados serem positivos, não se deve generalizar que o BSC aplicado a outros serviços do hospital ou a outros serviços de urgência induziria resultados idênticos.

3.1.8 O BSC no Serviço de Emergência – Comentário

O caso que aqui apresentamos mereceu a nossa atenção uma vez que aborda um dos serviços, se não o serviço mais complexo de um hospital.

Qualquer um de nós, que já tenha recorrido a este tipo de serviço ou tenha obrigações de gestão num hospital, tem a noção que os problemas que são aqui apresentados para o hospital de Taiwan, são muito similares aos problemas encontrados nos hospitais Portugueses.

- Excesso de procura por parte dos utentes

    - Nos anos 90, um estudo do Ministério da Saúde, indicava que num só ano, para todos os hospitais Portugueses tinham sido registados 10.000.000 de episódios de urgência.
    - Cerca de 80% dos utentes que recorrem ao serviço de urgência, tem alta para casa.
- Tempo de atendimento muito demorado, como consequência de múltiplos factores:
    - Excesso de utentes;
    - Falta de pessoal;
    - Tempo de espera para realização de meios complementares de diagnóstico e terapêutica;
    - Dificuldade em distinguir os casos urgentes dos outros, apesar dos sistemas de triagem;
- Serviço consumidor de grandes recursos em especial no que respeita aos custos com pessoal
- Índices de satisfação dos utentes muito baixos.

O caso que analisamos apresenta uma caracterização da situação inicial e os resultados finais, deixando muitas dúvidas sobre as acções que decorreram entretanto e conduziram aos resultados finais. Mesmo as conclusões apresentadas parecem vagas, e dão a ideia que a implementação desta ferramenta, por si, permitiu as melhorias apresentadas.

Não há uma justificação para a escolha dos indicadores. No caso dos processos internos, dá a ideia que só os problemas com os laboratórios já justificam tudo o resto. O indicador financeiro é demasiado vago.

As oportunidades de melhoria num serviço de urgências são directamente proporcionais à complexidade do serviço. No entanto a abordagem deve ser mais abrangente, de forma a induzir melhorias numa perspectiva sistémica. A redução no tempo de atendimento dos doentes poderá colidir com a falta de camas no internamento, provocando que os doentes permaneçam na urgência sem motivo aparente. A focalização do trabalho dos laboratórios na urgência, poderá conduzir a uma desresponsabilização relativamente aos outros serviços do hospital.

Em conclusão, podemos dizer que a utilização do BSC no serviço de urgência poderá revelar-se útil, mas será um trabalho bem mais complexo que, por exemplo, numa unidade de cuidados intensivos (caso 3). A forma como o caso é apresentado deixa muitas dúvidas sobre a validade das conclusões retiradas.

II Parte

Aplicação do BSC a um hospital Português

4 A aplicação do BSC num hospital Português

Este capítulo corresponde ao início da II parte deste trabalho. É nesta parte que será realizado um exercício de simulação sobre o que poderia vir a ser a aplicação da metodologia do BSC num hospital Português.

Desde logo levantam-se algumas dúvidas quanto á viabilidade deste exercício.

- Estará a instituição escolhida, preparada para receber esta metodologia?
- Haverá disponibilidade e abertura por parte dos órgãos de Administração para receber esta metodologia?
- Estarão os serviços/unidades escolhidos para colaborar no estudo disponíveis para realizar as tarefas inerentes à aplicação da metodologia, mesmo que se trate só de um exercício de simulação?

O Hospital escolhido trata-se de um hospital central da zona Norte do Pais, que será referido ao longo do trabalho como “o Hospital”. Da mesma forma que o hospital permitiu que fosse esta instituição a visada neste estudo, solicitou que o nome da instituição fosse mantido confidencial, o que será totalmente respeitado.

4.1 Caracterização do Hospital

O Hospital escolhido para este estudo apresenta as seguintes características:

- É um hospital público, central e profundamente ligado ao ensino.
- No ano de 2004 tinha abertas cerca de 1100 camas, com cerca de 38000 doentes internados.
- Atendeu 233000 doentes no serviço de urgência e realizou 468000 consultas.
- O número total de profissionais é de cerca de 4500.
- No ano de 2004, os proveitos operacionais foram de 337,74 milhões de euros e os custos operacionais de 273,95 milhões de euros. O resultado líquido de 2004 fixou-se nos 71, 5 milhões de euros.

Os quadros seguintes caracterizam o hospital em termos dos grandes agregados, financeiros, produtivo e de pessoal.

Ilustração 13 – Macro Agregados Financeiros e Pessoal

	2002	2003	2004
Área Financeira			
Custos			
Custo Mercadorias Vendidas		93.896.403 €	105.167.155 €
Forn. Serviços Externos		29.393.202 €	30.270.465 €
Custos com Pessoal		127.759.801 €	133.081.938 €
Amortizações		480.593 €	5.102.319 €
Outros custos (inclui custos operacionais, financeiros e extraordinários)		12.759.185 €	6.968.139 €
Total Custos		264.289.184 €	280.590.017 €
Proveitos			
Vendas e prestações de serviços		22.566.393 €	23.676.503 €
Transferências e subsídios correntes obtidos		161.918.687 €	300.885.647 €
Outros proveitos (inclui proveitos operacionais, financeiros e extraordinários)		20.246.891 €	27.516.364 €
Total Proveitos		204.731.970 €	352.078.514 €
Resultado líquido do exercício		-59.557.214 €	71.488.498 €
Área Pessoal			
Número de profissionais			
Pessoal Médico	1146	1090	1081
Técnicos superiores de saúde	41	36	30
Outro pessoal técnico superior	64	42	40
Pessoal de Enfermagem	1616	1559	1593
Pessoal técnico diagnóstico terapêutica	278	257	278
Pessoal de Administração	10	6	13
Pessoal técnicoprofissional e administrativo	433	431	429
Pessoal auxiliar de acção médica	786	635	624
Outro pessoal	397	509	585
Total Pessoal	4771	4565	4673
Horas de formação (interna)			
Pessoal Médico	120	70	187
Pessoal de Enfermagem	604	331	1926
Pessoal técnico diagnóstico terapêutica			84
Pessoal técnicoprofissional e administrativo	295		280
Pessoal auxiliar de acção médica	281	28	104
Outro pessoal			118
Multiprofissional	603	1850	1627
Total horas formação interna	1903	2279	4326
Nº de horas de formação / profissional	0,40	0,50	0,93

Ilustração 14 – Macro agregados de Produção

Área Produção	2002	2003	2004
Internamento			
Lotação (nº camas)	1.191	1.190	1.167
Doentes Entrados	39.736	39.535	36.832
Doentes Saídos	39.758	39.539	36.862
Doentes tratados	51.368	49.660	43.725
Dias de internamento	330.082	327.706	317.773
Demóra Média	8,17	8,2	8,86
Doentes saídos / cama	33,38	33,23	31,59
Taxa ocupação	75,90%	75,40%	74,40%
Taxa reinternamento		26,0%	25,3%
Bloco Operatório (Nº procediementos cirurgicos)			
Internamento	18.691	19.329	20.862
Urgentes	5.894	5.879	5.552
Ambulatório	8.435	9.279	16.413
Total	33.020	34.487	42.827
Programadas (internamento + ambulatório/ dia útil (250)	109	114	149
Total/dia	90	94	117
Urgentes/dia	16	16	15
Urgência	219.176	249.420	233.600
Urgências /dia	600	683	640
Consultas Externas			
Primeiras	68.133	74.018	77.478
Subsequentes	346.342	370.487	390.256
Total	414.475	444.505	467.734
Racio subsquentes / primeiras	5,1	5,0	5,0

Dos quadros apresentados podemos retirar algumas conclusões relativamente ao desempenho do Hospital nos anos 2002, 2003 e 2004.

O ano 2004 foi um ano de bons resultados financeiros. Sendo certo que o total de custos cresceu em 6%, o total de proveitos cresceu 72%, muito por força do aumento das transferências e subsídios obtidos. Convém referir que este hospital fez parte do SPA (Sector Público Administrativo), pelo que a sua principal receita era obtida sob a forma de subsídios provenientes do orçamento de estado e que teoricamente pressupõe um "pagamento" da produção realizada. Acresce ainda que no ano de 2004, foi atribuído um subsídio excepcional no valor de 139 milhões de euros para regularização de dívidas a fornecedores.

Este aumento de proveitos é o principal responsável pelo resultado líquido positivo que a instituição obteve em 2004.

No que diz respeito ao pessoal, verifica-se pouco variabilidade no número de profissionais, em especial nas classes profissionais com maior peso (médicos, enfermeiros, administrativos e auxiliares de acção médica). Em matéria de formação interna, verifica-se que a média de horas de formação é inferior a 1H por profissional. Mesmo no ano de 2004, em que a formação é muito superior no grupo dos enfermeiros, o valor médio é francamente baixo. Convém realçar que o amento verificado no grupo de enfermagem é fruto de dois cursos de longa duração, com um total de 1205 horas.

Assim, é de estranhar que a formação interna realizada pelo hospital tenha índices tão baixos especialmente se considerarmos que estamos numa organização de trabalho intensivo, em que a permanente actualização de conhecimentos é de uma importância vital.

Analisando a área de produção, dois números merecem especial realce no internamento. A demora média e a taxa de ocupação. A demora média por ser de 8 dias, o que é um número elevado, mas que se poderá justificar pelo tipo de doentes que este hospital recebe. Tratando-se de um hospital central, que reúne todas as valências, é também o hospital que recebe um grande número de doentes com patologias mais complexas de tratar pelo que naturalmente demoram mais dias a ter alta. Apesar disso, este número merece uma atenção especial.

Por outro lado, uma taxa de ocupação de 75%, sugere que ao longo do ano, 25% do hospital está sem doentes. Considerando a lotação de 1167 camas, esta taxa de ocupação traduz cerca de 250 camas livres, o que poderá significar um desperdício de recursos humanos, fiscos e materiais.

O funcionamento dos blocos operatórios desta instituição teve aumento de produção nos anos em análise, especialmente onde se torna mais relevante – o ambulatório.

É comummente aceite na área da saúde que o futuro da actividade hospitalar passa pelo ambulatório. Desde logo por serem actos que não necessitam de um internamento subsequente, o que é vantajoso quer para o hospital quer para o doente. Por outro lado, implica menores custos para a instituição e o risco de infecção nosocomial (infecções que se reproduzem em ambiente hospitalar) é muito menor para os doentes.

Neste sentido o aumento de 76% na actividade de ambulatório é de registar como um sucesso.

Quanto aos doentes atendidos no serviço de urgência, o problema que se verifica neste hospital é em tudo idêntico ao da maioria dos hospitais portugueses. Atender 640 urgências por dia, implica um consumo de recursos humanos e materiais dificilmente controlável pela Administração. Receber 640 doentes em instalações que foram preparadas para pouco mais de metade tem reflexos naturais na qualidade de atendimento e tratamento que é percepcionada pelos utentes, sendo uma fonte de reclamações por parte destes.

A área de consulta externa teve um ligeiro crescimento nos anos em análise, não havendo nada a realçar nesta linha de produção.

4.1.1 Grupo de Diagnósticos Homogéneos

Atendendo a que iremos procurar aplicar o BSC a unidades de internamento, abrimos aqui um novo parêntesis para abordar um conceito que nos irá ser útil ao longo deste trabalho – Grupo de Diagnósticos Homogéneos (GDH).

Os GDH são um sistema de classificação de doentes internados que procura relacionar o tipo de doentes que a instituição trata, com os custos associados ao seu tratamento, procurando chegar a uma medida de complexidade dos doentes tratados. Este conceito foi inicialmente aplicado nos Estados Unidos como a base de pagamento do sistema "*Medicare"*.

A criação deste conceito iniciou-se nos anos 60 na universidade de Yale e tinha como objectivo a monitorização da qualidade de cuidados prestados no hospital e a relação com os serviços utilizados no hospital. A primeira utilização dos GDH como medida de pagamento dos serviços prestados surgiu, já nos anos 70 no estado de New Jersey, onde era fixado um preço a pagar por cada GDH produzido.

Paralelamente, a utilização e interpretação dos GDH permite chegar a uma medida de complexidade dos doentes tratados por cada hospital. A esta medida chama-se índice de case-mix.

Este índice é vulgarmente utilizado de forma a valorizar a maior complexidade dos casos tratados e assim justificar diferenças nos custos de tratamento de diferentes hospitais.

Sendo certo que é aceite na comunidade hospitalar que os hospitais com um case-mix mais elevado tratam efectivamente doentes mais complexos e consequentemente com maiores custos, o conceito de case-mix é bastante discutido e não é consensual.

O conceito de case-mix procura relacionar um conjunto de atributos do doente como sejam a severidade da doença, o prognóstico, a dificuldade do tratamento, a necessidade de intervenção cirúrgica e a intensidade de recursos utilizados.

Neste sentido, os profissionais da área médica recorrem ao conceito de case-mix, para justificar que o doente tem uma doença mais complexa, em que o prognóstico é mais reservado, o tratamento é mais complicado e em que existe a necessidade de intervenção cirúrgica. Por outro lado, a gestão, recorre ao conceito de case-mix, para justificar que os doentes tratados na sua unidade requerem um maior consumo de recursos.

Para se determinar o índice de case-mix, torna-se necessário determinar o GDH de cada doente. Sendo certo que cada doente é único na sua doença e tratamento, é possível reunir características típicas de cada um dos doentes de forma a formar grupos de doentes similares na sua doença e tratamento. Assim, os GDH representam os diferentes grupos de doentes, com similitudes clínicas e similitudes em termos de consumos de recursos.

Para atingir o objectivo de reunir os doentes em grupos similares, é utilizado um esquema de classificação assente em 4 características. (Averill et all, 2004):

a. As características usadas na classificação dos doentes devem ser limitadas à informação recolhida de forma rotineira pelos hospitais;
b. Deve existir um número adequado de GDH's que representem a globalidade dos doentes internados;
c. Cada GDH deve conter doentes com um padrão similar de recursos utilizados
d. Cada GDH deve conter doentes com similitude clínica

O conceito de GDH e de índice de case-mix também tem sido utilizado em Portugal, essencialmente numa perspectiva de financiamento da actividade hospitalar. Esta era a

base de determinação dos montantes a atribuir a cada hospital para cada ano da sua actividade. Para cada GDH era fixado, através de uma portaria ministerial, um preço que serviria de referência para a atribuição dos montantes de financiamento de cada unidade hospitalar. O preço fixado era depois ponderado pelo índice de case-mix de cada instituição.

A introdução do conceito de Hospitais S.A. veio alterar um pouco esta forma de financiamento, na medida em que para cada internamento foi fixado um preço, sem olhar aos GDH's produzidos, mas mantendo a ponderação pelo índice de case-mix.

Sendo certo que os GDH's têm sido utilizados numa perspectiva financeira, estes são de extrema utilidade na definição clara do tipo de doentes que cada unidade trata e do tipo de tratamento que cada unidade aplica aos diferentes casos.

Podemos afirmar que a base de dados dos GDH's contém informação clínica relevante que permitem retirar conclusões tão simples e ao mesmo tempo tão relevantes como a idade dos doentes, a proveniência, as patologias mais comuns, as atitudes terapêuticas mais comuns para cada patologia, o tipo de complicações que surgem ao longo dos episódios de internamento, as patologias que originam retornos ao internamento, as patologias com maiores taxas de mortalidade, etc.

Em nosso entender, a informação contida na base de dados dos GDH's é da maior utilidade e tem sido negligenciada, uma vez que se olham os GDH's apenas como o meio para determinar o financiamento e nesta altura, já nem isso.

4.2 Os serviços piloto

Tendo sido verificada a disponibilidade da Administração do hospital para aplicar esta metodologia era necessário proceder à selecção de dois serviços piloto que serão o alvo deste estudo.

Os serviços serão analisados na sua vertente de internamento.

Seleccionou-se uma unidade do tipo cuidados intensivos, mais pequena, com um grupo profissional dedicado em exclusivo ao serviço, normalmente com procedimentos e práticas clínicas já instituídas e que são normalmente os alvos de estudo que encontramos na literatura. Por outro lado, era também intenção seleccionar uma unidade maior, com maior diversidade de doentes e patologias e com um corpo clínico,

nomeadamente o pessoal médico, que não se dedica exclusivamente ao internamento mas a outras actividades hospitalares.

A escolha, em concreto dos serviços foi da responsabilidade da Administração do Hospital.

4.2.1 Condições verificadas para a possibilidade de aplicação do BSC

Tal como referimos inicialmente a aplicação do BSC, implica que todas as unidades que compõem a organização sejam conhecedoras da missão, visão e estratégia global da instituição de forma a desenvolverem os BSC devidamente alinhados com a estratégia da organização.

A Administração deste hospital, procura activamente dar a conhecer a todos os colaboradores quais são as suas políticas de gestão e quais as estratégias que pretendem levar a cabo de forma a cumprir as políticas. A título de exemplo podemos referir que para dar a conhecer a política de gestão para 2006, optou por anexar a cada recibo de vencimento dos funcionários uma documento resumo com as políticas definidas e quais as estratégias a desenvolver para lá chegar. Do que nos foi possível apurar, esta medida não só surtiu o efeito pretendido mas também serviu de alavanca motivacional na medida em que os colaboradores se sentiram parte da estratégia.

No que diz respeito aos serviços, era prática da instituição que cada um desenvolvesse o seu plano de actividades. Normalmente estes planos eram descritivos, não quantificados e, como não havia conhecimento da política de gestão, permitiam a liberdade criativa de cada um, formando assim um puzzle de caminhos a seguir dificilmente compatíveis.

Para o ano de 2006, foi desenvolvido um modelo, a que se chamou contratualização, que reproduzimos no anexo II. Como se pode verificar, com este enquadramento, cada serviço irá desenvolver as suas estratégias de acordo com as políticas que a Administração definiu, responsabilizando-se também por objectivos de produção e objectivos financeiros claros e facilmente mensuráveis.

A metodologia definida para este estudo foi a seguinte:

- Apresentação da metodologia do BSC ao responsável do serviço.

- Caracterização do serviço actualmente e qual a estratégia que se pretende seguir.
- Identificação de alguns indicadores, na perspectiva do BSC que poderiam servir de medidas para a estratégia seguida.
- Numa segunda fase são apresentadas propostas de BSC para que se apure se:
  - O BSC corresponde á estratégia definida,
  - Os indicadores são possíveis de obter,
  - Quais as dificuldades na obtenção e/ou mensurarão dos indicadores,

4.2.2 Caracterização dos Serviços

A caracterização de um serviço de internamento centra-se essencialmente na dimensão (nº de camas), na equipa de profissionais que dispõe e nas principais patologias que trata. Neste sentido os serviços piloto deste estudo seriam caracterizados da seguinte forma:

Serviço 1

- Nº camas: 100
- Médicos: 55
- Enfermeiros: 82
- Outros profissionais: 46
- Demora média: 10,1 dias
- Taxa de ocupação: 98%
- Nº de doentes saídos: 3500 (aprox.)
- Os doentes que utilizam este serviço têm uma idade média de 71 anos
- As principais patologias são essencialmente as respiratórias, cardiovasculares e acidentes vasculares cerebrais, exclusivamente doentes da área médica

O serviço 2 apresenta as seguintes características

- Nº camas: 9
- Médicos: 5
- Enfermeiros: 18
- Outros profissionais: 6

- Demora média: 5 dias
- Taxa de ocupação: 99%
- Nº de doentes saídos: 550 (aprox.)
- O serviço é uma unidade de cuidados intermédios. Não é considerada uma unidade de cuidados intensivos, por não fazer ventilação assistida invasiva.
- Os doentes que utilizam este serviço têm uma idade superior a 60 anos em média
- As principais patologias são essencialmente insuficiências cardíacas e respiratórias.

Estes dois serviços estão integrados num departamento, do qual faz parte uma outra unidade com características idênticas ao serviço 1.

4.2.3 O BSC no serviço

Apresentada a metodologia e tendo sido fornecida alguma literatura sobre o tema, ambos os responsáveis dos serviços são unânimes em considerar que esta metodologia poderia ser implementada no seu serviço e poderia contribuir positivamente para o desempenho de seu serviço. Para a unanimidade desta opinião, contribui de forma inequívoca também a existência do modelo de contratualização que falamos anteriormente.

No que diz respeito ao serviço 1, as estratégias a desenvolver deveriam centrar-se nos doentes com os 3 tipos de patologia identificados anteriormente (respiratórios, cardiovasculares, nomeadamente insuficiências cardíacas e acidentes vasculares cerebrais). São estes os principais "clientes" do serviço e aqueles que contribuem mais significativamente para os custos do serviço.

Numa perspectiva financeira, é sobre os medicamentos que se deve centrar a atenção, nomeadamente antibióticos, por serem os produtos mais consumidos e também aqueles cuja utilização indevida podem trazer maiores adversidades (resistências).

Por outro lado, estes doentes apresentam também as maiores taxas de reinternamento por causa idêntica. Existe a percepção que uma maior ligação entre o hospital e o centro de saúde respectivo poderia contribuir para a diminuição deste reinternamentos. Estes

doentes necessitam de um acompanhamento pós internamento muito apertado, para que se evitem descompensações que inevitavelmente conduzem a novos internamentos.
No que diz respeito ao serviço 2, apesar de haver duas patologias características, é entendimento dos responsáveis, que o serviço deverá focalizar-se na patologia respiratória, nomeadamente na chamada ventilação não invasiva.
Sendo esta técnica clínica relativamente recente, será necessário formar os profissionais e estabelecer novos processos. No entanto, os indicadores que permitirão medir o sucesso da estratégia a seguir serão muito idênticos aos do serviço 1.

Da apresentação do BSC aos directores de serviço procurava-se a resposta às seguintes perguntas:

1. Este BSC é adequado à estratégia apresentada?
2. Quais os indicadores que não devem ser utilizados e/ou alterados?
3. Qual a possibilidade de obter os indicadores?

4.2.4 Apresentação do BSC para o Serviço 1

O serviço 1 apresentou 3 estratégias relacionadas com 3 patologias específicas. Nesse sentido, foram apresentados 3 BSC para medir cada uma das estratégias.

Ilustração 15 – Proposta de BSC para serviço 1 – Respiratória

Serviço 1 - Doentes com patologia respiratória
Perspectiva Financeira
Valor das prescrições antibióticas por doente
Resultado Operacional por doente
Perspectiva clientes
% de reinternamentos por causa idêntica não expectáveis
Taxa de satisfação dos doentes após a alta.
Taxa de satisfação dos doentes medida 15 dias após a alta.
Perspectiva processos
% Nº de altas acompanhadas pelo médico de família.
% de antibiogramas requisitados antes da prescrição do antibiótico.
% de infecções respiratórias detectadas 24H após o internamento
Perspectiva aprendizagem
Taxa de retenção de pessoal
Horas de formação sobre as patologias

Ilustração 16 – Proposta de BSC serviço 1 – A.V.C.

Serviço 1 - Doentes com A.V.C.
Perspectiva Financeira
Custos medicamentos por doente
Resultado Operacional por doente
Perspectiva clientes
% de reinternamentos por causa idêntica não expectáveis
Taxa de satisfação dos doentes após a alta.
Taxa de satisfação dos doentes medida 15 dias após a alta.
Perspectiva processos
% Nº de altas acompanhadas pelo médico de família.
Nº de doentes vistos por fisiatra
% de infecções respiratórias detectadas 24H após o internamento
Perspectiva aprendizagem
Taxa de retenção de pessoal
Horas de formação sobre as patologias

Ilustração 17 – Proposta de BSC serviço 1 – Patologia Cardiológica

Serviço 1 - Doentes com patologia cardiologia
Perspectiva Financeira
% de angiopalstias por catateriSmo prescrito
Resultado Operacional por doente
Perspectiva clientes
% de reinternamentos por causa idêntica não expectáveis
Taxa de satisfação dos doentes após a alta.
Taxa de satisfação dos doentes medida 15 dias após a alta.
Perspectiva processos
% Nº de altas acompanhadas pelo médico de família.
Taxa de mortalidade associada a patologia cardíaca
% de infecções respiratórias detectadas 24H após o internamento
Perspectiva aprendizagem
Taxa de retenção de pessoal
Horas de formação sobre as patologias

Uma vez que foram apresentados 3 BSC, estes foram apresentados em separado à direcção do serviço.

A primeira conclusão que se retira após a apresentação dos BSC é que, na opinião da direcção do serviço, esta ferramenta de gestão seria bastante útil para medir os resultados das estratégias adoptadas.

- Doentes com patologia respiratória

Da análise desta proposta de BSC foram aceites como válidos os indicadores para a perspectiva financeira, perspectiva dos clientes e para a perspectiva dos processos. Na perspectiva dos processos foi apenas sugerida a correcção no indicador "% de infecções respiratórias detectadas 24H após o internamento" para "% de infecções respiratórias detectadas 48H após o internamento".

Relativamente á perspectiva da aprendizagem, foi sugerido que a taxa de retenção de pessoas, não seria um indicador útil, uma vez que não está sob o controlo da direcção de serviço. Em seu lugar surge o indicador "Taxa de satisfação dos colaboradores", medida através de um inquérito.

Assim, o BSC para o serviço 1 no que diz respeito á estratégia adoptada para os doentes com patologia respiratória será o seguinte:

Ilustração 18 – BSC serviço 1 – Patologia Respiratória

Serviço 1 - Doentes com patologia respiratória
Perspectiva Financeira
Valor das prescrições antibióticas por doente
Resultado Operacional por doente
Perspectiva clientes
% de reinternamentos por causa idêntica não expectáveis
Taxa de satisfação dos doentes após a alta.
Taxa de satisfação dos doentes medida 15 dias após a alta.
Perspectiva processos
% Nº de altas acompanhadas pelo médico de família.
% de antibiogramas requisitados antes da prescrição do antibiótico.
% de infecções respiratórias detectadas 48H após o internamento
Perspectiva aprendizagem
Taxa de satisfação dos colaboradores
Horas de formação sobre as patologias

Uma vez definido o BSC para esta estratégia, verificou-se que grande parte dos indicadores seria fácil de obter uma vez que alguns dos valores necessários para construir os indicadores já estão disponíveis para os diversos serviços da organização.

No que diz respeito às taxas de satisfação de clientes e colaboradores, será necessário proceder à elaboração, recolha e tratamento de dados com origem em inquérito construído propositadamente para o efeito.

Mais dificuldades poderão surgir na obtenção do indicador "% de reinternamentos por causa idêntica não expectáveis", uma vez que será necessário proceder a uma análise retrospectiva de todos os processos clínicos dos doentes que são internados no serviço.

Relativamente ao indicador "% de antibiogramas requisitados antes da prescrição do antibiótico", é reconhecida validade para o indicador. No entanto, a sua viabilidade é posta em causa. Quando um doente entra no hospital, normalmente pelo serviço de urgência, com patologia respiratória, poderá ser prescrito um antibiótico com base em *guidelines* e no conhecimento empírico de situações similares. No caso do doente registar melhoras com essa prescrição, o antibiótico utilizado será mantido

independentemente do antibiograma. Sendo certo que deveria existir um antibiograma de suporte à decisão de prescrição de um antibiótico, a prática clínica diz que o seu resultado não é decisivo para a prescrição efectuada.

- Doentes com Acidente Vascular Cerebral (A.V.C.)

Relativamente aos indicadores que são comuns entre este BSC e o anterior a validade e as dificuldades de obtenção desses indicadores são as mesmas.

Na perspectiva financeira, assume maior relevância os custos com a generalidade dos medicamentos, pelo que indicador "Custos medicamentos por doente" é considerado viável e útil.

No que diz respeito à perspectiva dos processos, o indicador "% de infecções respiratórias detectadas 24H após o internamento" é substituído por "% de infecções respiratórias e/ou urinárias detectadas 48H após o internamento" uma vez que no caso dos doentes com esta patologia assume igual importância quer as infecções respiratórias quer as infecções urinárias.

Assim, o BSC para medir a estratégia associada a doentes com A.V.C. seria:

Ilustração 19 – BSC serviço 1 – Doentes com A.V.C.

Serviço 1 - Doentes com A.V.C.
Perspectiva Financeira Custos medicamentos por doente Resultado Operacional por doente
Perspectiva clientes % de reinternamentos por causa idêntica não expectáveis Taxa de satisfação dos doentes após a alta. Taxa de satisfação dos doentes medida 15 dias após a alta.
Perspectiva processos % Nº de altas acompanhadas pelo médico de família. Nº de doentes vistos por fisiatra % de infecções respiratórias e/ou urinárias detectadas 48H após o internamento
Perspectiva aprendizagem Taxa de satisfação dos colaboradores Horas de formação sobre as patologias

- Doentes com patologia cardiológica

No caso do BSC elaborado para esta estratégia, as conclusões a retirar, quando os indicadores são comuns aos já apresentados, são em tudo idênticas.

Relativamente à perspectiva financeira, foi decidido retirar o primeiro dos indicadores "% de angiopalstias por cataterismo prescrito" uma vez que os doentes que são submetidos a este tipo de meios complementares de diagnóstico e terapêutica, não são doentes deste serviço mas sim do serviço de cardiologia. Uma vez que a patologia cardíaca deste serviço é centrada essencialmente nos doentes com insuficiência cardíaca, o indicador financeiro escolhido será "custo com IECA[6] por doente". Apesar de não serem medicamentos muito caros, a medição da sua utilização será da maior relevância para aferir das boas práticas clínicas.

Na perspectiva dos processos ao indicador "Taxa de mortalidade associada a patologia cardíaca" foi acrescentado o factor idade dos doentes. Assim o indicador passaria a ser "Taxa de mortalidade associada a patologia cardíaca em doentes com menos de 65 anos".

Tendo em conta o referido anteriormente, o BSC para o serviço 1 para os doentes com patologia cardíaca seria:

Ilustração 20 – BSC serviço 1 – Patologia Cardíaca

Serviço 1 - Doentes com patologia cardiologia
Perspectiva Financeira Custos com IECA por doente Resultado Operacional por doente
Perspectiva clientes % de reinternamentos por causa idêntica não expectáveis Taxa de satisfação dos doentes após a alta. Taxa de satisfação dos doentes medida 15 dias após a alta.
Perspectiva processos % Nº de altas acompanhadas pelo médico de família. Taxa de mortalidade associada a patologia cardíaca, idade <65 anos % de infecções respiratórias e/ou urinárias detectadas 48H após o internamento
Perspectiva aprendizagem Taxa de satisfação dos colaboradores Horas de formação sobre as patologias

[6] Inibidores da enzima de conversão angiostensina

Os novos indicadores apresentados serão facilmente obtidos uma vez que são dados que já existem.

4.2.5 Apresentação do BSC para o Serviço 2

Tendo em conta a estratégia apresentada pelo serviço 2, foi apresentado o BSC seguinte:

Ilustração 21 – BSC serviço 2 – Proposta

Serviço 2
Perspectiva Financeira Valor das prescrições antibióticas por doente Custos associados à ventilação assistida não invasiva **Perspectiva clientes** % de reinternamentos por causa idêntica não expectáveis Taxa de satisfação dos doentes após a alta. Taxa de satisfação dos doentes medida 15 dias após a alta. **Perspectiva processos** % Nº de doentes com ventiação assitida não invasiva % de antibiogramas requisitados antes da prescrição do antibiótico. % de infecções respiratórias detectadas 24H após o internamento **Perspectiva aprendizagem** Taxa de retenção de pessoal Horas de formação sobre as patologias

Da análise efectuada pelo responsável do serviço à proposta apresentada resulta a percepção que os indicadores apresentados são efectivamente indicadores que permitem a medição da estratégia do serviço.

De qualquer forma foram sugeridas alterações a dois níveis.

As primeiras de índole técnico-científica

- A caracterização de infecção nosocomial (adquirida no hospital) indica 72H como o período a considerar e devem ser consideradas todas as infecções e não apenas as respiratórias, pelo que na perspectiva dos processos o indicador "% infecções respiratórias detectadas 24H após o internamento" passará a ser "% de infecções detectadas 72H após o internamento."

- Ainda na perspectiva de processos o indicador "% antibiogramas requisitados…" deveria passar para "% de culturas detectadas antes da prescrição de antibiótico"

A outro nível foram sugeridas alterações na perspectiva financeira. Sendo certo que o valor das prescrições antibióticas por doente é da maior importância, é importante não deixar de olhar para as outras prescrições de medicamentos, pelo que foi sugerido a construção de um rácio que valorizasse os antibióticos e os outros medicamentos. Chega-se assim ao indicador "Peso relativo do valor das prescrições antibióticas no total dos medicamentos".

No que diz respeito à perspectiva dos processos concluiu-se que o indicador "% do nº de doentes com ventilação assistida não invasiva" poderia não ser conclusivo quanto ao sucesso de aplicação desta técnica. Assim é apresentado o indicador "Taxa de sucesso da ventilação assistida não invasiva". Este indicador será construído tendo em conta o número de doentes que são submetidos a esta técnica e tem alta para o domicílio *versus* a soma dos doentes que falecem mais os doentes que apesar de utilizarem esta técnica tem que vir a utilizar a ventilação invasiva.

Para as perspectivas dos clientes e da aprendizagem não foram apresentadas propostas de alteração.

No que diz respeito à viabilidade para obter os indicadores foi concluído o seguinte:

- Os valores das prescrições de medicamentos já hoje é fornecida ao serviço, pelo que será fácil construir o indicador.
- Os custos associados à ventilação não invasiva teria que vir a ser apurado, mas os dados necessários já existem, pelo que a sua determinação não será difícil
- Os indicadores das perspectivas dos clientes teriam que ser obtidos por inquérito aos doentes e as readmissões por auditoria aos processos clínicos. Para levar a cabo estas tarefas o único obstáculo é a necessidade de recursos humanos para a recolha e tratamento dos dados.
- Para a perspectiva dos processos os dados necessários já estão disponíveis, será necessário apenas recolhe-los de forma sistemática e atendendo a estes objectivos.
- Os dados para a perspectiva da aprendizagem já estão disponíveis.

Considerando o que foi dito anteriormente o BSC para o serviço 2 viria a ser o seguinte:

Ilustração 22 – BSC serviço 2

Serviço 2
Perspectiva Financeira Peso relativo do valor das prescrições antibióticas no total dos medicamentos Custos associados à ventilação assistida não invasiva **Perspectiva clientes** % de reinternamentos por causa idêntica não expectáveis Taxa de satisfação dos doentes após a alta. Taxa de satisfação dos doentes medida 15 dias após a alta. **Perspectiva processos** Taxa de sucesso de doentes com ventilação assistida não invasiva % de culturas detectadas antes da prescrição do antibiótico. Taxa de infecções detectadas 72H após o internamento **Perspectiva aprendizagem** Taxa de retenção de pessoal Horas de formação sobre as patologias

5 A automatização do BSC

Uma vez encontrados os indicadores relevantes para medir o desempenho das opções estratégicas definidas, é importante definir também a forma como vamos obter os indicadores.

Como já referimos anteriormente, os hospitais, como grande parte das organizações, estão impregnados de informação, que é a necessária e suficiente para desenvolver esta metodologia. Como verificamos também no caso em estudo, é unânime a opinião que a informação necessária para obter os indicadores definidos já existe, faltando apenas, em alguns casos, automatizar a forma de recolha e disponibilização dos mesmos.

Como seria de esperar, já se encontram disponíveis ferramentas mais ou menos poderosas e complexas para construir mapas de acompanhamento das diversas actividades das organizações.

Neste capítulo não se pretende publicitar nenhuma dessas ferramentas, mas apenas explicitar a forma como se pode chegar ao objectivo de construção e disponibilização do BSC.

5.1 Recolha de dados

Tal como temos vindo a afirmar ao longo deste trabalho, existem um sem número de dados a serem tratados com vista à produção de informação de gestão e, no nosso caso concreto, com vista à construção dos indicadores que farão parte do BSC.

No entanto, a construção dos indicadores e a análise dos resultados produzidos no BSC, está totalmente dependente dos dados e da qualidade dos mesmos que são introduzidos nas aplicações de suporte. Procurando evitar a máxima "*Rubbish in Rubbish out*", é preocupação primordial e inicial que os dados, são introduzidos, estão correctos, reflectem a realidade e estão temporalmente ajustados.

Esta preocupação assume maior relevância quando o tipo de dados recolhidos e introduzidos têm diferentes origens e retratam diferentes situações relacionadas com um mesmo objecto. Isto é, para um mesmo doente, vamos recolher informação clínica e não clínica. Essa informação será introduzida por diferentes grupos profissionais e dentro de

cada grupo profissional por diferentes pessoas, uma vez que o processo de prestação de cuidados envolve mais que uma pessoa.

Ilustração 23 – Exemplos de dados recolhidos e seus responsáveis

Tipo de dados	Exemplo	Responsável pela recolha
Identificação	Nome, morada, telefone, entidade responsável pelo pagamento, data nascimento, etc.	Administrativo
Tipo de cuidado prestado	Consulta, internamento, urgência, bloco operatório, etc.	Administrativo
Meios complementares de diagnóstico e terapêutica	Análises clínicas, meios radiológicos requisitados, tratamentos efectuados, etc.	Administrativo
Clínicos (Diagnóstico e tratamento)	Patologias, diagnósticos, prescrições terapêuticas, etc.	Médico
Actos terapêuticos	Administração de medicamentos, controlo de alimentação, cuidados de higiene, etc.	Enfermeiro
Clínicos (resultados)	Relatórios de alta, relatórios de exames, prescrições em ambulatório, etc.	Médico
Financeiros	Valor dos actos recebidos, co-pagamentos, etc.	Administrativo

Como verificamos pelo quadro anterior, que de forma muito resumida, apresenta alguns exemplos dos dados que podem e devem ser recolhidos durante um qualquer episódio de prestação de cuidados de saúde num hospital, é de vital importância conseguir que todos estejam envolvidos e sensibilizados para a importância de recolher, e bem, os dados que alimentam as diferentes aplicações de suporte de um hospital.

A formação de todos os envolvidos será um factor crítico de sucesso para que o objectivo final seja atingido.

Uma vez garantida a recolha de dados, levantam-se problemas de interligação de aplicações, construção de uma base de dados central que recolha todos os dados necessários e disponibilização de resultados. Esses problemas e eventuais propostas de solução são apresentados de seguida.

5.2 Acesso fácil aos resultados

À medida que as tecnologias permitem uma melhor exploração dos dados e produção de relatórios deve ser prestada atenção à interpretação dos mesmos. Os relatórios produzidos pelos sistemas que implementam o BSC devem ser fácil e rapidamente apreendidos de forma a não tornar complexa e morosa a leitura dos resultados apresentados.

Os denominados painéis de bordo ganharam bastantes adeptos uma vez que são simples e visualmente atractivos para quem tem a responsabilidade de analisar dados e sobre eles tomar decisões. Se o indicador surge a verde, então tudo está bem, se surge a amarelo é preciso prestar atenção, se está vermelho é necessário actuar. (Scherpenseel, 2006)

É esta facilidade de leitura que os decisores, intermédios ou de topo, procuram quando lhe são disponibilizados indicadores de desempenho. Não há disponibilidade para passar horas a interpretar o significado de um conjunto de indicadores e a influência que uns têm sobre os outros.

Por outro lado, é necessário levar em conta que os gestores intermédios poderão não ter os conhecimentos necessários para interpretar toda a informação que é disponibilizada. No caso de um hospital, dificilmente encontramos uma chefia intermédia (normalmente médico ou enfermeiro) que tenha os conhecimentos necessários para interpretar fielmente alguns dos indicadores. Nessa perspectiva, um BSC, com indicadores gráficos como os descritos anteriormente será extremamente útil, uma vez que com uma sinalética simples indica se o indicador não está a ter o comportamento esperado. Nesse caso, se o gestor não tem formação para interpretar o resultado poderá procurar quem na organização o ajude a descodificar o significado. Caso contrário, o desconhecimento, poderá levar a ignorar o indicador, o que poderá levar a resultados desastrosos.

5.3 Que ferramenta usar?

Uma vez definidos os indicadores a utilizar, a recolha e a agregação dos números é só o primeiro passo para a construção do BSC. Quando uma organização não consegue implementar um BSC, a dificuldade poderá estar na capacidade de transformar dados

em informação relevante para a gestão e com ela formar o conhecimento necessário para corrigir as situações que não estão correctas. (Scherpenseel, 2006)

Tradicionalmente, os mapas de acompanhamento da actividade são produzidos em folhas de cálculo ou através de relatórios relativamente automatizados, que permitem controlar os resultados com as previsões e sobre os resultados refazer as previsões iniciais. (Scherpenseel, 2006)

O processo de construção e manutenção dessas folhas de cálculo exige mão-de-obra intensiva, que conduz a três situações:

1. A desmotivação de quem está permanentemente a construir e actualizar mapas,
2. Mapas de tal forma complexos que dificilmente são inteligíveis, ou
3. Mapas minimalistas que deixam de fora informação relevante.

Tendo em conta estes possíveis efeitos, existem já ferramentas que permitem a automatização da construção, disponibilização e algum auxílio na compreensão de um BSC.

A escolha de uma ferramenta deste tipo deve obedecer a alguns critérios como sejam a disponibilidade de aplicações onde a informação possa estar depositada, dimensão da organização, a complexidade dos indicadores que se pretende criar, a forma de disponibilização que se pretende (papel, Internet, correio electrónico) entre outros.

A este propósito socorremo-nos de um estudo publicado em Fevereiro de 2004 na revista *CMA Management*, em que se procurava identificar qual o tipo de software uma organização necessitará para construir o seu BSC (Lawson, Stratton, Hatch, 2004). Os resultados aqui apresentados correspondem à primeira fase do um estudo sobre sistemas de BSC, aberto a participantes em todo o mundo. Os resultados, relação de participantes e outras informações sobre estudo podem ser encontrados em http://graziadio.pepperdine.edu/shaps.

Das empresas analisadas foi concluído que 70% das organizações que utilizavam um sistema do tipo BSC usavam software apropriado para o efeito de forma a minorar o tempo e recursos gastos na construção manual de folhas de cálculo. Destes 70%, 31% utilizam software adquirido no mercado, 43% utilizavam software desenvolvido internamente e 27% utilizavam os dois tipos de software. Por outro lado, resulta também deste estudo que as organizações que desenvolveram o seu próprio sistema obtiveram maiores benefícios da ferramenta desenvolvida, uma vez que foram

obrigados a detalhadamente analisar toda a informação necessária e com isso analisar todos os dados que eram registados nas suas aplicações.

O tempo de utilização de um BSC determina também o tipo de ferramentas que se utiliza. Assim, 56% das empresas que utiliza o BSC há 1 ano, utilizam um qualquer tipo de software de apoio. Esta percentagem aumenta até aos 70%, quando analisamos empresas que utilizam o BSC há pelo menos 6 anos. Nas empresas que utilizam BSC há mais de 6 anos, todas utilizam um qualquer tipo software de apoio.

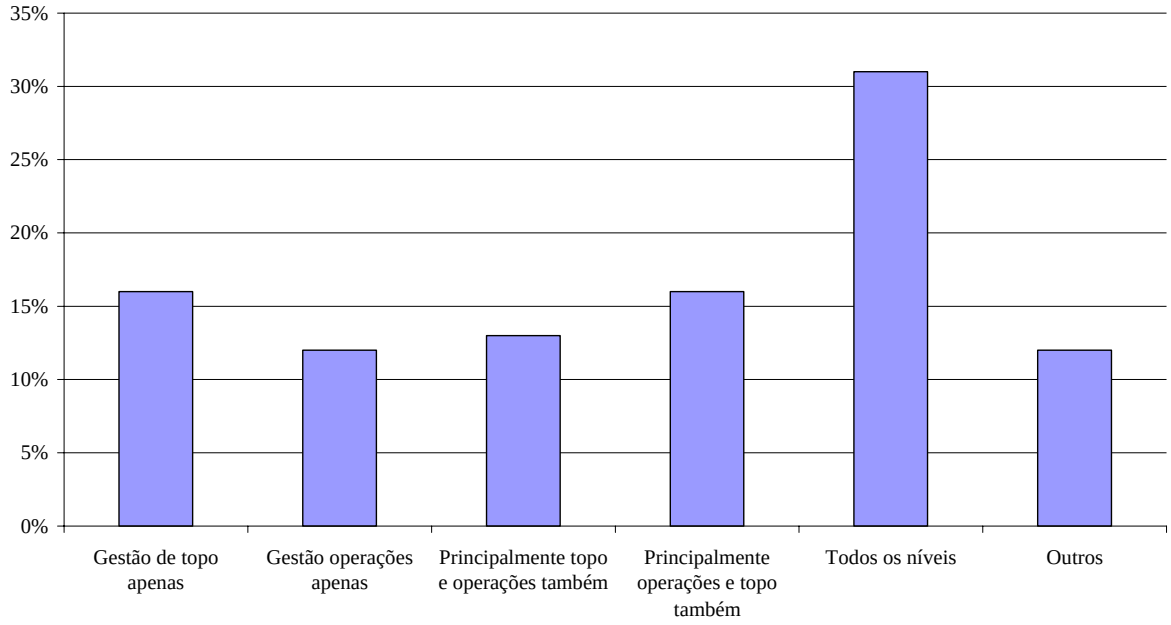
Ressalvando mais uma vez que não se pretende publicitar qualquer tipo de produto em particular, o estudo referido demonstra também que 36% das empresas que utilizam um software para desenvolver o seu BSC utilizavam o *MS-Office* (Excel maioritariamente). Na lista de aplicações surge também *Hyperion's Performance Scorecard* e o *OROS da* ABC's Active Enterprise Management.

Relativamente ao tipo de utilização da ferramenta escolhida, as conclusões variam muito.

Foram detectadas organizações em que o software era utilizado para introdução de dados e produção de mapas, outras em que a produção de mapas era a utilidade exclusiva do software, não sendo possível, de acordo com os investigadores, encontrar um padrão.

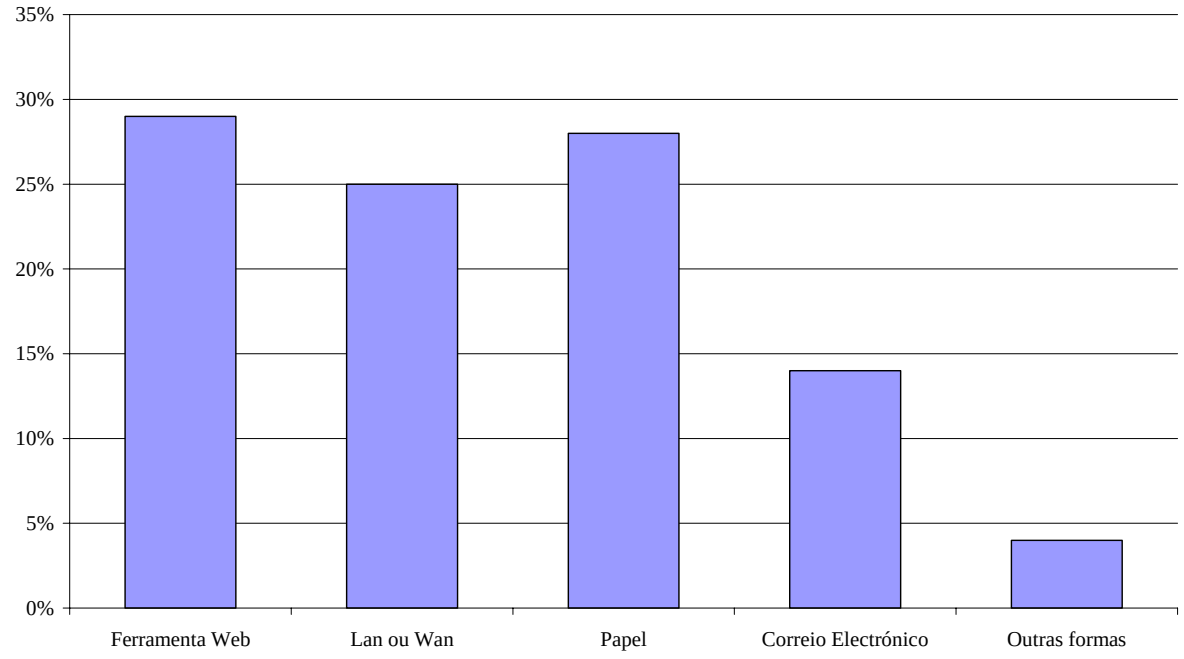
Relativamente à disseminação da aplicação pela organização, os resultados são os constam do gráfico seguinte.

Ilustração 24 – Utilização do software de BSC por níveis de gestão



Outra questão colocada pelo estudo a que temos vindo a fazer referência, prende-se com a forma de disponibilização da informação pela organização. As conclusões sobre este tema encontram-se reproduzidas no gráfico seguinte.

Ilustração 25 – Meio de disponibilização de resultados



Dos resultados apresentados surge também uma correlação com a dimensão da empresa. Assim, para uma organização com menos de 100 trabalhadores o papel é o meio mais utilizado. O correio electrónico é o meio mais utilizado para empresas até 1.000 trabalhadores. As organizações com mais de 1.000 trabalhadores utilizam prioritariamente ferramentas web e as de maior dimensão, acima dos 10.000 trabalhadores utilizam a LAN ou WAN para disseminar a informação.

Para além das conclusões mencionadas, o estudo refere também a importância da flexibilidade do software como uma mais-valia. Ninguém acerta com o seu BSC à primeira (Raef Lawson e outros, 2004). Assim, é atribuída grande importância á possibilidade do software permitir, de uma forma rápida, a definição de outros indicadores ou o ajuste dos indicadores previamente escolhidos, de forma a ser visto como uma ferramenta dinâmica e fácil de utilizar.

Na escolha de uma aplicação de suporte ao BSC, os gestores deverão levar em linha de conta três aspectos fundamentais (Scherpenseel, 2006):

1. **Minimizar as necessidades de aprendizagem de novas ferramentas**

   As tarefas diárias que são necessárias desenvolver já são suficientes para ocupar o horário normal de trabalho, pelo que a introdução de uma aplicação muito exigente em termos de consumo de tempo não será bem-vinda.

   A aplicação a escolher deve ser intuitiva, utilizar meios a que as pessoas já estão habituadas e possibilitar a exportação para outras ferramentas de uso comum.

2. **Possibilidade para incorporar folhas de cálculo.**

   Como referimos anteriormente, o início do BSC é normalmente traduzido em folhas de cálculo. Por outro lado, a folha de cálculo é uma ferramenta massivamente utilizada noutro tipo de mapas. A possibilidade de incorporar informação que se encontra nessas folhas de cálculo será não só atractiva para quem vai utilizar a aplicação mas também uma forma de não desperdiçar o histórico da organização.

3. **Impacto na estrutura tecnológica e seus recursos**

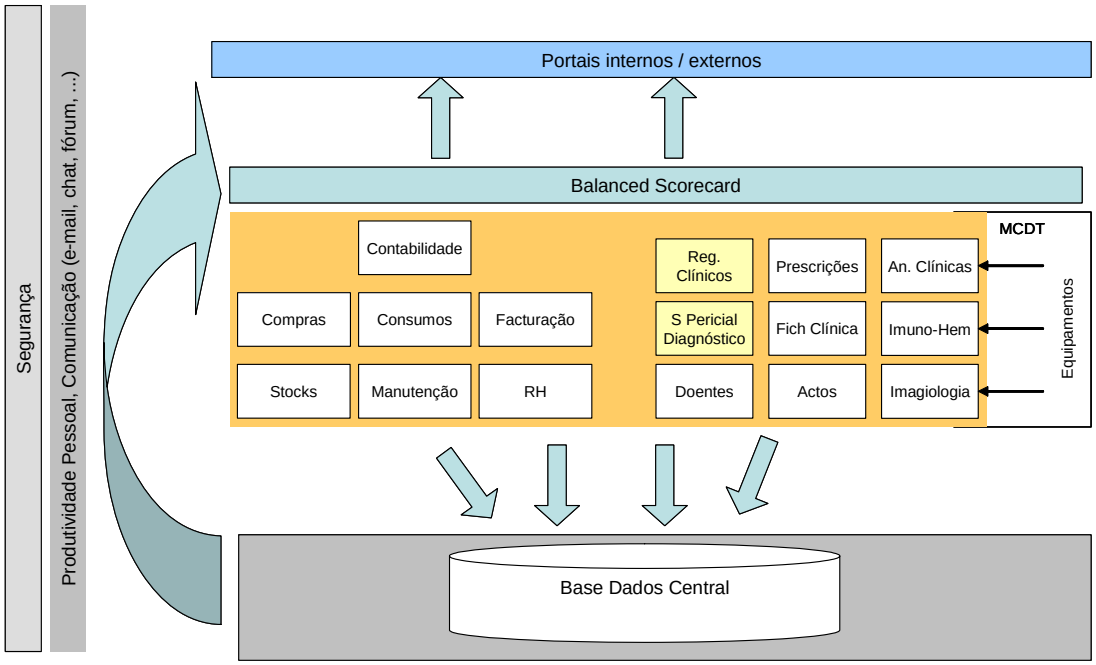
   Para além dos custos de aquisição, desenvolvimento, instalação e configuração da nova aplicação, deverá ser analisado as necessidades de hardware e é praticamente

obrigatória que a aplicação seja compatível com todas as outras ferramentas para que, por causa do BSC, não seja a organização obrigada a mudar as suas aplicações de suporte aos processos de negócio.

5.4 Proposta de Arquitectura Aplicacional

Voltando ao hospital que serve como objecto de estudo deste trabalho, apresenta-se uma proposta para a arquitectura aplicacional incorporando o BSC:

Ilustração 26 – Arquitectura aplicacional do BSC – Uma proposta



Os módulos que aqui se apresentam sob a forma genérica estão presentes no hospital de estudo, com excepção do sistema pericial de diagnóstico. Este foi aqui incluído, uma vez que poderá vir a ser uma realidade em pouco tempo.

O sistema que aqui se apresenta é constituído por conjunto de diferentes aplicações. Neste caso, temos:

- Recursos Humanos – aplicação fornecida pelo IGIF – Sistema de base de dados.

- Compras, consumos, stocks e manutenção – aplicação fornecida por entidade privada – Sistema de base de dados
- Facturação e gestão administrativa de doentes – aplicação fornecida pelo IGIF – Sistema de Base de dados
- Contabilidade – aplicação fornecida pelo IGIF – Sistema de ficheiros (Paradox)
- Aplicações clínicas – aplicação fornecida pelo IGIF – Sistema de Base de Dados com formulário *web*.
- As aplicações de meios complementares de diagnóstico são aplicações fornecidas por entidades privadas, com a particularidade de receber dados e imagem dos respectivos equipamentos. São também sistemas de Base de Dados.

A proposta que aqui se formula, teria por base um repositório comum dos dados e uma ferramenta para a exploração dos dados necessários à construção dos indicadores do BSC, com a possibilidade de publicação na página *web* interna e externa do hospital dos indicadores de forma gráfica com alertas sobre o cumprimento ou não dos objectivos.

Nesta fase, entende-se que seria útil optar por uma ferramenta que permitisse a exportação dos dados para folhas de cálculo, uma vez que são estas as ferramentas mais usuais no hospital.

Optar-se-ia também por desenvolver internamente a formulação dos indicadores, adquirindo apenas a ferramenta de exploração de dados, aproveitando o sistema de gestão de bases de dados comum a quase todas as aplicações e desenvolvendo meios para que a aplicação de contabilidade também pudesse ser incorporada nesse repositório de dados comum donde sairiam os indicadores para os BSC.

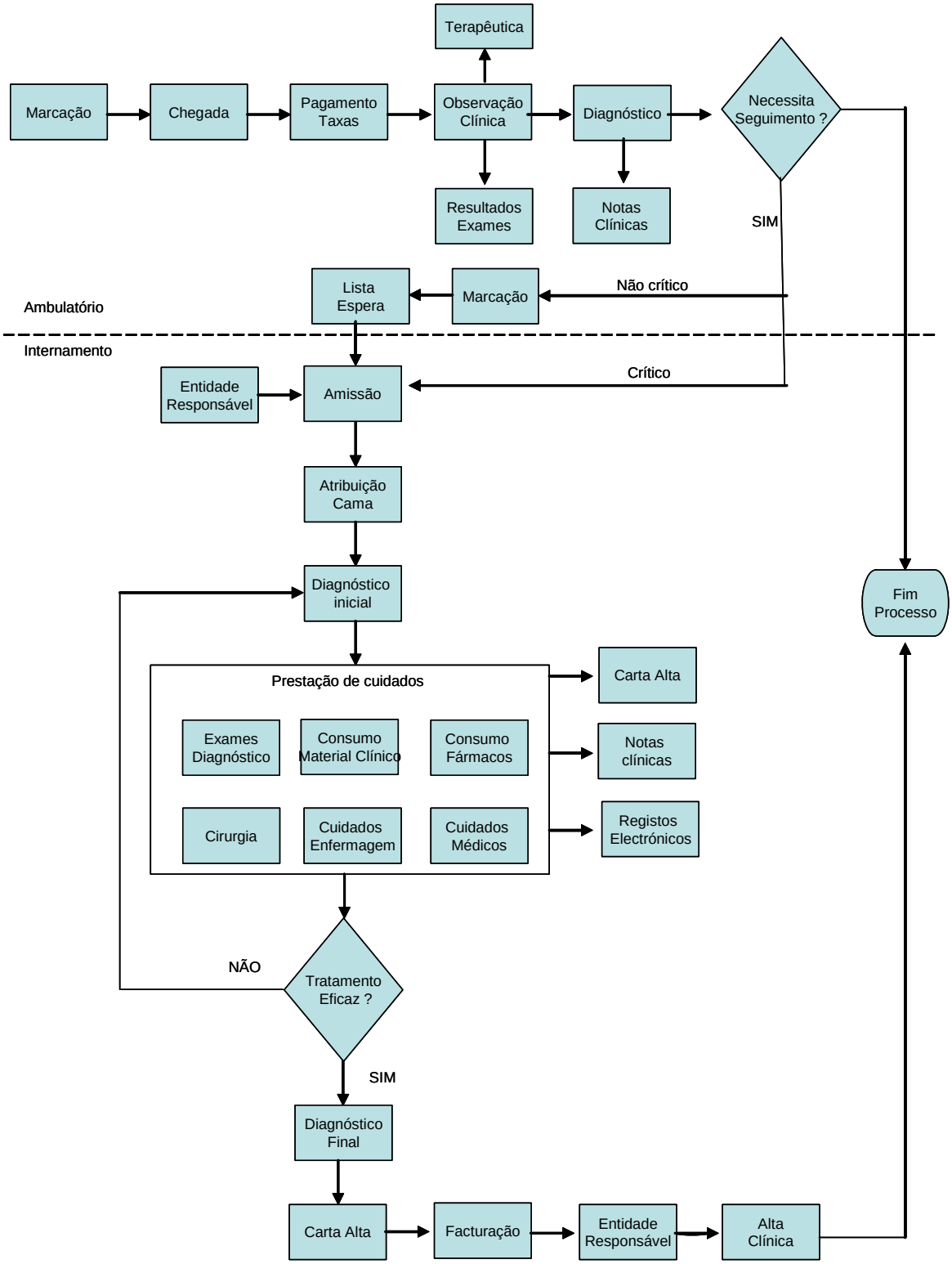
5.5 Onde procurar os dados?

Uma vez definida a tecnologia a utilizar e a sua arquitectura, é necessário identificar claramente onde é que podemos encontrar os dados necessários para a construção dos indicadores. A base de dados central, conforme definida anteriormente, agrupa os dados de todas as aplicações utilizadas no hospital, pelo que necessitamos de saber qual é a aplicação nos poderá fornecer “o” dado necessário para a construção de cada indicador.

Analisamos o circuito genérico do doente no hospital como forma de identificar qual o processo inerente a cada momento do circuito do doente, a que perspectiva do BSC corresponderá e qual a fonte de informação que lhe está inerente.

O circuito do doente será então conforme a figura seguinte.

Ilustração 27 – Circuito do Doente



Considerando então o circuito do doente e os processos que lhe estão associados, identificamos de seguida a perspectiva do BSC que lhe corresponderá e qual a fonte de informação que lhe está associada de acordo com a arquitectura definida anteriormente.

Ilustração 28 – Circuito do doente, perspectivas BSC e fonte informação

Processos	*Perspectiva BSC*	*Fonte Informação (Aplicação)*
Marcação	Cliente	Gestão de doentes
Chegada	Processos	Gestão de doentes
Pagamento Taxas	Financeira	Facturação
Terapêutica	Processos	Prescrições
Observação clínica	Clientes	Ficha clínica
Resultados Exames	Aprendizagem e crescimento	Análises clínicas, Imagiologia, Imuno-Hemo
Diagnósticos	Aprendizagem e crescimento	S. pericial diagnóstico
Notas Clínicas	Processos	Registos Clínicos
Necessita seguimento	Processos	Ficha Clínica
Lista Espera	Clientes	Gestão de doentes
Admissão	Processos	Gestão de doentes
Entidade responsável	Financeira	Facturação
Atribuição cama	Processos	Gestão doentes
Diagnóstico inicial	Aprendizagem e crescimento	Registos clínicos, ficha clínica, S. pericial diagnóstico
Exames Diagnóstico	Aprendizagem e crescimento	Análises clínicas, Imagiologia, Imuno-Hemo
Consumo Material clínico	Financeira	Consumos, stocks
Consumo Fármacos	Financeira	Consumos, Prescrições
Cirurgia	Aprendizagem e crescimento	Registos clínicos, ficha clínica,
Cuidados Enfermagem	Aprendizagem e crescimento	Actos
Cuidados Médicos	Aprendizagem e crescimento	Registos clínicos
Carta alta	Processos	Registos clínicos
Notas clínicas	Processos	Registos clínicos
Registos electrónicos	Financeira	Facturação
Tratamento eficaz?	Aprendizagem e crescimento	Gestão doentes
Diagnostico Final	Aprendizagem e crescimento	S. pericial diagnóstico
Carta alta	Cliente	Registos clínicos
Facturação	Financeira	Facturação
Entidade responsável	Financeira	Gestão doentes
Alta clínica	Processos	Gestão doentes

Para que esta formulação seja útil, é necessário que todas as aplicações indicadas na arquitectura sejam centradas no doente. Isto é, todos os dados tem que ter como referência o doente, identificado através do seu número de processo clínico ou episódio do acto que está a realizar.

6 O Investimento no BSC

Uma vez que este trabalho tem por objecto uma ferramenta de gestão baseada em sistemas de informação não poderíamos deixar passar em claro a questão do investimento e da sua análise.

A questão do investimento e respectiva análise assume ainda maior importância, uma vez que continuamos a encontrar situações em que se considera que o "investimento paga-se a si mesmo", "é uma inevitabilidade" ou "não é possível calcular os proveitos envolvidos". Contrariando estas afirmações, encontramos na literatura quem proponha modelos de análise de investimentos em SI/TIC que não só são viáveis como devem ser utilizados.

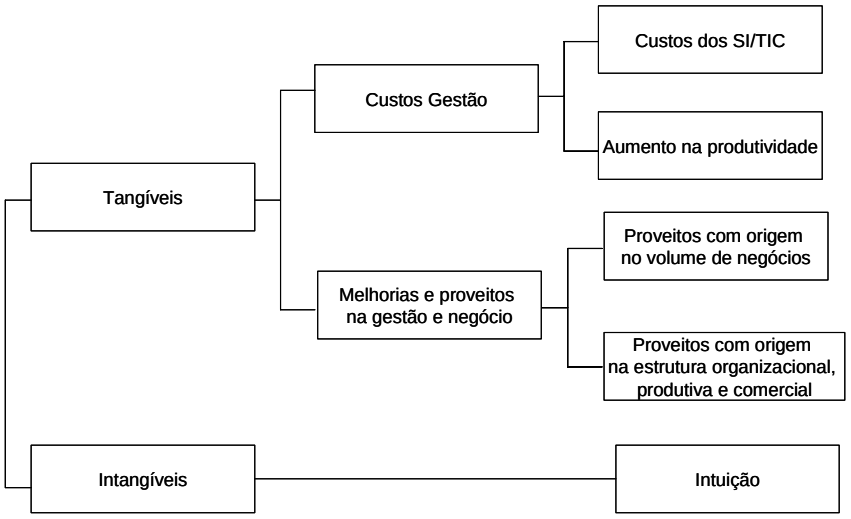
Devido ao facto de este ser um exercício de simulação, não é possível obter um valor, ainda que estimado, para o custo de uma solução para automatização do BSC. Tal como dissemos anteriormente, o BSC pode ser automatizado recorrendo a folhas de cálculo do tipo Excel, até poderosas ferramentas específicas para o efeito. O que foi possível apurar no entanto, é que o custo inerente a uma solução de automatização do BSC é mais relevante do lado do apoio e da consultoria do que do lado das aplicações.

A título de exemplo, podemos referir que para os hospitais Portugueses está disponível, a custo zero, o software "BSC da Oracle", fruto de um acordo de licenciamento de software entre o IGIF e a Oracle. Neste caso, todo o custo de investimento seria o de consultoria na instalação, implementação e apoio no desenho dos processos que conduziriam à construção dos BSC's.

Um investimento em SI/TIC, à semelhança de um qualquer outro investimento, deve proporcionar aumentos na produtividade e na eficiência, deve conduzir à redução de custos, deve, em suma, proporcionar um aumento do valor acrescentado da actividade e do negócio.

Recorremos a uma proposta de Peaucelle, citada por Almiro de Oliveira (Oliveira, 2004) para ilustrar a tipologia geral dos investimentos em SI/TIC.

Ilustração 29 – Tipologia geral de um investimento em SI/TIC



Para calcular o retorno do investimento na aquisição e implementação de um BSC recorremos a um modelo comum de análise de investimentos recorrendo ao Valor Acrescentado Líquido (VAL) e à taxa Interna de Rentabilidade (TIR).

Assim teríamos:

Ilustração 30 – Análise do Investimento – VAL (I)

€ Ano	N	N+1	N+2	N+n
Proveitos do Investimento em SI/TIC				
Directos				
Indirectos				
Valor Residual				
Total Proveitos				
Custo Investimento em SI/TIC				
Equipamento				
Software				
Assistência Técnica				
Total Custos				
Cash-Flow (Total proveitos - total custos investimento)				
Taxa de retorno				
Val (valor acrescentado líquido)				
TIR (Taxa interna de rentabilidade)				

Por forma a ultrapassar as eventuais dificuldades na determinação dos proveitos directos e indirectos e para não sucumbir aos argumentos que não se conseguem medir os proveitos de uma aplicação informáticas, substituímos os proveitos directos e indirectos

do investimento, pelos resultados após impostos que são obtidos quando consideramos todos os custos e proveitos da actividade.

Ilustração 31 – Análise do Investimento – VAL (II)

€ Ano	N	N+1	N+2	N+n
Total Proveitos				
Custo mercadorias vendidas				
Custos com pessoal				
Custos com serviços e fornecimentos externos				
Outros custos Operacionais				
Amortizações				
Juros				
Impostos				
Resultados após impostos				
Custo Investimento em SI/TIC				
Equipamento				
Software				
Assistência Técnica				
Total Custos investimento				
Cash-Flow (resultados após impostos - total custos)				
Taxa de retorno				
Val (valor acrescentado líquido)				
TIR (Taxa interna de rentabilidade)				

Pensamos ser correcto utilizar o modelo ilustrado, na medida em que:

1. O BSC não se dirige exclusivamente à redução de custos ou aumento dos proveitos. Idealmente a aplicação do BSC no hospital terá, como consequência última, implementar as políticas de gestão que melhorarão os resultados da actividade e do negócio.
2. Explicitamos os 3 principais custos operacionais da actividade do hospital;
    a. Pessoas;
    b. Medicamentos e material de consumo clínico;
    c. Meios complementares de diagnóstico e terapêutica adquiridos no exterior e principais custos hoteleiros;
3. Os dados necessários para os cálculos inerentes a análise estão todos disponíveis e são usualmente utilizados quer para o hospital como um todo, quer para as diferentes linhas de produção e serviços;
4. A taxa de retorno, como estamos no âmbito do hospital público, propõe-se utilizar uma taxa de juro isenta de risco (Obrigações do tesouro a 5 anos);

7 Conclusão

O presente trabalho é uma dissertação de mestrado em Sistemas de Informação cuja parte lectiva corresponde ao MBI – *Master in Business Information*.

O principal objectivo do MBI é "(…) centrar as preocupações da Gestão e do Negócio no recurso Informação que, por definição, se pode constituir em factor de competitividade e de racionalização da actividade gestiva e organizacional.[7]". Esta definição ajuda a clarificar o porquê de uma tese em Sistemas de Informação, assentar essencialmente na vertente da gestão da informação e a forma como esta influencia a performance das organizações, e não ser um trabalho com uma vertente tecnológica acentuada.

O trabalho tinha por grande objectivo estudar a possibilidade de aplicação do Balanced Scorecard a um hospital Português, como ferramenta estratégica para medir os resultados das políticas de gestão da unidade hospitalar.

Para chegar à conclusão foi efectuada uma revisão bibliográfica, partindo dos textos de Kaplan e Norton e analisando outros textos relatando a implementação esta ferramenta com maior ou menor sucesso.

Por força deste tema ser recente e a sua utilização nesta área de actividade ser ainda mais recente, provavelmente muitos outros textos surgirão e provavelmente com situações em que a utilização do BSC não foi bem sucedida.

Tendo em conta o que foi possível observar, não se encontram experiências de utilização desta ferramenta em hospitais portugueses, pelo que não se consegue testar na realidade o modelo que aqui se procurou apresentar. O estudo da aplicação no terreno desta ferramenta fica assim em aberto, estando em crer que haverá hospitais que se disponibilizariam para servir de campo de investigação.

No entanto, do que foi possível analisar pode-se desde logo concluir que esta ferramenta é útil uma vez que permite com um conjunto pequeno de indicadores medir a estratégia que está a ser seguida e quais as alterações que são necessárias para atingir o sucesso.

Por outro lado, a aplicação do BSC obriga a um envolvimento dos níveis mais latos da organização, à definição clara dos indicadores e qual a informação que é necessária

[7] Apresentação do MBI (http://www.porto.ucp.pt/feg/mst/mbi/apresentacao.htm)

obter, evitando a procura de “tudo sobre tudo”. O BSC, ao necessitar que a organização esteja preparada para aplicar esta ferramenta, transforma-se em mais do que um sistema de medição, transforma-se num sistema de gestão.

A interiorização que o BSC é uma ferramenta que poderá conduzir a maiores níveis de eficiência, com reduções de custo, motivou os gestores das unidades de saúde a olhar esta ferramenta com particular atenção. O controlo dos custos com a prestação de cuidados de saúde é uma preocupação constante, mais a mais pelo facto de grande parte das unidades prestadoras de cuidados de saúde serem entidades públicas.

Em Portugal, esta realidade também se verifica. Os hospitais Portugueses são tradicionalmente deficitários e ineficientes. Mesmas as alterações de estatuto empresarial a que assistimos nos últimos anos não são 100% vitoriosas nesta matéria.

Acresce ainda o facto de ser normal, os gestores dos hospitais, dizerem que não têm informação para a tomada de decisão.

Da simulação efectuada para os serviços 1 e 2 do hospital que serviu de referência a este trabalho concluímos que grande parte da informação já existe e a que não existe não exige grandes analises e/ou sistemas para obter.

Do trabalho realizado com os dois serviços em questão podemos também concluir que esta ferramenta permitiria medir os resultados da estratégia implementada, pelo que a utilização do BSC não só seria útil como desejável. É de realçar que os dirigentes destes serviços não são gestores, mas sim médicos que desempenham a função de direcção do serviço.

Assim podemos concluir que:

1. O BSC pode ser aplicado para monitorar o desempenho de um hospital;
2. É de primordial importância o envolvimento da Administração do hospital neste tema, tal como aconteceu no hospital dos serviços piloto;
3. Existirá a informação necessária e suficiente para aplicar o BSC, sem necessidade de grandes recursos e/ou investimentos;
4. O BSC é visto como uma ferramenta que efectivamente pode medir os resultados das decisões estratégicas, mas acima de tudo é um meio eficaz na detecção dos desvios permitindo assim a introdução de mecanismos de correcção.

5. A utilização desta ferramenta não é vista pelos dirigentes de serviço, em especial a classe médica como mais um meio de controlo, mas algo que permitirá medir o sucesso das estratégias baseadas também em factores clínicos.

8 Referências

1. Robert S. Kaplan, David P. Norton (1996) "The Balanced Scorecard – translating strategy into action" – *Harvard business school press*

2. S. Noorein Inamdar, Robert S. Kaplan, Mary Lou Helfrich Jones e Rita Menitoff (2000) "The Balanced Scorecard: A strategic management System for multi-sector collaboration and strategy implementation" *Quality Management in health care*, 8(4) – 21-39

3. Robert S. Kaplan, David P. Norton (1992) "The Balanced Scorecard – Measures that drive performance" *Harvard Business review*, 71 a 79

4. Robert S. Kaplan, David P. Norton (1996) "Linking the Balanced Scorecard to strategy" *California Management review*, 53 a 79

5. Almiro de Oliveira (1999) "Anatomia e metabolismo do processo decisório em contexto empresarial – algumas questões"

6. Nurit L. Friedman, Ehud Kokia, Joshua Shemer (2003) " Health Value Added (HVA); Linking strategy, performance and measurement in healthcare organizations" *IMAJ*, 3 a 8

7. Chee W. chow, Kamal Haddad, James Williamson (1998) "The balanced scorecard: A potent tool for energizing and focusing healthcare organization management" *Journal of healthcare management*, 263 a 280

8. Robert S. Kaplan, David P. Norton (1996) "Using the balanced scorecard as a strategic management system" *Harvard Business review*, 1 a 12

9. John R. Griffith, Jeffrey A. Alexander, Gail L. Warded (2002) "Measuring comparative hospital performance / Practitioner response" *Journal of Healthcare Management*", 41 a 57

10. David P. Norton (2001) "Building Strategy Maps: the importance of time-phasing the strategy" *Balanced Scorecard Report*

11. J.J. Nogueira da Rocha (1997) "A estrutura do hospital: tendências"

12. Carlos Costa, Vasco Reis (1993) "O sucesso nas organizações de saúde" *Administração Hospitalar*, 59 a 68

13. George H. pinks, Ian Mckillop, Ellen G. Schraa, Colin Preyra, Catherine Montgomery, G. Ross Baker (2001) "Creating a Balanced Scorecard for a hospital System" *Journal of health care finance*, 1 a 20

14. Jamie Wyatt (2004) “Scorecards, dashboards, and KPI’s keys to integrated performance measurement” *Healthcare Financial Management*, 76 a 80

15. Kevin Nathan, Sandra H. Pelfrey (2004) “Strong medicine for failing hospitals: A balanced Scorecard approach” *Cost Management*, 24 a 30

16. Victoria A. Robinson, Duncan hunter, Samuel E. D. Shortt (2003) “Accountability in public health units” *Canadian journal of public health*, 391 a 396

17. Bridge Lyons, Andra gumbos, Dorothy E. Bellhouse (2003) “Aligning capital investment decisions with the balanced scorecard” *Cost Management*, 34 a 38

18. Kathleen E Voelker, Jonathan S. Rakich, G Richard French (2001) “The balanced scorecard in healthcare organizations: A performance measurement and strategic planning methodology“ *Hospital topics*, 13 a 24

19. William N. Zelman, George h. Pink, Catherine B. Matthias (2003) “Use of the balanced scorecard in health care” *Journal of health care finance*, 1 a 16

20. Robert S. Kaplan, David P. Norton (2001) “Transforming the balanced scorecard from performance measurement to strategic management; Part I” *Accounting Horizons*, 88 a 104

21. John Meliones (2000) “Saving Money, Saving Lives” *Harvard Business Review*, 5 a 11

22. Louis J. Stewart, William E. Bestor (2000) “Applying a Balanced Scorecard to health care organizations“ *The journal of corporate accounting & finance*, 75 a 82

23. T.L. Wachtel, C.E. Hartford, J. A. Hughes (1999) “Building a balanced scorecard for a burn center“ *Burns*, 431-437

24. Charles J. Pinero (2002) “ The Balanced Scorecard; an incremental approach model to health care management” *Journal of health care finance*, 69 a 80

25. S. Noorein Inamdar, Robert S. Kaplan (2002) “Applying the Balanced Scorecard in Healthcare Provider Organizations” *Journal of Healthcare Management*, 179 a 195

26. Jason Oliveira (2001) “The balanced scorecard; an integrative approach to performance evaluation” *Healthcare financial management*, 42 a 46

27. Juan Solano, Maria Perez de Ovalles, Teresita Rojas, Anna Grimán Padua, Luis Mendonza Morales (2003) “Integration of system quality and balanced scorecard” *Information systems management* 66 a 80

28. http://ratings2004.healthcarecommission.org.uk/Trust/Indicator/indicators.asp?trustType=1

29. Shu-Hsin Huang e outros (2004) "Using a Balanced Scorecard to improve the performance of an Emergency Department" *Nursing Economics*, 140 a 146

30. Direcção Geral da Saúde (1998) "*O Hospital Português*"

31. Averill Richard e outros (2004) "All patient Diagnostic Related Groups (AP-DRGs) Version 21.0" *3M health Information System e New York State Department of health Division of health care finance*

32. Raef Lawson, William Stratton, Tobby Hatch (2004) "Automating the balanced scorecard" *CMA Management*, 39 a 43

33. Chris Scherpenseel (2006) "Automated Systems can work for small companies, too" *Financial Executive*, 56 a 58

34. Alexander Berler, Sotiris Pavlopoulos, Dimitris Koutsouris (2005) "Using Key Performance Indicators as Knowledge-Management Tools at a Regional Health-Care Authority Level " *IEE Transactions on information technology in biomedicine Vol9 Nº2* , 184 a 192

35. Alain Abran, Luigi Buglione (2003) "A multidimensional performance model for consolidating Balanced Scorecards" *Advances in Engineering Software*, 339 a 349

36. Brenda L. Killingsworth, Elaine Seeman (2005) "An integrative health information systems approach for facilitating strategic planning in hospitals" *Proceeding of the 2005 Southern Association of Information Systems Conference*, 172 a 177

37. Almiro de Oliveira (2004) "Análise do Investimento em Sistemas e Tecnologias da Informação e da comunicação" – *Edições Sílabo*

Anexos

Anexo I – Glossário de termos e definições

Alta de Internamento	Fim da permanência do doente num estabelecimento de saúde com internamento, resultante de uma das seguintes situações: saída com parecer médico favorável, óbito, saída contra parecer médico
Ambulatório	Conjunto de serviços que prestam cuidados de saúde a doentes não internados.
Bloco Operatório	Unidade orgânico-funcional constituído por um conjunto integrado de meios humanos, físicos e técnicos destinada à prestação de tratamento cirúrgico ou realização de exames que requeiram elevado nível de assepsia e em geral anestesia.
Centro de Saúde	Estabelecimento público de saúde, que visa a promoção da saúde, prevenção da doença e a prestação de cuidados, quer intervindo na primeira linha de actuação do serviço nacional de saúde, quer garantindo a continuidade de cuidados, sempre que houver necessidade de recurso a outros serviços e cuidados especializados.
Consulta Externa	Unidade orgânica – funcional de um hospital onde os doentes, com prévia marcação, são atendidos para observação, diagnóstico, terapêutica e acompanhamento, assim como para pequenos tratamentos cirúrgicos ou exames similares
Demora Média	Média dos dias de internamento utilizados por doente saído do estabelecimento de saúde. Calcula-se pelo quociente entre o total de dias de internamento dos doentes saídos e o total de doentes saídos
Dias de internamento	Total de dias utilizados pelos doentes internados nos diversos serviços do estabelecimento de saúde num determinado período de tempo. Exceptuam-se os dias da alta e os dias de estada no berçário ou em serviços de observação ou de urgência.

Doentes Saídos	Doentes que deixaram de permanecer internadas num estabelecimento de saúde.
Estabelecimento de saúde	Serviço ou conjunto de serviços prestadores de cuidados de saúde, dotados de direcção técnica, de administração e instalações próprias. Pode ou não ter internamento.
Hospital	Estabelecimento de saúde dotado de internamento, ambulatório e meios de diagnóstico e terapêutica, com o objectivo de prestar à população assistência médica curativa e de reabilitação, competindo-lhe também colaborar na prevenção da doença, no ensino e na investigação científica.
Hospital de agudos	Hospital que trata os doentes na fase aguda da sua doença. Trata-se de hospitais com demora média de curta duração
Hospital de Dia	Serviço de um estabelecimento de saúde onde os doentes recebem, de forma programada, cuidados de saúde, permanecendo durante o dia sob vigilância, não requerendo estadia durante a noite.
Internamento	Conjunto de serviços que prestam cuidados de saúde a indivíduos que, após serem admitidos, ocupam camas (ou berços de neonatologia ou pediatria) para diagnóstico, tratamento ou cuidados paliativos, com permanência de, pelo menos uma noite.
Serviço	Célula básica da organização dos estabelecimentos de saúde
Serviço Nacional de Saúde – SNS	Conjunto de todas as instituições e serviços oficiais prestadores de cuidados de saúde dependentes do Ministério da Saúde.
Taxa de ocupação hospitalar	Exprime, em termos percentuais, o número de camas por cada 100 que estiveram ocupadas, durante um determinado período (um ano em geral). É-nos dado pela razão entre o número de dias de internamento e a capacidade de internamento (nº de camas disponíveis) multiplicado por 365 dias.
Valência	Conjunto de meios humanos e físicos, que permite a aplicação de saberes específicos em Medicina.

Fonte: Ministério da Saúde
Direcção Geral da Saúde

.

Anexo II – Contratualização

A SITUAÇÃO ACTUAL

Pontos Fortes – do próprio Serviço
Pontos Fracos – do próprio Serviço
Oportunidades – exteriores ao Serviço
Ameaças – exteriores ao Serviço

Missão do Serviço – o que o Serviço faz e como faz.

Projecto do Serviço – o que o Serviço pretende ser daqui a 3 anos?

ACESSIBILIDADE DOS DOENTES

Identificação do Projecto _____

Objectivos quantificados	
Acções a Desenvolver	
Recursos Adicionais Necessários	
Indicadores de Acompanhamento	

Continuidade de Cuidados/Articulação com os Centros De Saúde

Identificação do Projecto _____

Objectivos quantificados	
Acções a Desenvolver	
Recursos Adicionais Necessários	
Indicadores de Acompanhamento	

MELHORIA DA QUALIDADE

Identificação do Projecto _____

Objectivos quantificados	
Acções a Desenvolver	
Recursos Adicionais Necessários	
Indicadores de Acompanhamento	

EFICIÊNCIA

Identificação do Projecto _____

Objectivos quantificados	
Acções a Desenvolver	
Recursos Adicionais Necessários	

Indicadores de Acompanhamento	

FORMAÇÃO

Identificação do Projecto _____

Objectivos quantificados	
Acções a Desenvolver	
Recursos Adicionais Necessários	
Indicadores de Acompanhamento	

PLANO DE INVESTIMENTO

Conta	**Natureza**	**Descrição**	**Tipo**	**Valor Estimado**	**Priori dade**

Notas:

1. A **conta** e **natureza** do investimento devem ser estabelecidos nos termos dos elementos anexos do Plano Oficial de Contabilidade do Ministério da Saúde;
2. **Tipo** de investimento: indicar se o investimento é de substituição ou inovação;
3. **Prioridade**: definir as prioridades relativas dos diversos investimentos previstos.

1. ACTIVIDADE ASSISTENCIAL

Departamento: **Ficha de Actividade**

Serviço:

Data:

1. Internamento

Previsão 2006

n.º camas				tx ocup	dm	dt saídos
normais	cuid intens	uid interr	total			

2. Consulta Externa

Previsão 2006

doe em espera a)	n.º gabinetes	horas gabinet	refª		n.º consultas		rácio 2ª/1ª	n.º cons	
			1ª	2ª	1ª	2ª		1ª	2ª
		0							

3. Exames Especiais

Previsão 2006

equipamento	capacid ade	capacid ade	horas médico	horas técnic	horas enfer	refª min/	n.º de exam	n.º de exam

4. Hospital de Dia

Previsão 2006

n.º camas	refª min/ tratatam c)	nº tratam

5. Bloco Operatório

Previsão 2006

bloco central	lista de espera a)	horas bloco f)	n.º intervenções				tempo médio/
			progra	peclec	urg	total	

ambula tório	horas bloco f)	n.º intervenções		tempo médio/ int h)
		normal	peclec	

6. Pessoal Médico

Existente

tipo de vínculo	número	horas b)			
		normais	extra g)	prest serviç	total
quadro					
TC (35 h)					
TCP (42 h)					
eventuais					
cont termo certo					
internos					
total					

Previsão 2006

tipo de vínculo	número	horas b)			
		normais	extra g)	prest serviç	total
quadro					
TC (35 h)					
TCP (42 h)					
eventuais					
cont termo certo					
internos					
total					

Horas médico disponíveis e distribuição semanal por actividade

Actividades	actividade programada b)						consulta intern	urg/residência	ensino/ formação	direcção/ gestão	total
	intº	cons ext	bl operat	exam esp	hosp dia	reuniões					
n.º											
%											100%

* Discriminar as horas/efectivo por tipo de actividade

7. Pessoal de Enfermagem

existente

tipo de vínculo	número	n.º horas	total
quadro			
cont adm prov			
cont termo certo			
prestação serviços			
outros			
total			

turnos	n.º enfº/ turno	
	2º a	sáb,do
M		
T		
N		
total		

* n.º turnos diário

previsão 2006

tipo de vínculo	número	n.º horas	total
quadro			
cont adm prov			
cont termo certo			
prestação serviços			
outros			
total			

turnos	n.º enfº/ turno	
	2º a	sáb,do
M		
T		
N		
total		

* n.º turnos diário

Previsão 2006

Actividades	actividade programada b)					total
	Actividade	prestaçao cuidados	chefia	formação em	reuniões	outras	
n.º	horas						
%	%						100%

* Discriminar as horas/efectivo por tipo de actividade

8. Pessoal Técnico

existente

tipo de vínculo	número	n.º horas	total
quadro			
cont adm prov			
cont termo certo			
prestação de serviços			
total			

previsão 2006

tipo de vínculo	número	n.º horas	total
quadro			
cont adm prov			
cont termo cer			
prestação de s			
total			

9. Pesssoal Secretariado

existente

tipo de vínculo	número	n.º horas b)	total
quadro			
cont termo certo			
prestação de serviços			
total			

previsão 2006

tipo de vínculo	número	n.º horas b)	total
quadro			
cont termo cer			
prestação de s			
total			

10. Pessoal Auxiliar

existente

tipo de vínculo	número	n.º horas b)	total
quadro			
cont adm prov			
cont termo certo			
prestação serviços			
outros			
total			

turnos	n.º auxiliares/turno	
	2º a 6ª*	sáb,dom
M		
T		
N		
total		

* n.º turnos diário

previsão 2006

tipo de vínculo	número	n.º horas	total
quadro			
cont adm prov			
cont termo certo			
prestação serviços			
outros			
total			

turnos	n.º auxiliares/turn	
	2º a 6ª*	sáb,dom
M		
T		
N		
total		

* n.º turnos diário

11. Variação Total de Pessoal para 2006

Grupo Profissional	número	n.º horas b)
Médico		
Enfermagem		
Técnico Superior Saúde		
Técnico Superior		
Técnico Diagn e Terap		
Administrativo		
Auxiliar		
total		

12. Orçamento 2006

Rubrica	**valor**		
	2004	2005*	2006
Consumos			
produtos farmacêuticos			
material consumo clínico			
material consumo hoteleiro			
material consumo administrativo			
material manutenção e conserv			
Sub-contratos			
meios compl diagnóstico exterior			
meios compl terapêutica exterior			
transporte de doentes			
aparelhos complementares terapêutica			
mcdt internos			
Patologia laboratorial			
imagiologia			
outros			
Fornecimento e serviços			
honorários			
custos com pessoal			
ord salários médicos			
ord salários enfermagem			
ord salários técnicos			
ord salários outros			
horas extraordinárias			
noites e suplementos			
Total			

*estimativa

notas:

a) nº de 1ª consultas, exames ou intervenções, relativas a doentes em lista de espera com referência à data de preenchimento da ficha

b) com referência à semana

c) tempo médio do acto considerado em minutos ou horas conforme o caso

d) **cap.disponivel:** n.º de horas semanais em que o Serviço tem o equipamento disponivel, considerando como periodo máximo das 8h às 20 h; **cap. utilizada:** n.º de horas semanais em que o equipamento tem actividade programada

e) exames realizados no exterior no 1º semestre de 2005

f) horas de bloco programadas para a actividade normal com referência à semana

g) considerar apenas as realizadas em actividade programada

h) tempo médio por intevenção programada (em horas)