



Instituto Superior de Economia e Gestão

UNIVERSIDADE TÉCNICA DE LISBOA

UNIVERSIDADE TÉCNICA DE LISBOA
INSTITUTO SUPERIOR DE ECONOMIA E GESTÃO

MESTRADO EM CIÊNCIAS EMPRESARIAIS

NÍVEL DE IMPLEMENTAÇÃO DO BALANCED
SCORECARD NOS HOSPITAIS: O CASO PORTUGUÊS

Mafalda Chambino da Silva e Costa

Júri: Presidente: Doutor Pedro Luís Pereira Verga Matos

Orientação: Doutora Carla Maria Marques Curado

Vogal: Doutor Fernando Lopes Ribeiro Mendes

Junho 2012

Resumo

A sobrevivência das organizações no longo prazo depende da sua adaptação às alterações ocorridas no ambiente organizacional. Começando pela inclusão de indicadores não financeiros e pelo foco nas actividades críticas. O BSC como sistema de gestão estratégica permite a disposição de vários indicadores em quatro perspectivas. Este estudo empírico, exploratório e descritivo, pretende averiguar os sistemas de gestão estratégica e os indicadores utilizados nos Hospitais, estabelecendo o grau de implementação do BSC. Concluimos que a utilização e o grau de implementação do BSC são reduzidos contrastando com o TdB nos Hospitais.

Palavras-chave: *Balanced Scorecard*, Instituições Hospitalares, Sistemas de gestão estratégica.

Abstract

The long-term survival of organizations depends on its adaptation to changes in the organizational environment. Starting with the inclusion of non-financial indicators and the focus on critical activities. The BSC as a strategic management system enables the provision of various indicators in four perspectives. This empirical, exploratory and descriptive study, seeks to ascertain the strategic management systems and indicators used in hospitals, establishing the degree of implementation of the BSC. We conclude that both, the use and the degree of implementation of the BSC are reduced in contrast with the TdB in hospitals.

Keywords: Balanced Scorecard, Health Care Institutions, Strategic Management Systems.

Índice

1. Introdução.....	1
2. Revisão de literatura.....	2
2.1. Sistemas de avaliação de desempenho Organizacional	2
2.2. Balanced Scorecard – Conceito.....	3
2.3. A base do BSC: Missão, Visão e Estratégia	4
2.4. Evolução do Conceito de <i>Balanced Scorecard</i>	5
2.5. Vantagens e desvantagens do BSC.....	9
2.6. Relações entre os indicadores do BSC e a estratégia da organização	10
2.7. Indicadores do BSC.....	11
2.8. Metas – Definição e Tolerância.....	13
2.9. Tableaux de Bord versus BSC	14
2.10. BSC nos Hospitais	15
3. Indústria Hospitalar em Portugal	20
4. Metodologia.....	22
4.1. Recolha de dados.....	22
4.2. Análise dos dados.....	24
4.3. Resultados e Discussão	29
5. Conclusões, limitações e futuros trabalhos	33
6. Bibliografia.....	36
7. Anexos.....	42

Índice de Figuras

Figura 1 – Ligações do Balanced Scorecard às medidas de desempenho	42
Figura 2 – A tradução da visão e da estratégia: quatro perspectivas	42
Figura 3 – Ligação das métricas nas quatro perspectivas	43
Figura 4 – Gestão estratégica: 4 processos.....	6
Figura 5 – Exemplo do Mapa Estratégico do <i>Duke Children's Hospital</i>	8
Figura 6 – Escala de situação do objectivo	14
Figura 7 – Desenho do BSC para o sector público e entidades sem fins lucrativos	16
Figura 8 – Questionário.....	48
Figura 9 – Carta de apresentação.....	50
Figura 10 – Resumo do nível de implementação do BSC nos Hospitais.....	33

Índice de Tabelas

Tabela 1 – Exemplos de indicadores de medição relativos a cada perspectiva.....	3
Tabela 2 – Explicação dos 4 processos do BSC.....	7
Tabela 3 – Vantagens e desvantagens do BSC.....	9
Tabela 4 – Número sugerido de medidas em cada perspectiva do BSC.....	11
Tabela 5 – Alteração das perspectivas utilizadas no BSC.....	11
Tabela 6 – Características dos indicadores.....	13
Tabela 7 – Divergências entre o TdB e o BSC.....	15
Tabela 8 – Hospitais que utilização o BSC, segundo a literatura.....	43
Tabela 9 – Indicadores hospitalares segundo a literatura.....	17
Tabela 10 – Características específicas dos Hospitais.....	44
Tabela 11 – Lista de Hospitais em Portugal.....	44
Tabela 12 – Distribuição geográfica.....	24
Tabela 13 – Tipo de entidade.....	24
Tabela 14 – Cargos dos inquiridos.....	25
Tabela 15 – Perfil dos inquiridos.....	25
Tabela 16 – Meios de comunicação da estratégia.....	25
Tabela 17 – Períodos de avaliação da estratégia.....	26
Tabela 18 – Tipo de indicadores utilizados.....	26
Tabela 19 – Razões para a utilização de indicadores não financeiros.....	26
Tabela 20 – Áreas de utilização de indicadores não financeiros.....	27
Tabela 21 – Os 10 indicadores mais utilizados pelos inquiridos.....	27
Tabela 22 – Sistemas de gestão estratégica.....	27
Tabela 23 – Justificação para a implementação do BSC.....	28
Tabela 24 – Responsáveis pela definição dos indicadores do BSC.....	28
Tabela 25 – Número de indicadores utilizados em cada perspectiva.....	28
Tabela 26 - Grau de implementação do BSC nas Instituições Hospitalares.....	30
Tabela 27 - Relação entre o nível de implementação do BSC e o tipo de entidade.....	32

Lista de Abreviaturas e siglas

BSC – *Balanced Scorecard*

CEO – *Chief Executive Officer*

C. Unit. – Custo Unitário

EPE – Entidade Pública Empresarial

Nº – Número

NUTS – Nomenclatura Comum das Unidades Territoriais Estatísticas

OMS – *Office Strategy Management*

PMEs – Pequenas e Médias Empresas

PPP – Parcerias Público/Privadas

SNS – Serviço Nacional de Saúde

SPA – Sector Público Administrativo

TdB – *Tableaux de Bord*

Tx – Taxa

1. Introdução

A indústria da saúde, é aquela que mais recursos públicos consome (Matos e Ramos, 2009). O aumento da despesa no sector da saúde e o nível de endividamento destas instituições verificam-se em países como a Austrália, Bélgica e Alemanha, (Forgione, 1997).

Segundo Vale (2011), em 2011, o nível de despesas com a saúde em Portugal (sector público e privado), em relação ao PIB era de 9,9%, sendo o quinto mais elevado dos países da OCDE, tendo o SNS apresentado uma dívida superior a 2,7 mil milhões de euros, mais especificamente as dívidas dos Hospitais ascenderam os 1625 milhões de euros.

Segundo Hildebrandt (2001) *apud* Brinkmann, Gebhard, Isenmann, Bothner e Schwilk (2003), muitos dos processos formais como a elaboração e concretização estratégia, a visão, os princípios e valores e objectivos corporativos, são desconhecidos e deixados para segundo plano por muitos dos gestores hospitalares.

Os hospitais portugueses precisam de uma ferramenta que os submeta à adopção de políticas de gestão, estratégias sectoriais e formas para definir objectivos e medidas para traduzir a missão e a visão destas organizações (Matos e Ramos, 2009).

Os objectivos desta dissertação consistem em:

- Verificar quais os sistemas de gestão estratégica que são utilizados pelos hospitais em Portugal;
- Averiguar quais as áreas relevantes na escolha dos indicadores hospitalares;
- Averiguar se existem hospitais em Portugal a utilizar o BSC;
- Verificar em que nível de implementação do BSC os hospitais portugueses se encontram, através dos indicadores por eles disponibilizados.

Segundo Chan e Ho (2000), a implementação do BSC nas organizações prestadoras de cuidados de saúde é um tema pouco investigado. A literatura encontrada nesta área enfatiza os benefícios da ferramenta, as etapas de construção do BSC e descreve as motivações, experiências e resultados da óptica dos executivos de saúde (Inamdar, Kaplan e Bower, 2002).

O BSC nos hospitais permitirá um conhecimento profundo dos clientes, maior foco nos processos internos e na dinamização dos *stakeholders* internos, o que fortalece as relações com os clientes e o esforço para a atracção de mais clientes, aumentando a sua fidelidade e o retorno de um valor (Macstravic, 1999).

2. Revisão de literatura

2.1. Sistemas de avaliação de desempenho Organizacional

Nos anos 70, verificaram-se alterações no ambiente organizacional, devido: à globalização, ao aumento da competitividade, à concorrência à escala global, ao rápido desenvolvimento tecnológico, ao conhecimento como factor de produção e à segmentação e foco nos clientes (Drucker, 1997, 2001; Kaplan e Norton, 1997).

As mudanças no ambiente organizacional obrigaram as organizações a adaptar o seu comportamento, exigindo maior flexibilidade relativamente aos processos de trabalho, agilidade de adaptação à mudança, gerar conhecimento devido aos processos de aprendizagem organizacional, criação de capital intelectual e uma visão sistémica da organização (Hayes e Pisano, 1994).

Devido a estas alterações, os sistemas de avaliação de desempenho organizacional até então utilizados pelas organizações começaram a ser alvo de críticas relativamente a utilizarem somente indicadores financeiros, demonstrando serem insuficientes dadas as actuais condições que as organizações enfrentavam (Mayfield, 1997; Ahn, 2001).

Segundo Letza (1996), muitos gestores focam-se no que lhes permite obter compensações imediatas, ou seja, centram-se apenas nos indicadores financeiros, secundarizando os indicadores não financeiros, sacrificando o negócio e a organização a longo prazo para obter ganhos no curto prazo.

Os indicadores financeiros reportam situações passadas e de curto prazo não reflectindo o real desempenho da organização. Em contraposição os activos intangíveis reflectem-se a longo prazo, revelando que estes sistemas são uma ferramenta imprópria e insensível para a tomada de decisão (Letza, 1996; Mayfield, 1997; Ittner e Larcker, 1998; Kaplan e Norton, 1992 e 1993; Nørreklit, 2000; Bourguignon, Malleret e Nørreklit, 2004).

Os activos intangíveis permitem aos gestores focarem as suas acções no longo prazo, possibilitando um melhor conhecimento da organização (Banker, Potter e Srinivasan, 2000; Van Veen-Driks e Wijin, 2002). Os desenvolvimentos destes sistemas registam-se ao nível da incorporação dos activos intangíveis e da implementação da estratégia (Nørreklit, 2000 e Bourguignon *et al.*, 2004).

Um sistema de avaliação de desempenho organizacional consiste num conjunto de pessoas, processos, ferramentas e indicadores, estruturados para recolher, descrever e

interpretar dados, fornecendo informações acerca das múltiplas dimensões de desempenho para os usuários dos vários níveis hierárquicos (Clark, 1995; Bititci, Turne e Begemann, 2000; Bourne, Neely, Platts e Mills, 2002).

2.2. Balanced Scorecard – Conceito

Kaplan e Norton apresentaram o BSC pela primeira vez, no artigo “The Balanced Scorecard: Measures that drive performance”, da Harvard Business Review em 1992, demonstrando que esta ferramenta possibilita a ligação entre os objectivos de curto e longo prazo, procurando complementar os indicadores tradicionais com indicadores que os autores consideram essenciais, para garantir o sucesso e a sobrevivência das organizações (Kaplan e Norton, 1996a).

O BSC pode ser visto como uma ferramenta de comunicação interna, ao permitir às organizações manifestar as suas decisões e acções estratégicas, para com os stakeholders, os clientes, os colaboradores, entre outros, envolvendo todos os níveis da organização (Kaplan e Norton, 1993, 1996a).

Segundo Kaplan e Norton (1992, 1993, 1997), o BSC é uma ferramenta que expõe a visão e a estratégia da organização num conjunto abrangente de medidas de desempenho, (Tabela 1), servindo de base para um sistema de medição e gestão estratégica, construído em torno de quatro perspectivas distintas, são elas: a financeira, a dos clientes, a dos processos internos e a da aprendizagem e crescimento, (Figura 2, em anexo).

Tabela 1 – Exemplos de indicadores de medição relativos a cada perspectiva

Perspectivas do BSC:			
Financeira:	Clientes:	Processos Internos:	Aprendizagem e Crescimento:
Detêm indicadores de medição relacionados com a rentabilidade, tais como: a taxa de crescimento das vendas, o retorno sobre o investimento, activos e património, o lucro por acção e o valor económico agregado.	Os indicadores de medição relativos aos clientes e ao mercado, como por exemplo: a satisfação do cliente, o nº de reclamações dos clientes, a retenção dos clientes, a tx de crescimento do mercado e a tx de participação no mercado.	Possui indicadores de medição relativos ao impacto sobre a realização dos objectivos da organização, tais como: a melhoria do fluxo e da inovação, a tx de realização de trabalho, a redução da tx de atraso de entrega e a melhoria da qualidade do produto e serviço.	Os indicadores de medição estão relacionados com a criação de crescimento a longo prazo e melhorias na organização através: do reforço do potencial dos colaboradores, de fortalecer as competências dos sistemas de informação, da intensificação da autoridade/ responsabilidade e incentivos, da redução de demissões dos colaboradores e da satisfação dos colaboradores.

Fonte: Elaboração própria, com base em Kaplan e Norton (1996a; 1996b).

O BSC também mistura indicadores de resultados com os vectores de desempenho. Através dos vectores de desempenho, os gestores compreendem como

podem atingir um determinado resultado, visto que estes fornecem esse tipo de informação (Kaplan e Norton, 1993; 1996a).

Segundo Kaplan e Norton (2001a), através da implementação do BSC, as empresas conseguem alinhar a estratégia de unidades inferiores à estratégia global da organização, permitindo possuir uma organização mais focalizada na estratégia.

O BSC pode ser adoptado pelos diversos sectores, tais como: seguros, serviços bancários, telecomunicações, serviços de saúde, energia, comércio electrónico, Governo, empresas sem fins lucrativos, entre outros (Kaplan e Norton, 2000a).

2.3. A base do BSC: Missão, Visão e Estratégia

A missão representa a existência da organização, ou seja, define estratégias específicas e necessárias para atingir metas cruciais, criando organizações mais disciplinadas (Collins e Hage, 1993; Ducker, 1989).

Segundo King e Cleland (1978), a missão define qual a contribuição que a organização pretende trazer para os seus *stakeholders*. A missão anuncia com exactidão o propósito da organização, diferenciando-se da visão, que foca o futuro e define o que a organização se pretende tornar (Brown, 2000).

A visão deve representar o estado futuro desejado a longo prazo da organização, deve ser descrita de forma clara, inspiradora e impulsionadora, alinhando os valores centrais da organização com os padrões actuais em que se encontra (Senge, 1990).

Segundo Cruz (2005), a visão é a descrição da realidade futura desejada para onde a empresa quer convergir. Entre essa realidade e a situação actual existem lacunas que têm de ser preenchidas e ultrapassadas. Assim a estratégia apresenta o caminho pelo qual a empresa pretende realizar essa viagem. A estratégia é um conceito multidimensional e situacional, o que dificulta a existência de um consenso em relação à sua definição (Hambrick, 1980).

A estratégia consiste num plano unificado, que engloba e integra as relações entre as vantagens estratégicas e os desafios do meio envolvente. É elaborada para se certificar que os objectivos básicos da empresa são atingidos (Jauch e Glueck, 1980). “A estratégia implica o movimento da organização a partir da sua posição actual para a posição desejável, mas com um futuro incerto” (Kaplan e Norton, 2000a).

Segundo Mintzberg (1987) *apud* Nørreklit (2000), podem existir lacunas entre a estratégia expressa nas actividades previstas e a estratégia expressa no padrão de acções realizadas.

A maioria dos executivos não consegue explicitar de forma sintética os objectivos, o âmbito ou as vantagens dos seus negócios ou empresas. Isto deve-se ao facto de muitos dos executivos não conhecerem os elementos que integram uma estratégia, o que inviabiliza o desenvolvimento de um rumo claro para a mesma (Collis e Rukstad, 2008).

Segundo Kaplan e Norton (2005), 95% dos colaboradores das organizações desconhecem ou não percebem as estratégias das suas organizações, constituindo um problema, pois são os que estão mais próximos dos clientes e que desenvolvem o processo, para que a organização consiga implementá-la de forma efectiva.

A primeira etapa para a criação de uma boa estratégia, consiste numa cuidadosa avaliação da indústria. Incluindo, a compreensão das necessidades dos clientes, formas de criação de valor para os clientes e uma análise da estratégia da concorrência, prevendo os seus comportamentos futuros (Collis e Rukstad, 2008).

Este processo deve centrar-se nas capacidades e recursos que a organização e que os seus concorrentes dispõem. Para o correcto desenvolvimento e implementação da estratégia é essencial que a sua comunicação envolva todos os colaboradores da organização independentemente do nível hierárquico (Collis e Rukstad, 2008).

2.4. Evolução do Conceito de *Balanced Scorecard*

Desde apresentação do BSC em 1992, registou uma evolução no conceito, como a incorporação da aprendizagem e das diversas implementações que foram feitas no mais variado tipo de organizações (Kaplan e Norton, 2000a; Marr e Schiuma, 2003).

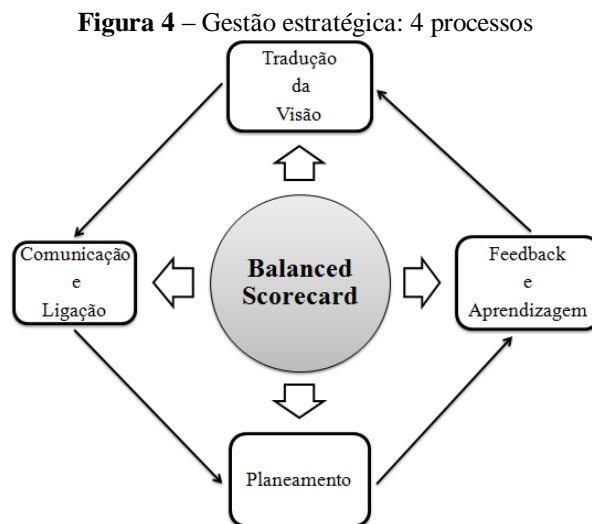
Segundo Kaplan e Norton (1992; 1993), o BSC original apresentava as quatro perspectivas (financeira, clientes, processos e aprendizagem), exigindo a fixação de metas, objectivos e indicadores para cada perspectiva, possibilitando quantificar a performance das organizações.

A combinação de indicadores financeiros e não financeiros, de curto e longo prazo, permitia-lhes obter uma relação causa-efeito entre todas as perspectivas, na Figura 1, em anexo podemos verificar o aspecto inicial do BSC (Kaplan e Norton, 1992; 1993).

Posteriormente Kaplan e Norton (1993; 1996a; 1996b), demonstraram o BSC como instrumento para delinear e comunicar as prioridades aos gestores, colaboradores e investidores, conduzindo à colocação da visão e da estratégia no centro do BSC, e a cada perspectiva conter objectivos, métricas, metas e iniciativas (Figura 2, em anexo), possibilitando a implementação de uma estratégia organizacional coerente.

A essência do BSC está na ligação entre os indicadores das quatro perspectivas numa relação causal, delineada com a seguinte ordem: indicadores de aprendizagem e crescimento, indicadores de processos internos, indicadores de clientes e indicadores financeiros, onde cada perspectiva deve conter indicadores *lag* e *lead*, interagindo horizontalmente com as áreas e verticalmente entre as áreas (Figura 3, em anexo) (Kaplan e Norton, 1996a; 1996b).

Segundo Kaplan e Norton (1996a; 1996b), a utilização do BSC permite às organizações alcançarem quatro processos, a tradução da visão, a comunicação e ligação, o planeamento e o feedback e aprendizagem.



Fonte: Adaptado de Kaplan e Norton (1996a).

Tabela 2 – Explicação dos 4 processos do BSC

Traduzir a Visão	Comunicação e ligação	Planeamento	Feedback e Aprendizagem
Auxilia os gestores a traçarem de forma consensual a visão estratégica da organização, para que seja possível a sua transmissão para toda a organização, num conjunto integrado de objectivos e medidas, que descrevem os <i>drivers</i> de longo prazo.	Faculta a comunicação da estratégia a toda a organização, por parte dos gestores, de cima para baixo, ligando os objectivos departamentais e individuais, assim todos os níveis da organização entenderam a estratégia, e isto irá permitir o alinhamento dos objectivos departamentais e individuais à estratégia de longo prazo.	Permite a integração entre os negócios da empresa e os planos financeiros, ou seja, os gestores utilizam os objectivos fixados para as medidas do BSC, com base na alocação de recursos e definição de prioridades, assim podem realizar as iniciativas indo ao encontro dos objectivos estratégicos de longo prazo que foram previamente fixados.	Fornece às empresas a capacidade de aprendizagem estratégica, ou seja, as empresas que tenham o BSC no centro dos seus sistemas de gestão puderam monitorar os resultados de curto prazo e avaliar a estratégia de acordo com o seu desempenho recente, assim o scorecard permite às empresas alterar as estratégias para reflectir a aprendizagem em tempo real.

Fonte: Elaboração Própria, com base em Kaplan e Norton (1996a).

Numa segunda fase da evolução do conceito do BSC, esta ferramenta começou a ser adoptada, não só por grandes empresas do sector privado, mas também PME's, pelo sector público e pelas organizações sem fins lucrativos, sendo que nestes dois últimos casos, houve um reajuste do conceito e do modelo, devido às estratégias e formas de gestão destes sectores (Kaplan e Norton, 2004).

Segundo Kaplan e Norton (2000a; 2004), as organizações necessitavam de desenvolver mapas estratégicos para complementar o BSC, permitindo-lhes comunicar e implementar a estratégia. Os mapas estratégicos ilustram de forma clara, os objectivos, as iniciativas, as metas, as medidas que são utilizadas para avaliar o desempenho e detectar lacunas existentes nas estratégias que os gestores pretendem implementar. A aplicação do BSC na medição e performance da estratégia assenta em cinco princípios, segundo Kaplan e Norton (2001b):

1. Mobilizar a mudança através da liderança executiva.
2. Traduzir a estratégia em termos operacionais;
3. Alinhar a organização com a estratégia;
4. Transformar a estratégia numa tarefa quotidiana de todos;
5. Fazer da estratégia um processo contínuo.

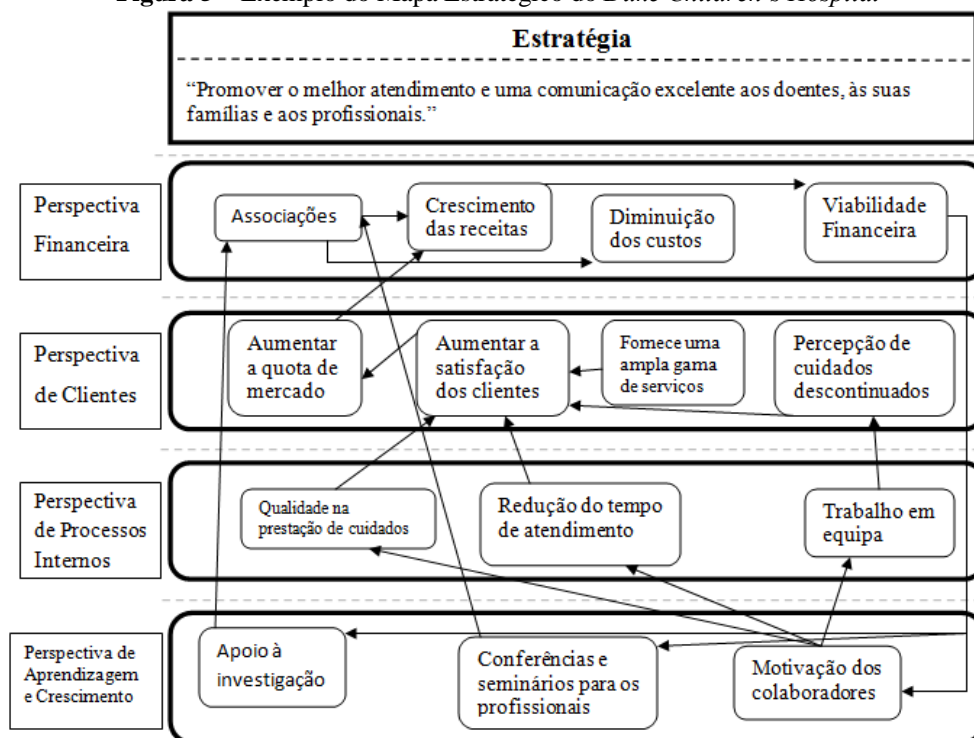
Os mapas estratégicos devem ser construídos de cima para baixo, isto significa que primeiramente devemos decidir o nosso “destino” para depois traçarmos o nosso “caminho” (Kaplan e Norton, 2000a; 2004).

A perspectiva financeira deve basear-se no equilíbrio entre as metas de curto e longo prazo, para aumentar o valor dos accionistas, embora existam excepções como as organizações sem fins lucrativos ou o sector público, ao colocarem os clientes ou contribuintes no topo do seu mapa estratégico (Kaplan e Norton, 2000a; 2004).

A perspectiva do cliente estrategicamente baseia-se na prestação de valor diferencial, ao enunciar a relação existente entre os atributos dos produtos e serviços, o relacionamento com os clientes e a imagem corporativa que a organização oferece, relativamente aos seus concorrentes (Kaplan e Norton, 2000a; 2004).

Na perspectiva dos processos internos, as actividades críticas da organização são a forma de criação de valor e por fim a perspectiva de aprendizagem e crescimento, que elucida as competências essenciais e habilidades, a tecnologia e a cultura corporativa, de forma a alinhar esta perspectiva com a estratégia (Kaplan e Norton, 2000a; 2004).

Figura 5 – Exemplo do Mapa Estratégico do *Duke Children's Hospital*



Fonte: Adaptado Kaplan e Norton (2000a).

A terceira evolução do conceito efectua-se quando os autores sugerem a implementação de um departamento para a execução estratégica (OSM), isto é, a criação de uma equipa executiva que permitirá uma maior comunicação com o *CEO* da organização (Kaplan e Norton, 2005).

Esta equipa deteria as seguintes funcionalidades: conceber e gerir o *scorecard*; rever, desenvolver e comunicar a estratégia; identificar as iniciativas estratégicas e garantir que qualquer alteração no planeamento estratégico vai ao encontro do mapa estratégico do BSC. Assim o BSC permite a validade contínua das evidências adoptadas na estratégia, com a possibilidade de actualizações adequadas (Kaplan e Norton, 2005).

Esta evolução veio reforçar o alinhamento da organização com a estratégia, ou seja, o terceiro princípio do BSC e a articulação da estratégia com os drivers essenciais. O objectivo do BSC é alinhar as melhorias de curto prazo com o processo prioritário a longo prazo (Kaplan e Norton, 2006; 2008).

O BSC permite às organizações colmatar lacunas existentes no seu alinhamento, transmitindo as acções prioritárias a cada nível da organização, desta forma só será possível a criação de valor através das sinergias originadas entre os diversos níveis da organização e canalizar toda essa força para gerar um desempenho notável (Kaplan e Norton, 2006).

2.5. Vantagens e desvantagens do BSC

A principal interrogação dos *CEOs* relativamente à implementação do BSC, prende-se com o rácio benefício/custo, com a demora do processo de implementação e a adequação do sistema ao sector de actividade da organização (Mooraj, Oyon e Hosteller, 1999). Na Tabela 3 estão enunciadas várias vantagens e desvantagens do BSC.

Tabela 3 – Vantagens e desvantagens do BSC

Vantagens	Autores	Desvantagens	Autores
Reúne toda a informação, com vários elementos díspares, num único relatório.	Kaplan e Norton (1992)	A validade do modelo depende da relação causa-efeito entre as variáveis, o que nem sempre existe.	Nørreklit (2000;2003); Kanji e Sá (2002)
Traduz a visão e a estratégia num conjunto medidas de desempenho organizacional.	Kaplan e Norton (1992; 1993; 1997)	O tempo e os custos de implementação são elevados.	Ittner e Lacker (1998); Drew e Kaye (2007)
Permite a comunicação entre os vários níveis hierárquicos.	Esptein e Manzoni (1997); Kaplan e Norton(1993; 1996a)	A ligação das recompensas ao desempenho organizacional, é vista sob forma de pressão, o que pode provocar a manipulação da informação por parte dos gestores.	Otley (1999)
Evidencia os clientes e o mercado.	Kaiji e Sá (2002)	É um sistema muito direccionado para os clientes, excluindo algumas partes interessadas.	Kanji e Sá (2002); Kaplan e Norton (1996a)
Permite uma visão mais equilibrada da organização, realçando os <i>trade-offs</i> entre os indicadores.	Esptein e Manzoni (1997)	A relação existente entre as medidas do BSC é ambígua.	Kapaln e Norton (1996a)
Possibilita uma visualização rápida da performance das diversas áreas departamentais da organização.	Kaplan e Norton (1992); Epstein e Manzoni (1998); Malina e Selto (2001)	Os indicadores das quatro perspectivas não influenciam de forma unidireccional, pois os indicadores da perspectiva de aprendizagem e crescimento são drivers para os processos internos e assim sucessivamente até chegar a perspectiva financeira.	Nørreklit (2000)
Faz o alinhamento entre os objectivos individuais e a	Kaplan e Norton (1996a)	A construção do BSC é <i>Top – Down</i> , ou seja, é bastante difícil	Nørreklit (2000)

estratégia.		obter o scorecard direccionado para as carências organizacionais dos colaboradores.	
Limita o número de indicadores por cada perspectiva, obrigando os gestores a focarem-se apenas nas actividades críticas.	Kaplan e Norton (1993): DeBusk, Brown e Killough(2003)	É um sistema complexo, devido à relação causal que tem de estabelecer	Ittner e Larcker (1998); Drew e Kaye (2007)

Fonte: Elaboração própria, com base nos autores referido na tabela.

2.6. Relações entre os indicadores do BSC e a estratégia da organização

O sucesso do BSC baseia-se na elaboração da relação causa-efeito entre as quatro perspectivas, obtendo equilíbrio entre os indicadores de resultado e os vectores de desempenho, comunicando a estratégia, os processos e os sistemas para a implementação da estratégia (Kaplan e Norton, 2004 *apud* Caudle, 2008).

Os mapas estratégicos consistem numa ferramenta que permite a visualização da estratégia através de uma relação causa-efeito entre os objectivos críticos e as relações cruciais entre eles que impulsionam o desempenho organizacional (Kaplan e Norton, 2000a).

Segundo Coutinho (2010), as relações causa-efeito verificam-se através da correlação existente entre as quatro perspectivas e os seus objectivos estratégicos. Esta correlação tem por base o coeficiente de Pearson (r), que mede o grau de correlação entre duas variáveis segundo um intervalo que pode variar entre $[-1$ e $1]$.

Embora um mapa estratégico seja útil para clarificar a estratégia, muitos gestores deparam-se com objectivos múltiplos (entre 15 a 25) num mapa, juntamente com as respectivas medidas e metas, podendo tornar-se complexo de compreender e gerir (Kaplan e Norton, 2008).

As relações que existem dentro do mapa estratégico, podem ser entre as perspectivas ou dentro da própria perspectiva. Quanto aos objectivos, um objectivo pode estar correlacionado com vários objectivos e os objectivos das perspectivas não precisam seguir a sequência das perspectivas, ou seja, um objectivo da perspectiva de aprendizagem e crescimento pode estar directamente ligado ao objectivo da perspectiva financeira (Caldeira, 2009).

Em suma, os mapas estratégicos explicitam a relação causa-efeito, as iniciativas e os recursos (tangíveis e intangíveis), para a organização atingir os resultados desejados (Kaplan e Norton, 2004 *apud* Caudle, 2008).

2.7. Indicadores do BSC

Segundo Kaplan e Norton (1992), as empresas deparam-se com uma panóplia de indicadores, onde o principal problema consiste em encontrar o número ideal de indicadores que são considerados críticos, pois estas tendem a continuar a adicionar novos indicadores.

O BSC ajuda os gestores a seleccionarem o número ideal de indicadores, pois este sistema só terá impacto na organização, se os *CEOs* estabelecerem um número limitado de indicadores para cada perspectiva, onde no total o scorecard deve ser composto por 20 a 25 indicadores, de forma a ajudar a focalizarem-se no alcance da visão e da estratégia (Kaplan e Norton, 2001b). Segundo Ittner e Larcker (1998), o BSC ajuda a definir o número de indicadores e o peso relativo que deve ser estabelecido para cada um deles, sugerindo a seguinte Tabela:

Tabela 4 – Número sugerido de medidas em cada perspectiva do BSC

Perspectivas	Número de indicadores	Peso
Financeira	5	22%
Clientes	5	22%
Processos Internos de Negócio	8 – 10	34%
Aprendizagem e Crescimento	5	22%

Fonte: Adaptado Kaplan e Norton (2001b).

Devido à flexibilidade deste sistema, as organizações podem adequar o peso relativo de cada perspectiva ao número de perspectivas que dispõe ou até mesmo reduzir o número de perspectivas dependendo do ramo de actividade (Bourguignon *et al.*, 2004; Speckbacher, Bischof e Pfeiffer, 2003).

Segundo o estudo de Inamdar *et al.*, (2002), as nove Instituições do sector da saúde definiram o peso de cada perspectiva da seguinte forma: financeira de 23%, clientes de 33%, processos internos 27% e aprendizagem e crescimento 17%.

A adaptabilidade do número de perspectivas ao desígnio de cada ramo de actividade, possibilita a utilização do BSC em todo o tipo de organização, inclusive a indústria da saúde. Na Tabela 5 podemos visualizar as alterações efectuadas por organizações desta indústria (Kaplan e Norton, 1996a).

Tabela 5 – Alteração das perspectivas utilizadas no BSC

Hospitais	Nova (s) Perspectiva (s)
Bradford PCT (Reino Unido)	Perspectiva do Cliente (Governo e Utilizador); Perspectiva de Custos.
Bradford HIMP (Reino Unido)	Perspectiva do Cliente (Governo e Utilizador); Perspectiva de Custos.

Bridgeport Hospital (E.U.A.)	Volume e Evolução da Participação de Mercado; Melhoria da Qualidade; Melhoria de Processos; Saúde Organizacional.
Cambridge Health Alliance (E.U.A.)	Satisfação; Clínica; Acesso/Continuidade do tratamento; Custo/Utilização do tratamento.
Clínica no Hogland Hospital (Suécia)	Economia.
Departamento do Hospital (Suécia)	Aprendizagem/Inovação; Cliente/Paciente; Processo/Produtividade.
Direcção de fiscalização do Hospital (Nova Zelândia)	Organização de Saúde e Aprendizagem; Processo e Eficiência; Paciente e Qualidade.
Duke Children's Hospital (E.U.A.)	Investigação, Educação e Ensino.
Enfermagem de Queensland Health (Austrália)	Paciente/Indicadores de Clientes; Indicadores de Pessoal; Indicadores da Organização.
Falls Memorial Hospital, International Falls (E.U.A.)	Pessoal e Médicos; Qualidade; Pacientes e Comunidades; Negócios e Desenvolvimento.
Long-term planning at Jonkoping County Council (Suécia)	Perspectiva do Utilizador.
Mayo Clinic (E.U.A.)	Produtividade e Eficiência Clínica; Respeito Mutuo e Diversidade; Compromisso Social; Avaliação do Ambiente Externo; Características dos pacientes.
Mental Health Trusts e provedores de Serviços de Saúde Mental, Comissão de Saúde (Reino Unido)	Foco Clínico; Foco do Paciente; Capacidade e Aptidão.
Royal Birsbane e Women's Hospital (Austrália)	Paciente, Cliente e Pessoal.
Royal Ottawa Hospital (E.U.A.)	Inovação e Crescimento; Investigação; Cuidados e Serviços; Integração de Sistemas.
Silver Cross Hospital (E.U.A.)	Qualidade; Eficácia Operacional; Excelência no local de trabalho.
South Canterbury District Health Board (Nova Zelândia)	Qualidade e Satisfação do Paciente; Processo e Eficiência; Saúde Organizacional.
St. Mary's/ Sistemas de Saúde Clínica de Duluth (E.U.A.)	Operacional; Pessoas; Técnico.

Fonte: Adaptado de Grud e Gao, 2008.

Segundo Caldeira (2009), os indicadores averiguam o nível de realização de um determinado objectivo, sendo essencial que os indicadores contenham as seguintes características:

Tabela 6 – Características dos indicadores

Características:	Definição:
Medirem correctamente o objectivo	Elucidar o que o indicador pretende medir de acordo com aquilo que o objectivo deve atingir durante um período de tempo.
Serem fiáveis	Os resultados gerados pelos indicadores têm que reflectir o máximo de credibilidade, para tornar o sistema credível.
Envolverem informação acessível	Facilitar a acessibilidade à informação relativa aos indicadores, constando dentro da própria organização ou ao nível departamental.
Serem baratos	Garantir que o valor gasto para medir o resultado é racional, ou seja, o valor gasto não deve exceder aquilo que se pretende obter.
Terem um responsável	Cada indicador deve estar articulado a um ou vários responsáveis, para que se diferencie em função da sua performance.
Simples	Cria consensos e é perceptível por todos na organização.
Abrangerem um intervalo de tempo identificado	A avaliação do indicador deve respeitar o horizonte temporal estipulado.
Definir uma unidade de medida	As unidades de medida podem assumir várias métricas, tais como: valor absoluto, percentagens, dias, horas, etc.

Fonte: Elaboração própria, com base em Caldeira (2009).

O BSC deve conter um *mix* de indicadores *lag* e *lead* (Kaplan e Norton 1996a). Os indicadores financeiros são considerados indicadores *lagging* (indicadores de resultado), pois só reflectem o efeito das decisões apenas quando estas são concretizadas (Epstein e Manzoni, 1998). Os indicadores não financeiros são denominados de indicadores *leading* (indicadores de tendência), pois o propósito do BSC é o de descrever as etapas para alcançar o sucesso financeiro futuro (Malina e Selto, 2001).

Essas etapas são descritas pela performance do conjunto de indicadores, seleccionado pela organização, que verificarão o nível de concretização dos objectivos estratégicos através da fixação de metas para os mesmos (Kaplan e Norton, 2000a).

2.8. Metas – Definição e Tolerância

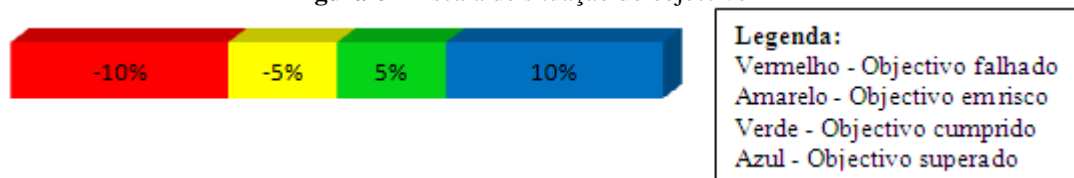
O nível de desempenho de um dado objectivo estratégico é quantificado através de metas. O delineamento das metas é com base nos planos estratégico e de actividades, fazendo com que o horizonte temporal das metas coincida com o dos planos estratégico e de actividades, possibilitando confrontar os resultados. As metas devem estar adaptadas à realidade da organização e aos seus recursos disponíveis, para evitar estabelecer metas demasiado ambiciosas. (Caldeira, 2009).

As metas devem sempre ser acompanhadas pela tolerância, ou seja, a margem “aceitável” de desvio do resultado face à meta. Ao estabelecerem tolerâncias, as organizações serão alertadas da performance ideal do objectivo, num intervalo delimitado pela tolerância da meta. O estabelecimento de tolerâncias deve obedecer às seguintes regras:

- “10% para todos os indicadores em geral;
- 5% para os indicadores críticos que a organização e/ou as unidades orgânicas não podem falhar de forma alguma;
- 15% para os indicadores que podem ser afectados por “terceiros” ou cujos recursos existentes para potenciar o desempenho são escassos ou não são garantidos.”(Caldeira, 2009).

Caso a meta ultrapasse a percentagem determinada, estamos perante “a excelência”, ou seja, significa que foram ultrapassadas as expectativas estabelecidas para a performance do objectivo (Caldeira, 2009).

Figura 6 – Escala de situação do objectivo



Fonte: Elaboração própria.

2.9. Tableaux de Bord versus BSC

O BSC é considerado a evolução do TdB, pois foi desenvolvido tendo por base algumas das funções já desempenhas pelo TdB, assim existem algumas semelhanças e diferenças entre as duas ferramentas de gestão estratégica (Bourguignon *et al.*, 2004; Cerbián e Cerviño, 2004).

O TdB e BSC são ferramentas que podem ser desenvolvidas pela própria organização, respondendo às reais necessidades da organização e preferências dos gestores, permitem a atribuição de prémios e incentivos de acordo com a performance dos responsáveis, e possibilita aos CEOs a definição de metas, objectivos, factores críticos de sucesso e fomenta a circulação de informação e o diálogo interno (Jordan, Neves e Rodrigues, 2002).

Segundo Bourguignon, Malleret e Nørreklit (2001), as principais diferenças entre o TdB e o BSC são de âmbito social e de ideológicas, pois o TdB teve origem em França e o BSC nos Estados Unidos, como se pode verificar na Tabela 7.

Tabela 7 – Divergências entre o TdB e o BSC

Divergências relativas:	<i>Tableaux de Bord</i>	<i>Balanced Scorecard</i>	Autores
Aos conceitos de estratégia:	Visa garantir a segurança pelos meios institucionais, na hierarquia e socialmente.	Coloca na área da gestão regras mais definidas e transparentes que visam a redução do risco e da incerteza.	Bourguignon <i>et al.</i> (2001)
Aos modelos de desempenho causal:	Os gestores adaptam as relações contratuais aos direitos e deveres individuais, e conforme a hierarquia social, dando espaço à liberdade de escolha das medidas de desempenho organizacional. A segurança e a redução de incerteza assentam através das estruturas sociais e não nas práticas de gestão.	É um modelo externo, onde os gestores efectuem a medição de desempenho organizacional através das relações contratuais e com os compromissos que assumem.	Bourguignon <i>et al.</i> (2001); Nørreklit (2000); Jordan <i>et al.</i> (2002)
Às formas de desdobramento dos objectivos e indicadores:	Assume uma hierarquia social, onde há maior influência das estruturas sócias, criando espaço para a liberdade à iniciativa local, o que dificulta o envolvimento estratégico.	Favorece o desdobramento num sistema de controlo estratégico em “cascata”, em que se legitima uma hierarquia na organização.	Bourguignon <i>et al.</i> (2001); Kaplan e Norton (1996a); Epstein e Manzoni (1998)
Há relação/ ligação entre a medição do desempenho organizacional e as recompensas:	Reflecte a falta de utilização das remunerações baseadas no desempenho organizacional, dando ênfase à relação com a aprendizagem.	A organização trata todos de igual forma, fazendo depender da medição de desempenho organizacional a atribuição de compensações ou penalizações.	Bourguignon <i>et al.</i> (2001); Kaplan e Norton (1996a)

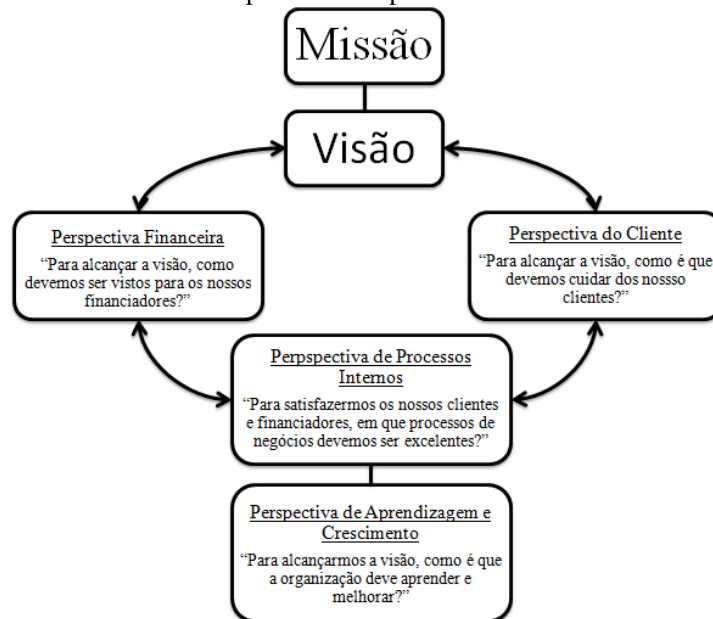
Fonte: Elaboração própria, com base em Bourguignon *et al.* (2001).

O TdB é uma ferramenta operacional, que monitoriza os elementos críticos da esfera técnica e produtiva. O TdB baseia-se no conceito de variável-chave, ou seja, a acção concreta a empreender condicionará os resultados. Em contraposição, o BSC focaliza-se na estratégia, onde os objectivos são enquadrados nas quatro perspectivas, assumindo uma relação causal entre as perspectivas, utilizando o conceito de factor crítico, ou seja, o elemento que regula a realização dos objectivos (Jordan *et al.*, 2002).

2.10. BSC nos Hospitais

O *Balanced Scorecard* inicialmente foi desenvolvido e implementado por empresas do sector privado, como por exemplo, o Barclays Bank, a Apple Computer, entre outras (Kaplan e Norton, 1993). Posteriormente verificou-se a importância da utilização do BSC no sector público e nas entidades sem fins lucrativos, tendo o modelo tradicional do BSC que sofrer algumas alterações, pois estas organizações abrangem um enorme leque de missões, sendo essencial definir qual o seu impacto social e os seus objectivos gerais (Kaplan e Norton, 2001b, 2004; Griffiths, 2003).

Figura 7 – Desenho do BSC para o sector público e entidades sem fins lucrativos



Fonte: Adaptado Kaplan e Norton (2004).

As organizações prestadoras de cuidados de saúde reconheceram a necessidade de dispor de um sistema multidimensional que lhes permitisse alcançar a sua missão e melhorar o seu nível de competitividade. As suas estratégias são baseadas nos recursos que as sustentam, ou seja, nos aspectos técnicos altamente especializados, preocupando-se muito pouco com a gestão estratégica da organização (Griffiths, 1994).

Segundo Borges e Schmid (2002) *apud* Brikmann *et al.* (2003), devido à panóplia de actividades desempenhadas pelos hospitais, estes precisam de sistemas de controlo, dado os desafios actuais a que são propostos. Os administradores hospitalares dos países desenvolvidos estão a implementar ferramentas de gestão moderna, como o BSC, para melhorar o desempenho dos hospitais (Woodward *et al.*, 2004 *apud* Rabbini, Lalji, Abbas, Jafri, Razzak, Nabi, Jahan, Ajmal, Petzold, Brommels e Tomson, 2011).

O BSC passou a ser uma das novas ferramentas adoptadas pelas administrações dos hospitais (Chan, Parco, Sihombing, Tredwell e O’rourke, 2010). Os líderes destas instituições necessitam de desenvolver um sistema que alinha-se a estratégia organizacional e os princípios fundamentais, com a medição de desempenho e os indicadores de gestão (Curtright, Stolp-Smith e Edell, 2000).

Segundo Chen, Yamauchi, Kato, Nishimura e Ito (2006), o BSC incentiva à adopção de indicadores de desempenho, servindo também de termo comparativo para

avaliar o desempenho dos hospitais de países diferentes, permitindo medir a performance dos hospitais e revelar os factores relativos aos seu nível de desempenho, como acontece na comparação entre um hospital chinês e um japonês.

Segundo Ba-Abaad (2009), o BSC foi implementado com o objectivo de identificar os problemas existentes e as oportunidades de melhoria, revelando ser uma mais-valia para os hospitais, ao contribuir para melhorar o desempenho do hospital e do sistema nacional de saúde de cada país.

O BSC tem sido implementado por uma vasta gama de organizações de saúde (Tabela 8, em anexo), incluindo sistemas hospitalares, hospitais, centros psiquiátricos, e organizações nacionais de saúde (Zelman, Pink e Matthias, 2003; Lovaglio, 2010). Na Tabela 9 visualizamos os indicadores utilizados pelas Instituições Hospitalares, segundo os autores que constam na mesma.

Tabela 9 – Indicadores hospitalares segundo a literatura

Autores	0	1	2	3	4
Brikmann <i>et al.</i> (2003)	A instituição hospitalar não dispõe de indicadores financeiros e não financeiros.	Orçamento do tratamento cirúrgico	Nº de clientes/ utentes	Nº de operações	Horário de trabalho
		Custos operacionais	Tempo de espera	Capacidade de redução dos tempos de troca de doente	Projectos concluídos com sucesso
		Margem de contribuição		Tempos de espera	Taxa de rotatividade
Santiago (1999)		Excedente das receitas sobre as despesas (margem de lucro)	Percentagem de pacientes muito ou extremamente satisfeitos	Tempo médio de permanência dos pacientes	Percentagem de pessoal qualificado para tarefas específicas
			Percentagem de pacientes que abandonam os cuidados de saúde	Tx de suicídio	Percentagem de pessoal muito satisfeito com o trabalho
		Percentagem dos lucros enviados para instituições de caridade	Percentagem de penetração no mercado local	Tx de efeitos colaterais	Percentagem de pessoal necessário por unidade
			Medidas de saúde relacionadas com a qualidade de vida	Tx de readmissão	Número de inovações introduzidas por ano
Chen <i>et al.</i> (2006)		Margem global de lucro	Satisfação do paciente	Satisfação dos colaboradores	Despesas de investigação médica
		Rotatividade de activos	Tempo de espera em regime de ambulatório	Rotatividade dos colaboradores	Trabalhos académicos escritos em inglês por ano e por membro da equipa médica
		Mudança de custo por caso		Tempo de permanência	
		Despesas com o pessoal em percentagem da		Tx de ocupação	Pacientes em ambulatório por ano e por médico

		receita total dos pacientes		Pacientes de emergência por ano e por médico	
		Custos do material em percentagem da receita total dos pacientes		Pacientes admitidos por ano e por médico	Actividade ambulatoria
				Tx de mortalidade	
				Acidentes médicos que levam à taxa de processo judicial	
Gurd e Gao (2008)		Crescimento da receita líquida	Retenção de pacientes	Queixas semanais dos pacientes	Tempos de formação dos colaboradores
		Crescimento do volume por unidade de serviço-chave	Acessibilidade	Tempo de espera	
		Quantidade e fontes dos recursos arrecadados	Percentagem de pacientes que recomendaria o hospital	Precisão no processamento de pedidos	Percentual de pessoal clínico que recebe formação em gestão da mudança
		Nº de contratos recebidos	Quota de mercado	Tx de readmissão	Disponibilidade e utilização do banco de dados estratégicos
		Percentagem de contratos relativos à concorrência	Tempo de espera do paciente	Índice de mortalidade	
		Dólares gerados a partir de contratos	Tx de diagnóstico preciso	Tempo de resposta do call center	Redes de computadores e de formação
		Censos aos pacientes	Incidentes	Tx de infecção	
		Posição competitiva	Satisfação da comunidade	Tx de erro de codificação clínica e hospitalar	Nº e qualidade dos novos serviços oferecidos nos últimos cinco anos
		Quota de mercado	Aumento das doações	Erros de medicação por dose	
		Fundos angariados para melhorias nas instalações	Infecções hospitalares	Acidentes de trabalho	Novos projectos de pesquisa
		Nº de bolsas de investigação	Readmissões não planeadas	Uso de contenção	
		Nº de casos de cardiologia por mês		Tx de rotatividade dos colaboradores	
		Lucro		Incidentes graves	
		Margem operacional	Cobertura favorável da imprensa relativamente aos médicos e funcionários	Formação dos colaboradores	Nº de instituições em actividades conjuntas
		Depreciação		Nº de médicos que utilização on-line os sistemas de informação da clínica e do hospital	
	Despesas operacionais de fornecimento por caso cirúrgico				
	Amortizações expressas como percentual da	Comida do hospital	Custo do paciente por dia	Rotatividade dos funcionários	

		receita líquida			
		Receitas			
		Drogas em geral de prescrição	Nº de iniciativas de melhores práticas	Custo por diagnóstico	Retenção de pessoal
		Tempo de permanência			
		Liquidez corrente	Satisfação dos pacientes	Custo por caso	Tx de doença
		Rentabilidade por unidade	Tx de retenção	Tx de utilização de recursos	Alianças estratégicas
		Custos e despesas da farmácia	Tx de absentismo	Percentagem de camas ocupadas	Comunicação
		Custo do pessoal	Reputação	Horas por unidade de actividade	Motivação e capacitação dos colaboradores
		Redução das despesas em dinheiro	Orçamento de publicidade por cama	Inovação no produto	
Kaplan e Norton (2001a)		Custos por doente internado por dia	Percentagem utentes satisfeitos	Índice de qualidade na prestação de cuidados de saúde	Índice de satisfação dos colaboradores
		Custos por caso	Percentagem de pessoas que recomendam o hospital	Tempo de internamento Tx de reinternamentos	Consciencialização e implementação do plano de incentivos
		Receitas de neonatologia	Percentagem de pais com plano de assistência	Tx de infecção Rácio de ocupação sobre o número de profissionais diários	Disponibilidade e utilização do banco de dados estratégicos
			Percentagem de utentes satisfeitos ao nível da comunidade	Nº de doentes admitidos Nº de doentes saídos	
Inamdar <i>et al.</i> (2002)		Resultado por serviço prestado	Índice de satisfação dos utentes/ clientes	Tx de readmissão	Quota de mercado
		Custo por serviço prestado	Reclamações e sugestões	Internamentos apropriados	Inquérito de satisfação dos colaboradores
		Serviço prestado	Tempo de espera para a primeira marcação	Percentagem de doentes nos planos de tratamentos	Idade dos equipamentos
				Tx de recusa Tempos por serviço	Número de médicos de referência
			Demora média Resultados da prestação de cuidados	Nº de doentes por médico de referência	
Melonies (2000)		Nº de pacientes admitidos	Índice de satisfação dos utentes/clientes	Tempo médio de permanência	Banco de dados próprio
		Custo por paciente		Taxa de readmissão Satisfação dos funcionários com o serviço	
		Nº de pacientes tratados		Tx de admissão Tempo médio de espera	

		Nº de pacientes saídos/libertados		Tx de contaminação no sangue	informação
--	--	-----------------------------------	--	------------------------------	------------

Fonte: Elaboração própria, com base nos autores.

Legenda:

- 1 – Indicadores Financeiros
- 2 – Indicadores de Clientes
- 3 – Indicadores de Processos Internos
- 4 – Indicadores de Aprendizagem e Crescimento

3. Indústria Hospitalar em Portugal

“ O Hospital é um estabelecimento de saúde, de diferentes níveis de diferenciação, constituído por meios tecnológicos e humanos, cujo objectivo nuclear é a prestação de cuidados de saúde durante 24 horas por dia” e contém características específicas (Tabela 10, em anexo) (Direcção-Geral da Saúde, 1998).

Nem todas as entidades que internam doentes são consideradas hospitalares, pois tratar doentes consiste em prestar cuidados médicos relativos à cura da doença, ou pelo menos, aliviar os seus sintomas e não simplesmente cuidar dos pacientes, como acontece, por exemplo, em clínicas de repouso (Butler, 1985).

Segundo o art. 82º, n.º 1, da Constituição da República Portuguesa, coexistem três sectores de propriedade dos meios de produção, são eles: o Sector Público, o Sector Privado e o Sector Cooperativo e Social.

O Sector Público é composto pelos meios de produção cuja propriedade e gestão pertencem ao Estado ou a outras entidades públicas (art. 82º, nº2, da CRP). O Sector Público divide-se em Sector Público Administrativo (Estado, em sentido lato) e em Sector Empresarial do Estado (Empresas Públicas). O Sector Público Administrativo abrange as Administrações Central, Regional, Local e a Segurança Social (Código do Procedimento Administrativo).

O Sector Público Empresarial é composto pelas instituições ou organismos que têm como objectivo a produção de bens e serviços, sendo que estes também dispõem de uma plena autonomia financeira, têm fins lucrativos e são reguladas pelo direito privado, embora estejam sempre sujeitas a critérios de interesse social (Decreto-Lei n.º 300/2007, 23 de Agosto).

“O Sector Privado é constituído pelos meios de produção cuja propriedade ou gestão pertence a pessoas singulares ou colectivas privadas.” (art. 82º, n.º 3, da CRP).

“O Sector Cooperativo e Social compreende especificamente:

- a) Os meios de produção possuídos e geridos por cooperativas, em obediência aos princípios cooperativos, sem prejuízo das especificidades estabelecidas na lei para as cooperativas com participação pública, justificadas pela sua especial natureza;
- b) Os meios de produção comunitários, possuídos e geridos por comunidades locais;
- c) Os meios de produção objecto de exploração colectiva por trabalhadores;
- d) Os meios de produção possuídos e geridos por pessoas colectivas, sem carácter lucrativo, que tenham como principal objectivo a solidariedade social, designadamente entidades de natureza mutualista.” (art. 82º, CRP).

Actualmente o SNS rege-se pelo Modelo de *Beveridge* em contraposição ao Modelo de *Bismarck*, onde a principal diferença dos modelos reside na base de captação de recursos (Simões, 2004). Segundo Simões (2004), o Modelo de *Bismarck* caracteriza-se por obrigar as entidade patronais e os colaboradores a contribuírem para um seguro de doença a favor dos colaboradores mais carenciados, tendo posteriormente abrangido os colaboradores com rendimentos mais elevados, sendo assim o primeiro modelo de segurança social imposto pelo Estado.

O Modelo de *Beveridge*, destaca-se pelo facto do Estado desempenhar um papel importante, ao apresentar uma postura bastante activa. Este sistema é autónomo, uniforme, de natureza pública, universal e gratuito, sendo suportado por financiamentos públicos assentes no sistema fiscal em geral. O modelo tem por base um sistema de saúde em que o Estado é responsável pela prestação dos serviços gerais de saúde, e onde o acesso à saúde é igual para todos os cidadãos (Simões, 2004).

De acordo com a Lei n.º 27/2002, de 8 de Novembro, o Orçamento do Estado financia o SNS, sendo que actualmente são os seguintes os modelos de hospitais públicos:

- a) Hospitais da SPA, são todos os hospitais públicos que não são considerados EPE, nem PPP;
- b) Entidades Públicas Empresariais (EPE);
- c) Hospitais com contrato de gestão (actualmente não existe nenhum, um exemplo seria o Hospital Amadora/Sintra – Fernando da Fonseca, embora este contrato durou até 2007 comandado pelo Grupo Mello);
- d) Hospitais em Parceria Pública/Privada.

Segundo o Decreto-Lei n.º 233/2005, de 29 de Dezembro, as 31 unidades que constam no Decreto-Lei n.º 93/2005, de 7 de Junho às quais tinham sido atribuído o

estatuto de sociedade anónima de capitais exclusivamente públicos, transformaram-se em EPE. Prevê-se que o estatuto de EPE será progressivamente atribuído a todos os hospitais, incluindo os que integram o sector público administrativo e que mantêm a natureza jurídica de instituto público. As EPE são pessoas colectivas de direito público de natureza empresarial, com autonomia administrativa, patrimonial e financeira.

As PPP consistem: ”na concessão da gestão de unidades prestadoras de cuidados a entidades privadas ou de natureza social ou pelo investimento conjunto entre estas entidades e o Estado, segundo princípios de eficiência, responsabilização, contratualização e de demonstração de benefícios para o serviço público de saúde. As parcerias em saúde, em regime de gestão e financiamento privados, visam, fundamentalmente, obter melhores serviços com partilha de riscos e benefícios mútuos entre as entidades públicas que têm a responsabilidade pelos serviços públicos e outras entidades que se lhe associam com carácter duradouro.” (Decreto-Lei n.º 185/2002, de 20 de Agosto).

4. Metodologia

O trabalho caracteriza-se como empírico, exploratório e descritivo. O estudo empírico denota uma conclusão baseada em provas concretas recolhidas a partir de informações da vida real ou observações, como por exemplo a partir de questionários (Dawson, 2002).

Os estudos exploratórios são efectuados quando existem poucos estudos ou nenhum acerca do tema, procurando obter informações que possibilitem estabelecer um padrão acerca da questão ou do problema, adequando-se assim a este estudo, pois os estudos existentes sobre o tema são internacionais e os estudos nacionais são sobre a implementação do BSC num hospital ou unidade hospitalar (Collis e Hussey, 2005).

Os estudos descritivos têm como objectivo descrever com precisão situações ou factos, tais como as características de uma população, uma condição social ou um tema específico, o que se adequa a este trabalho, visto que abrangem o universo das Instituições Hospitalares em Portugal (Isaac e Michael, 1997).

4.1. Recolha de dados

Para a elaboração deste trabalho foi realizado um questionário, constituído por 4 folhas (Figura 8, em anexo) e enviado por correio azul, com um envelope para a

respectiva devolução do questionário já preenchido, ao cuidado do Administrador, Vogal Executivo, Director Geral e Director Financeiro, ou seja, optámos pela gestão de topo como destinatários, como o estudo do Hoque (2005), Henri (2006), Curado e Manica (2010) e Barreira (2011).

O universo é composto por todas as Instituições Hospitalares a funcionarem em Portugal, de acordo com a Associação Portuguesa de Hospitalização Privada e a Direcção Geral da Saúde, constituindo um total de 116 Instituições Hospitalares (Tabela 11, em anexo). A elaboração do questionário baseou-se nos estudos de Curado e Manica (2010), Barreira (2011), Bourguignon *et al.*(2004), Kaplan e Norton (1997a) e Rabbani, Jafri, Abbas, Shah, Azam, Shaikh, Brommels e Tomson (2010).

O questionário está repartido em duas secções. Primeiramente procurou-se obter informações acerca dos inquiridos e da Instituição Hospitalar relativas à gestão estratégica (questão 1 à 6). Na segunda secção pretendíamos adquirir informações sobre, a utilização de indicadores para avaliação estratégica, os sistemas de gestão estratégica e por fim a utilização do BSC (questão 7 à 20). Este formato foi utilizado por Juhmani (2007) no seu estudo, onde a maioria das questões eram fechadas, sendo apenas duas de resposta aberta. O pré-teste do questionário foi realizado com a colaboração de dois Administradores de duas Instituições Hospitalares, nas respectivas instituições com o objectivo de obter um *feedback* relativo à construção, compreensão e preenchimento do questionário, onde foi “aprovado” por estes.

O questionário foi enviado dia 23 de Janeiro, acompanhado por uma carta de apresentação (Figura 9, em anexo), procurando-se sensibilizar os respondentes para a participação no estudo e para a confidencialidade dos dados recolhidos, solicitava ainda o envio das respostas até ao dia 10 de Fevereiro. O prazo concedido foi de 4 semanas, como no estudo de Hoque (2005). A carta de apresentação teve como objectivo aumentar o número de respostas, esta técnica foi utilizada por Juhmani (2007), Curado e Manica (2010) e Barreira (2011) nos seus estudos.

Durante o período de envio foram feitas várias insistências através de e-mail e telefonemas, a solicitar a participação no estudo, esta tática foi utilizado por Henri (2006) e Hoque (2005). O número de questionários válidos recebidos apresenta uma taxa de resposta de 31,9%, o que representa 37 Instituições Hospitalares, apresentando ainda um questionário inválido. Esta percentagem é válida de acordo com estudos semelhantes, como Curado e Manica (2010) com uma taxa de resposta de 19%, o de

Atkinson e Brown (2001), onde a taxa é de 20% e Barreira (2011), com uma taxa de 32,4%.

4.2. Análise dos dados

Segundo o Regulamento (CE) n.º 1059/2003 do Parlamento Europeu e do Conselho de 26 de Maio de 2003, as NUTS em Portugal são de três níveis, NUTS I, II e III, neste estudo iremos considerar as NUTS II, sendo 34,5% das Instituições Hospitalares estão no Norte e onde obtivemos o maior número de respostas 37,8% (ver tabela 12).

Tabela 12 – Distribuição geográfica

NUTS II	Universo	Percentagem	Respostas	Percentagem
Açores	4	3,5%	0	0%
Alentejo	7	6%	2	5,5%
Algarve	5	4,3%	0	0%
Centro	19	16,4%	9	24,3%
Lisboa e Vale do Tejo	39	33,6%	12	32,4%
Madeira	2	1,7%	0	0%
Norte	40	34,5%	14	37,8%
TOTAL	116	100%	37	100%

Na Tabela 13 pretendemos verificar o tipo de entidades das Instituições Hospitalares, podendo ser de cariz privado, público ou PPP, onde maioritariamente em Portugal as Instituições Hospitalares são públicas, 52,6% e foi onde também recolhemos o maior número de respostas, 64,9%.

Tabela 13 – Tipo de entidade

Tipos de entidades	Universo	Percentagem	Respostas	Percentagem
Privado	46	39,6%	11	29,7%
Público	61	52,6%	24	64,9%
PPP	9	7,8%	2	5,4%
TOTAL	116	100%	37	100%

O questionário destinou-se à gestão de topo, sendo que 56,8% dos mesmos foram preenchidos pelos Administradores das Instituições Hospitalares (Tabela 14), pretendendo verificar o cargo dos inquiridos e o seu nível de responsabilidade.

Tabela 14 – Cargos dos inquiridos

Cargo:	Quantidade	Percentagem
Administrador	21	56,8%
CEO/ Director Geral	3	8,1%
CFO/ Director Financeiro	5	13,5%
Outro	8	21,6%
TOTAL	37	100%

No perfil dos inquiridos verificamos que, a média de idades é de 44 anos, a média de número de anos na Instituição Hospitalar é de 7 anos e em média exercem a função há 4 anos na Instituição Hospitalar, sendo que 64,9% são do género masculino e 35,1% do género feminino.

Tabela 15 – Perfil dos inquiridos

Informação:	Média	Mínimo	Máximo
Idade	44,3243	29	65
Número de anos na Instituição	7,14	1	31
Número de anos na função	4,42	0	20
	Feminino	Masculino	TOTAL
Género	13	24	37

No que respeita à gestão estratégica, 94,6% dos respondentes afirmam ter uma estratégia definida, sendo a intranet o meio de comunicação mais utilizado (54,1%) pelas Instituições Hospitalares para comunicar a estratégia.

Tabela 16 – Meios de comunicação da estratégia

Meios de comunicação	Quantidade	Percentagem
Quadro de avisos	7	18,9%
Intranet	20	54,1%
Vídeos	0	0%
Jornal Interno/ Revista	3	8,1%
Outro	7	18,9%
TOTAL	37	100%

No estudo efectuado apurou-se que 91,9% dos respondentes afirmam que a sua estratégia é definida pelo Administrador e maioritariamente é avaliada anualmente (54,1%).

Tabela 17 – Períodos de avaliação da estratégia

Periodicidade	Quantidade	Percentagem
Mensalmente	9	24,3%
Trimestralmente	4	10,8%
Semestralmente	3	8,1%
Anualmente	20	54,1%
Outro período	1	2,7%
TOTAL	37	100%

A avaliação da estratégia, em 91,9% dos inquiridos é avaliada pelo Administrador permitindo perceber se os objectivos da Instituição Hospitalar estão a ser cumpridos. Quanto aos indicadores utilizados nas Instituições Hospitalares, verificou-se que 97,3% dos respondentes utilizam indicadores financeiros e não financeiros e 2,7% utilizam indicadores financeiros.

Tabela 18 – Tipo de indicadores utilizados

Tipos de Indicadores	Quantidade	Percentagem
Financeiros	1	2,7%
Não Financeiros	0	0%
Ambos	36	97,3%
TOTAL	37	100%

As Instituições Hospitalares que utilizam indicadores financeiros e não financeiros justificam a sua escolha sobretudo porque os indicadores não financeiros são considerados factores críticos de sucesso (63,9%), embora 22,2% considere que os indicadores não financeiros permitem o sucesso e a sobrevivência a longo prazo.

Tabela 19 – Razões para a utilização de indicadores não financeiros

Razões	Quantidade	Percentagem
Os indicadores financeiros reportam apenas informações histórica e de curto prazo	5	13,9%
Os indicadores não financeiros permitem o sucesso e a sobrevivência a longo prazo	8	22,2%
Os indicadores não financeiros são considerados factores críticos de sucesso	23	63,9%
TOTAL	36	100%

As Instituições Hospitalares consideram que as áreas onde realmente é importante incluir indicadores não financeiros são na qualidade dos serviços (83,8%) e na satisfação dos clientes/ utentes (81,1%).

Tabela 20 – Áreas de utilização de indicadores não financeiros

Áreas	Número de Instituições	Percentagem
Satisfação dos Clientes/ Utentes	30	81,1%
Qualidade dos serviços	31	83,8%
Inovação	12	32,4%
Eficiência nos serviços	28	75,7%
Motivação dos RH	18	48,6%
Sistemas de informação	14	37,8%
Outra	2	5,4%

As Instituições Hospitalares, para uma correcta avaliação da sua estratégia utilizam os indicadores financeiros e não financeiros, na Tabela 21 podemos verificar os 10 indicadores mais utilizados pelas mesmas, por ordem decrescente.

Tabela 21 – Os 10 indicadores mais utilizados pelos inquiridos

Indicadores não financeiros	Indicadores financeiros
Taxa de demora média	EBITDA
Taxa de ocupação	Resultado Líquido
Índice de satisfação do utente/cliente	Custos operacionais
Percentagem de primeiras consultas no total das consultas	Custos com o pessoal
Tempo de espera para consulta	Percentagem dos proveitos operacionais
Percentagem de cirurgias de ambulatório	Solvabilidade
Taxa de reinternamento	Prazo médio de pagamento
Índice de qualidade	Resultado operacionais
Percentagem de reclamações	Prazo médio de recebimento
Número de consultas	Custo unitário por doente

Relativamente aos sistemas de gestão estratégica utilizados pelas Instituições Hospitalares, 64,9% utiliza o TdB e 10,8% utiliza o BSC. De salientar que o Hospital 11 informou que está na primeira fase de implementação do BSC.

Tabela 22 – Sistemas de gestão estratégica

Sistemas de Gestão Estratégica	Quantidade	Percentagem
Tableaux de Bord	24	64,9%
Balanced Scorecard	4	10,8%
Sistema Próprio	8	21,6%
Nenhum	1	2,7%
TOTAL	37	100%

Dos inquiridos, 33 não dispõem do BSC e 93,9% dos respondentes afirmam ser importante a implementação do BSC nas Instituições Hospitalares e 6,1% afirmam que não é importante a implementação do BSC.

Dos respondentes, 35 das Instituições Hospitalares que admitem ser importante a implementação do BSC ou que dispõem o BSC, 37,2% concordam que o BSC permite alinhamento dos objectivos individuais e das unidades hospitalares com a estratégia e 31,4% afirma que este sistema possibilita a tradução da missão e da visão num conjunto abrangente de medidas.

Tabela 23 – Justificação para a implementação do BSC

Justificação para a implementação do BSC	Quantidade	Percentagem
Permite um conhecimento mais profundo dos clientes/ utentes	6	17,1%
Alinha os objectivos individuais e das unidades hospitalares com a estratégia	13	37,2%
Permite a sinergia entre os objectivos de longo prazo e curto prazo	5	14,3%
Possibilita a tradução da missão e da visão num conjunto abrangente de medidas	11	31,4%
Ferramenta de gestão mais utilizada	0	0%
Outro. Qual?	0	0%
TOTAL	35	100%

Dos inquiridos, 4 afirmam que os indicadores do BSC, em 30% das Instituições Hospitalares são definidos pelos Administradores, 20% pelos CFO/ Directores Financeiros.

Tabela 24 – Responsáveis pela definição dos indicadores do BSC

Quem define os indicadores a utilizar pela Instituição Hospitalar.	Quantidade Instituições	Percentagem
Administrador	3	75%
Director Geral	1	25%
Director Financeiro	2	50%
Director de Marketing	0	0%
Director Comercial	0	0%
Médicos	2	50%
Enfermeiros	2	50%
Outro	0	0%

Das Instituições Hospitalares que utilizam o BSC, em média são utilizados 5 indicadores financeiros, cerca de 3 indicadores de clientes, 5 indicadores para os processos internos e 2 para a aprendizagem e crescimento.

Tabela 25 – Número de indicadores utilizados em cada perspectiva

Número de Indicadores utilizados em cada perspectiva pelas Instituições Hospitalares				
Instituições Hospitalares	Financeiros	Clientes	Processos Internos	Aprendizagem e crescimento
Hospital 4	5	1	2	0
Hospital 20	3	4	7	1
Hospital 25	4	4	4	4
Hospital 26	6	2	7	4
Média do número de Indicadores Utilizado	4,5	2,75	5	2,25

4.3. Resultados e Discussão

Verificamos que as Instituições Hospitalares situam-se no Norte (34,5%), Lisboa e Vale do Tejo (33,6%), Centro (16,4%), Alentejo (6%), Algarve (4,3%), Açores (3,5%) e Madeira (1,7%), com uma percentagem de resposta de 37,8% no Norte, 32,4% em Lisboa e Vale do Tejo, 24,3% no Centro e 5,5% no Alentejo. Relativamente ao tipo de entidades, verificamos que 52,6% das Instituições Hospitalares são públicas, 39,6% são privadas e 7,8% são PPP, com uma percentagem de resposta de 64,9% das Instituições Hospitalares públicas, 29,7% privadas e 5,4% PPP. O que permite inferir dos resultados obtidos uma imagem próxima da realidade do universo no seu total.

A aplicação do BSC nas Instituições Hospitalares é reduzida (10,8%), conforme o estudo de Barreira (2011) onde 7% das unidades hoteleiras utilizam este sistema, Curado e Manica (2010) concluiu que o BSC é utilizado em 10% das empresas na RAM e Speckbacher *et al.*(2003) num estudo efectuado às empresas de língua alemã (Alemanha, Suíça e Áustria), constatou que 25% aplica o BSC.

A principal justificação para a utilização do BSC nas Instituições Hospitalares que já utilizam este sistema e nas que pensam ser importante utilizar é o alinhamento dos objectivos individuais e das unidades hospitalares com a estratégia (37,2%), verificando-se o mesmo nos estudos de Speckbacher *et al.* (2003) e Curado e Manica (2009).

O TdB é o sistema de gestão estratégico mais utilizado nas Instituições Hospitalares (64,9%), reforçando a ideia de que a não adopção do BSC deve-se ao grau de semelhança entre estes dois sistemas de gestão estratégica Speckbacher *et al.* (2003).

A principal área de utilização de indicadores não financeiros é a qualidade nos serviços (23,1%), seguido pela satisfação dos clientes/utentes (21,5%), verificando-se o consenso com os estudos de Wicks e Clair (2007), demonstrando que o desempenho hospitalar depende da qualidade dos serviços e da satisfação dos utentes/clientes, sendo estas áreas muito dependentes uma da outra e no estudo de Melones (2000), onde se verifica que a implementação do BSC provocou o aumento da qualidade e posteriormente uma maior satisfação dos utentes/clientes.

O nível de implementação do BSC foi elaborado com base nos indicadores disponibilizados pelas instituições hospitalares em comparação com os indicadores

recolhidos na literatura (Tabela 9) sobre o desempenho do BSC no sector hospitalar, para efectuar a comparação descrita na Tabela 26.

Tabela 26 - Grau de implementação do BSC nas Instituições Hospitalares

Instituições Hospitalares	1	2	3	4
Hospital 1	Custos operacionais Custos com pessoal Nº de doentes saídos	Ø	Tx de ocupação Nº de doentes saídos Tx de demora média	Ø
Hospital 2	Custos por doente (c. unit.)	0	Custo por doente (c. unit.)	Ø
Hospital 3	0	Ø	Ø	Ø
Hospital 4	0	Tx de absentismo Índice de satisfação do cliente/utente	Índice de qualidade	Ø
Hospital 5	Custos por procedimento Custos por doente (c. unit.)	Tx de absentismo	Tx de demora média Tx de reinternamento Custos por doente (c. unit.)	Ø
Hospital 6	Custo com pessoal Custos operacionais	Ø	0	Ø
Hospital 7	Liquidez corrente	Ø	Ø	0
Hospital 8	0	Ø	Tx de reinternamento Tx de demora média	Nº de profissionais com formação
Hospital 9	Custos por doente (c. unit.)	Acessibilidade	Tempo de espera Índice de qualidade Custo por doente (c. unit.)	Ø
Hospital 10	0	Índice de satisfação do cliente/utente	Índice de qualidade	Ø
Hospital 11	Custos operacionais	Percentagem de reclamações Percentagem de satisfação dos utentes/clientes	Tx de ocupação	Ø
Hospital 12	0	Nº de reclamações Índice de satisfação do cliente/utente	Índice de qualidade Actividade anual de formação	Actividade anual de formação
Hospital 13	Custos operacionais Custos com pessoal	Percentagem de satisfação dos utentes/clientes	Tx de demora média Tx de ocupação	Ø
Hospital 14	0	Índice de satisfação do cliente/utente	Tx de ocupação	Ø
Hospital 15	0	Ø	Tx de ocupação Tempo de espera Duração por serviço	Ø
Hospital 16	0	Tx de infecção	Tx de infecção Tx de ocupação Tx de demora média	Ø
Hospital 17	Receitas	0	0	Ø
Hospital 18	Custos com pessoal Custos operacionais	Ø	Tx de demora média Tx de ocupação	Ø
Hospital 19	Custos com pessoal Custos com medicamentos	Ø	Tx de mortalidade Tx de demora média Tx de ocupação	Ø

Hospital 20	Nº de doentes saídos	Percentagem de satisfação dos utentes/clientes	Tx de demora média Nº de horas de formação	Nº de horas de formação
		Nº de reclamações	Tx de ocupação Percentagem de complicações Nº de doentes saídos	
		Índice de recomendação	Tx de mortalidade Nº de reclamações Tx de reinternamento	
Hospital 21	Percentagem de custos com pessoal ajustados	Ø	Tx de demora média Tempo de espera para consulta Tempo de espera para cirurgia	Ø
Hospital 22	0	Índice de satisfação do cliente/utente	Tx de ocupação Tx de demora média Acreditação ISSO (Índice de qualidade)	Ø
Hospital 23	0	Índice de satisfação do cliente/utente	Tx de reinternamento Tx de demora média Tx de ocupação Tempo de espera para consulta Tempo de espera para cirurgia	Ø
Hospital 24	Custo do material clínico	Ø	Tx de demora média	Ø
	Remuneração do pessoal		Tx de reinternamento	
	Consumo de medicamentos		Tx de ocupação	
	Custo de internamento por doente		Nº de consultas por médico	
Hospital 25	Custos operacionais	Acessibilidade	Tx de demora média	Nº de profissionais envolvidos em pesquisa e investigação
	Custos de farmácia Custos com pessoal		Nº de doentes saídos	
	Nº de doentes saídos	Índice de satisfação do cliente/utente	Nº de horas de formação	Nº de horas de formação
Hospital 26	Custos operacionais	Imagem e reputação	Tx de demora média	Retenção de trabalhadores especializados
	Custos com pessoal	Tx de absentismo	Rotação dos funcionários	Rotação dos funcionários
Hospital 27	Custos operacionais	Índice de satisfação do cliente/utente	Nº de reclamações	Formação dos funcionários
		Nº de reclamações	Tx de demora média Formação dos funcionários	
Hospital 28	Custo por doente (c. unit.)	Ø	Tx de demora média	Ø
	Custos operacionais		Custo por doente (c. unit.)	
Hospital 29	Receitas	Ø	Tx de ocupação do bloco	Ø

			operatório ----- Tx de ocupação por cama	
Hospital 30	Custo por doente (c. unit.)	Percentagem de satisfação dos utentes/clientes	Tx de ocupação ----- Tx de demora média ----- Percentagem de Recursos Humanos satisfeitos ----- Custo por doente (c. unit.)	Percentagem de Recursos Humanos satisfeitos
Hospital 31	Custos operacionais ----- Nº de doentes saídos	Índice de satisfação do cliente/utente	Nº de doentes saídos ----- Tx de demora média ----- Tx de ocupação	Ø
Hospital 32	0	Ø	Tx de reinternamento ----- Tempo de espera ----- Tx de demora média ----- Tempo de espera para cirurgia	Ø
Hospital 33	Custos operacionais ----- Custos com pessoal	Índice de satisfação do cliente/utente	Tx de demora média	Ø
Hospital 34	0	Ø	Tx de demora média ----- Tx de ocupação ----- Tempo de espera ----- Tx de reinternamento ----- Tx de readmissões na urgência	Ø
Hospital 35	Percentagem de custos com o pessoal ajustados	Acessibilidade	Tx de reinternamento ----- Tx de demora média ----- Tempo de espera	Ø
Hospital 36	0	Índice de satisfação do cliente/utente ----- Nº de reclamações	Tempo de espera ----- Tx de ocupação ----- Nº de reclamações	Ø
Hospital 37	Custos com o pessoal	Índice de satisfação do cliente/utente ----- Tx de infeção	Tx de reclamações ----- Tx de infeção	Ø

Legenda:

Ø – Não tem indicadores para a perspectiva.

0 – Tem indicadores para a perspectiva, mas não constam na tabela 10.

Tabela 27 - Relação entre o nível de implementação do BSC e o tipo de entidade

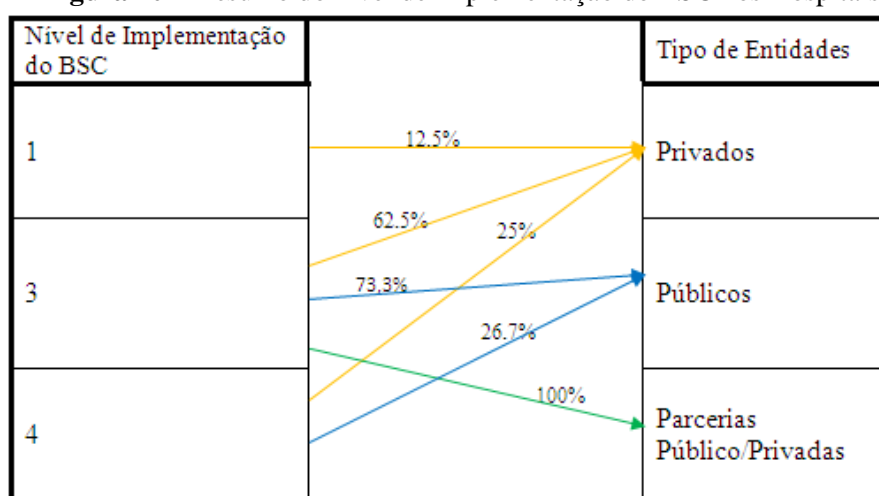
Nível de implementação do BSC	Privado	Público	PPP	TOTAL
1	1	0	0	1
2	0	0	0	0
3	5	11	2	18
4	2	4	0	6
TOTAL	8	15	2	25

Após a elaboração das Tabelas 26 e 27, verificou-se que existem seis hospitais que possuem indicadores para as quatro perspectivas do BSC, encontrando-se no quarto nível de implementação do BSC, sendo quatro hospitais públicos e dois privados. Dos respondentes, dezoito hospitais dispõem de indicadores para três das quatro perspectivas do BSC, estando no terceiro nível de implementação do BSC, onde onze são hospitais

públicos, cinco privados e dois são PPP. Apurou-se que um hospital possui indicadores apenas para a perspectiva financeira, encontrando-se no primeiro nível de implementação do BSC (Figura 10).

Verificamos que doze hospitais utilizam indicadores para duas perspectivas do BSC, sendo que onze hospitais utilizam indicadores para as perspectivas financeira e processos internos e um hospital possui indicadores para as perspectivas financeira e aprendizagem e crescimento, desta forma não nos é possível determinar o nível de implementação do BSC para estes hospitais.

Figura 10 – Resumo do nível de implementação do BSC nos Hospitais



5. Conclusões, limitações e futuros trabalhos

Verificamos, através da recolha de dados, que a maioria tem uma estratégia definida, utiliza a intranet como forma de a comunicar, avalia a sua estratégia anualmente, utilizam indicadores financeiros e não financeiros e as duas áreas de utilização de indicadores não financeiros são na qualidade dos serviços e na satisfação dos utentes/clientes.

Os resultados obtidos no estudo, relativamente à distribuição geográfica e ao tipo de entidade são semelhantes aos do universo, permitindo-nos supor que são uma imagem próxima da realidade do universo no seu total.

O sistema de gestão estratégica mais utilizado pelas Instituições Hospitalares é o TdB (64,9%), sendo o BSC (10,8%) pouco utilizado pelas Instituições Hospitalares em Portugal, resultado semelhantes são apresentados nos estudos de Curado e Manica (2009) e Barreira (2011), podendo este resultado ser considerado um fenómeno de

carácter nacional. Segundo Speackbacher *et al.* (2003), este resultado também pode dever-se ao grau de semelhança destes dois sistemas de gestão estratégica.

Os Hospitais privados comportam maioritariamente (62,5%) o terceiro nível de implementação do BSC, este padrão também se verificou nos Hospitais públicos, onde 73,3% está no terceiro nível de implementação do BSC. As PPP encontram-se todas no terceiro nível de implementação do BSC, o que demonstra que predominantemente os Hospitais em Portugal encontram-se no terceiro nível de implementação do BSC independentemente do tipo de entidade.

As organizações prestadoras de cuidados de saúde são bastante complexas, devido aos inúmeros serviços que prestam, necessitando de um elevado grau de controlo de gestão, sendo que Borges e Schmid (2002) *apud* Brikmann *et al.* (2003) consideram que só assim se verificam melhorias na qualidade e na satisfação dos utentes/clientes, tornando-se numa organização eficiente dadas as necessidades e exigências da população.

Denote-se que apesar dos gestores hospitalares terem uma estratégia definida, esta apenas é avaliada anualmente, o que vai contra as recomendações de Kaplan e Norton (1996a), ao considerarem que a constante avaliação da estratégia é essencial para a concretização do BSC.

Na elaboração do trabalho existiram algumas limitações, que poderão reflectir-se nos resultados do estudo. Primeiramente este trabalho apresenta uma taxa de resposta relativamente baixa, podendo por em causa algumas conclusões retiradas.

A recolha dos dados foi efectuada através de questionário postal, podendo ter ocorrido algum extravio e resposta menos sinceras, devido à interpretação errada das questões, pois não existiu nenhum contacto por parte dos inquiridos a requerer apoio para o preenchimento do questionário, assim algumas conclusões poderão ser inexactas. A não recolha de dados acerca da formação dos inquiridos, podendo esta explicar a não adopção do BSC por parte das Instituições Hospitalares.

Este estudo poderá ser considerado desactualizado rapidamente, devido à actual reestruturação hospitalar do SNS, pois a lista de Instituições Hospitalares foi fornecida pelas respectivas entidades até à data de 10/01/2012, o que poderá incluir ou excluir algumas Instituições Hospitalares inauguradas ou encerradas posteriormente a esta data.

A existência de literatura do BSC em Portugal é bastante reduzida, o que obriga a recorrer à literatura estrangeira como fonte de investigação e termo de comparação. As diferenças relativas ao sector privado e público de países como os EUA, Canadá,

Taiwan, Japão, China e Alemanha, com Portugal, podem pôr em causa algumas das conclusões obtidas relativamente à comparação dos indicadores financeiros e não financeiros.

Relativamente a trabalhos futuros, este estudo poderá ser efectuado em todos os sectores de actividade por forma a conhecer os sistemas de gestão estratégica utilizados nos diversos sectores, como por exemplo os sectores bancário, da educação, dos transportes aéreos (aeroportos), dos transportes marítimos (portos).

Dentro do próprio tema, podemos explorar a implementação do BSC nos centros de saúde, clínicas, casas de repouso, farmácias, ou seja, alargar o estudo a toda a indústria da saúde.

Podemos replicar o estudo a nível internacional, permitindo a comparação entre os sistemas de gestão estratégica utilizados em diferentes países, quer na indústria da saúde, quer noutros sectores de actividade. Averiguar qual a influência que os aspectos ideológicos e culturais poderão possuir na implementação dos sistemas de gestão estratégica. Sugere-se um estudo aos hospitais que utilizam o BSC, para averiguar as vantagens e desvantagens e as etapas de implementação, tendo uma melhor percepção de todo o processo.

6. Bibliografia

- Ahn, Heinz. 2001. Applying the Balanced Scorecard Concept: An experience report. *Long Range Planning*, 34(4): 441-461.
- Atkinson, Helen e Brown, Jackie. 2001. Rethinking performance measures: assessing in UK hotels. *International Journal of Contemporary Hospitality Management*, 13(3): 128-135.
- Ba-abaad, Khaled Mohammed. 2009. Review of the literature of Balanced Scorecard and Performance measurement: the case of healthcare organizations. *Business e-Bulletin*, 1(1): 33-47.
- Barreira, António Maria Furtado de Antas. 2011. “Instrumentos de avaliação de desempenho estratégico: Um estudo na Indústria Hoteleira.” Dissertação de Mestrado. Universidade Técnica de Lisboa. Instituto de Economia e Gestão.
- Bititci, U. S., Turne, U. e Begemann, C. 2000. Dynamics of performance measurement systems. *International Journal of Operations and Production Management*, 20(6): 692-704.
- Bourguignon, A., Malleret, V., Nørreklit, H. 2001. Balanced Scorecard vs. French Tableau de bord: Beyond dispute, a cultural and ideological perspective. European Institute for Advanced Studies in Management. 1st Conference Performance Measurement and Management Control, Nice, 49-109.
- Bourguignon, A., Malleret, V. e Nørreklit, H. 2004. The American balanced scorecard vs. the French Tableau de bord: the ideological dimension management. *Accounting Research*, 15(2): 107-134.
- Bourne, M., Neely, A.D., Platts, K.W. e Mills, J.F. 2002. The success and failure of performance measurement initiatives: perception of participating managers. *International Journal of Operations & Production Management*, 22(11): 1288-1310.
- Brinkmann, A., Gebhard, F., Isenmann, R., Bothner, U. e Schwilk, B. 2003. Balanced Scorecard “tool or troy” im Krankenhaus?. *Der Anaesthetist*, 52(10): 947-956.
- Brown, M. 2000. *Winning score: how to design and implement winning scorecards*. Portland, Oregon: Productivity Press.
- Butler, J. 1995. *Hospital Cost Analysis*. Dordrecht/ Boston/ London Kluwer Academic Publishers.
- Caldeira, Jorge. 2009. *Implementação do Balanced Scorecard no Estado*. Almedina.
- Caudle, Sharon. 2008. The Balanced Scorecard: A Strategic Tool in Implementing Homeland Security Strategies. *Homeland Security Affairs*, 4(3): 1-17.
- Cebrián, Mónica S. e Cerviño, Esther F. 2004. Un análisis de la flexibilidad del Cuadro de Mando Integral (CMI) en su adaptación a la naturaleza de las organizaciones. *Revista Iberoamericana de Contabilidad de Gestión*, 2(4): 1-21.
- Chan, Grace J., Parco, Kristin B., Sihombing, Melva E., Tredwell, Susan P. e O’rourke, Edward J. 2010. Improving health services to displaced persons in Aceh, Indonesia: a balanced scorecard. *Bulletin of the World Health Organizations*, 88 (9): 709-712.
- Chan, Y. L. e Ho, S. K. 2000. The use of balanced scorecard in Canadian Hospitals. *Advances in Management Accounting*, 9(1): 145-169.

Chen, Xiao-yun., Yamauchi, Kazunobu., Kato, Ken., Nishimura, Akio. e Ito, Katuski. 2006. Using the balanced scorecard to measure Chinese and Japanese hospital performance. *International Journal of Health Care Quality Assurance*,19(4): 339-350.

Clark, L. A. 1995. Development, application and evaluation of an organizational performance measurement system. USA: Ph. D. Dissertation. Virginia Tech, Blacksburg, VA.

Código do Procedimento Administrativo.

Collis, David J. e Rukstad, Michael G. 2008. Can you say what your strategy is? *Harvard Business Review*, 86(4): 82-90.

Collis, Jill e Hussey, Roger. 2005. *Business Research: A practical guide for undergraduate and postgraduate students*. 3ª Edição, Basingstoke: Palgrave Macmillan.

Collins, B. e Hage, E. 1993. *Management by policy: How companies focus their total quality efforts to achieve competitive advantage*. Milwaukee: ASQC: 1994.

Constituição da República Portuguesa, art. 82º – Sectores de propriedade dos meios de produção.

Cruz, C.P. 2005. “Balanced Scorecard – Concentrar uma organização no que é essencial”. *Vida Económica*.

Coutinho, Marta Sofia Costa. 2010. “Elaboração do balanced scorecard em recursos humanos: aplicação à Assembleia da República”. Dissertação de Mestrado. Universidade Técnica de Lisboa. Instituto Superior de Economia e Gestão.

Curado, Carla e Manica, José. 2010. Management control systems in Madeira Island largest firms: evidence on the Balanced Scorecard usage. *Journal of Business Economics and Management*, 11(4): 652-670.

Curtright, J. W., Stolp-Smith, S. C. e Edell E. S. 2000. Strategic performance management: development of a performance measurement system at the Mayo Clinic. *Journal Healthcare Management*, 45(1): 58-68.

Dawson, Catherine. 2002. *Practical research methods*. New Delhi, UBS: Publishers’ Distributors.

Debusk, Gerald K., Brown, Robert M. e Killough, Larry N. 2003. Components and relative weights in utilization of dashboard measurement systems like the Balanced Scorecard. *The British Accounting Review*, 35(3): 215-231.

Decreto-Lei n.º 185/2002, de 20 de Agosto.

Decreto-Lei n.º 233/2005, de 29 de Dezembro.

Decreto-Lei n.º 300/2007, 23 de Agosto.

Direcção-Geral da Saúde. 1998. *O Hospital Português*. Ministério da Saúde. Lisboa.

Drew, Stephen A. e Kaye, Roland. 2007. Engaging boards in corporate direction-setting: strategic scorecard. *European Management Journal*, 25 (5): 359-369.

Drucker, P. F. 1989. What Business Can Learn from Nonprofits. *Harvard Business Review*, 67(4): 88-93.

DRUCKER, P. F. 1997. *Administração em tempos de grandes mudanças*. São Paulo: Arte-Final.

- DRUCKER, P. F. 2001. O melhor de Peter Drucker. São Paulo: Nobel.
- Epstein, M. J. e Manzoni, J. F. 1997. The Balanced Scorecard and Tableaux de Bord: translating strategy into action. *Management Accounting*, 79(2): 28-36.
- Epstein, M. J. e Manzoni, J. F. 1998. Implementing corporate strategy: from Tableaux de Bord to Balanced Scorecards. *European Management Journal*, 16(2): 190-203.
- Forgione, D. A. 1997. Health care financial and quality measures: International call for a balanced scorecard approach. *Journal of Health Care Finance*, 24(1): 55-58.
- Griffith, J. R. 1994. Reengineering health care: Management systems for survivors. *Hospital and Health Services Administration*, 39(4): 451-470.
- Griffith, J. R. 2003. Balanced Scorecard use in New Zealand government departments and crown entities. *Australian Journal of Public Administration*, 30(62): 70-80.
- Grud, Bruce e Gao, Tian. 2008. Lives in the balance: an analysis of the balanced scorecard (BSC) in healthcare organizations. *International Journal of Productivity and Performance Management*, 57 (1): 6-21.
- Hambrick, D. C. 1980. Operationalizing the Concept of Business-Level Strategy in Research. *Academy of Management Review*, 5(4): 567-575.
- Hayes, R. H. e Pisano, P. G. 1994. Beyond World-Class: The New Manufacturing Strategy. *Harvard Business Review*, 72(1): 77-86.
- Henri, Jean-François. 2006. Management control systems and strategy: A resource-based perspective. *Accounting, Organizations and Society*, 31(6): 529-558.
- Hong, Y., Hwang, K. J., Kim, M. J. e Park, C. G. 2008. Balanced Scorecard for Performance Measurement of a Nursing Organization in Korean Hospital. *Journal of Korean Academy of Nursing*, 38(1): 45-54.
- Hoque, Zahirul 2005. Linking environmental uncertainty to non-financial performance measures and performance research note. *The British Accounting Review*, 37(4): 471-481.
- Huang, S. H., Chen, P. L., Yang, M. C., Chang, W. Y. e Lee, H. J. 2004. Using a balanced scorecard to improve the performance of an emergency department. *Nursing Economics*, 22(3): 140-146.
- Inamdar N., Kaplan, R. S. e Bower, M. 2002. Applying the balanced scorecard in healthcare provider organizations. *Journal Healthcare Management*, 47(3): 179-195.
- Isaac, S. e Michael, William B. 1977. Handbook in research and evaluation. Sandiego: Edits Publisher.
- Ittner, Christopher D. e Larcker, David F. 1998. Innovations in performance measurement: Trends and research implications. *Journal of Management Accounting Research*, 10(2): 205-238.
- Jauch, L. R. e Glueck, W. F. 1980. Business Policy and Strategic Management. 5ª Edição, McGraw-Hill.
- Jordan, H., Neves, J. C. e Rodrigues, J. A. 2002. O Controle de Gestão – Ao serviço da Estratégia e dos Gestores. 4ª Edição. Lisboa: Áreas Editora.
- Juhmani, Omar I. M. 2007. Usage, motives and a usefulness of the balanced scorecard: Evidence from Bahrain. *International Journal of Business Research*, 7(5): 106-117.

- Kanji, Gopal K. e Sá, Patricia. 2002. Kanji's Business Scorecard. *Total Quality Management*, 13(1): 13-27.
- Kaplan, Robert S. e Norton, David P. 1992. The balanced scorecard: Measures that drive performance. *Harvard Business Review*, 70(1): 172-180.
- Kaplan, Robert S. e Norton, David P. 1993. Putting the Balanced Scorecard to work. *Harvard Business Review*, 71(5): 134-142.
- Kaplan, Robert S. e Norton, David P. 1996a. Using the balanced scorecard as a strategic management system. *Harvard Business Review*, 74(1): 75-85.
- Kaplan, Robert S. e Norton, David P. 1996b. *Translating strategy into action – The Balanced Scorecard*. Boston, Massachusetts: Harvard Business School Press.
- Kaplan, Robert S. e Norton, David P. 1997. Why does business need a Balanced Scorecard? *Journal of Cost Management*, 11(3): 5-10.
- Kaplan, Robert S. e Norton, David P. 2000a. *Organização orientada para a estratégia*. Rio de Janeiro: Editora Campus.
- Kaplan, Robert S. e Norton, David P. 2000b. Having trouble with your strategy? Then map it. *Harvard Business Review*, 78(5): 167-176.
- Kaplan, Robert S. e Norton, David P. 2001a. *The strategy focused organization*. Boston, Massachusetts: Harvard Business School Press.
- Kaplan, Robert S. e Norton, David P. 2001b. Transforming the balanced scorecard from performance measurement to strategic management: Part II. *Accounting Horizons*, 15(1): 87-104.
- Kaplan, Robert S. e Norton, David P. 2004. *Strategy maps: converting intangible outcomes into tangible outcomes*. Boston, Massachusetts: Harvard Business School Press.
- Kaplan, Robert S. e Norton, David P. 2005. The office of strategy management. *Harvard Business Review*, 83(10): 72-80.
- KAPLAN, Robert S. e NORTON, David P. 2006. *Alinhamento: Utilizando o Balanced Scorecard para criar sinergias corporativas*. 8ª Edição, Rio de Janeiro: Campus.
- Kaplan, Robert S. e Norton, David P. 2008. *The execution premium: Linking strategy to operations for competitive Advantage*. Harvard Business School Press.
- King, W. R. e Cleland, D. I. 1978. *Strategic planning and policy*. New York: Van Nostrand Reinhold.
- Lei de Gestão Hospitalar - Lei n.º 27/2002, de 8 de Novembro.
- Letza, S. 1996. The design and implementation of the balanced business scorecard: an analysis of three companies in practice. *Business Process Reengineering and Management Journal*, 2(3): 54-76.
- Lovaglio, Pietro G. 2010. Model Building and estimation strategies for implementing the Balanced Scorecard in Health sector. *Springer Science and Business Media*, 24(1): 199-212.
- Macdonal, M. 1998. Using the balanced scorecard to align strategy and performance in lon-term care. *Healthcare Management Forum*, 11(3): 33-38.

- Malina, Mary A. e Selto, Frank H. 2001. Communicating and controlling strategy: an empirical study of the effectiveness of the balanced scorecard. *Journal of Management Accounting Research*, 13: 47-90.
- Matos, Luís e Ramos, Isabel. 2009. *Medir para gerir: O Balanced Scorecard em Hospitais*. 1ª Edição: Edições Sílabo.
- Marr, Bernard e Schiuma, Gianni. 2003. Business performance measurement – past, present and future. *Management Decision*, 41(8): 680-687.
- Mayfield, J. 1997. Economic value management. *Management Accounting magazine for Chartered Management Accountants*, 75(8): 32-35.
- Meliones, John N. 2000. Saving Money, Saving Lives. *Harvard Business Review*, 78(6): 29-36.
- Mooraj, Stella., Oyon, Daniel e Hosteller, Didier. 1999. The Balanced Scorecard: a Necessary Good or an Unnecessary Evil? *European Management Journal*, 17(5): 481-491.
- Nathan, Kevin e Pelfrey, Sandra H. 2004. Strong medicine for failing hospitals: A balanced Scorecard approach. *Cost Management*, 18(1): 24-30.
- Nørreklit, H. 2000. The balanced Scorecard – a critical analysis of some of its assumptions. *Management Accounting Research*, 11(1): 65-88.
- Nørreklit, H. 2003. The Balanced Scorecard: what is the score? A rhetorical analysis of the Balanced Scorecard. *Accounting, Organizations and Society*, 28(6): 591-619.
- Otley, D. 1999. Performance Management: a framework for management control systems research. *Management Accounting Research*, 11(1): 65-88.
- Peters, D. H., Noor, A. A., Singh, L. P., Hansen, P. M. e Burnham, G. 2007. A Balanced Scorecard for health services in Afghanistan. *Bulletin of the World Health Organization*, 85(2): 146-151.
- Rabbani, F., Jafri, W., Abbas F., Shah, M., Azam, S. I., Shaikh, B. T., Brommels, M. e Tomson, G. 2010. Desining a balanced scorecard for a tertiary care hospital in Pakistan: a modified Delphi group exercise. *International Journal of Health Planning and Management*, 25(1): 74-90.
- Rabbani, F., Lalji, S., Abbas F., Jafri, W., Razzak, J., Nabi, N., Jahan, F., Ajmal, A., Petzold, M., Brommels, M. e Tomson, G. 2011. Understanding the context of Balanced Scorecard Implementation: a hospital-based case study in Pakistan. *Implementation Science*, 6(31): 1-14.
- Regulamento (CE) n.º 1059/2003 do Parlamento Europeu e do Conselho de 26 de Maio de 2003.
- Robbins G. 2004. New Public Management in an Irish Hospital: Will they let the managemers manage? *New Public Management Seminar*. Universidade de Edinburgo.
- Santiago, J. M. 1999. Use of the balanced scorecard to improve the quality of behavioral health care. *Psychiatric Services*, 50(12): 1571-1576.
- Senge, P. M. 1990. *The fifth discipline: the art and practice of the learning organization*. New York: Doubleday 6ª Edição.
- Shutt, Judith A. 2003. Balancing the Health Care Scorecard. *Management Care*, 12(9): 42-46.

Simões, Jorge. 2004. Retrato Político da Saúde – Dependência do percurso e inovação em saúde: da ideologia ao desempenho. Almedina.

Speckbacher, G., Bischof, J. e Pfeiffer, T. 2003. A descriptive analysis on the implementation of Balanced Scorecard in German-speaking countries. *Management Accounting Research*, 14(4): 361-387.

Vale, Maria de Lurdes. 2011. O estado da saúde: O verdadeiro retrato de Portugal. Gradiva Publicações.

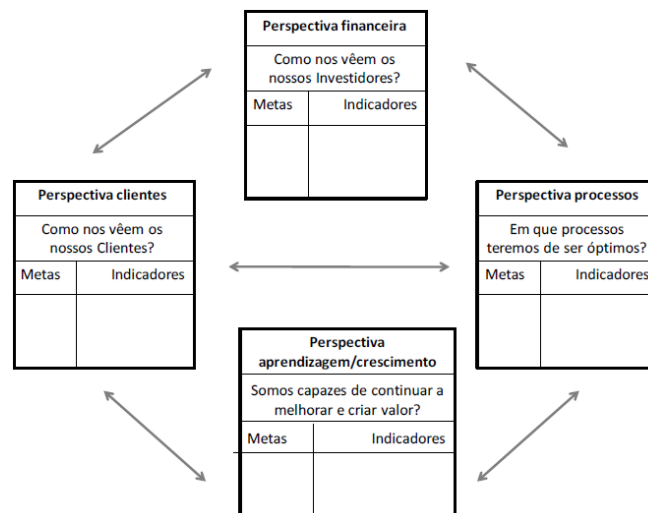
Villabí, J., Guix, J., Casas, C., Borrell, C., Duran, J., Artazcoz, L., Camprubi, E., Cusí, M., Rodriguez-Montuquin, P., Armengol, A. M. e Jiménez, G. 2007. The Balanced Scorecard as a Management Tool in a Public Health Organization. *Gac Sanit*, 21(1): 60-65.

Wicks, Angela M. e Clair, Lynda St. 2007. Competing Values in Healthcare: Balancing the (Un) Balanced Scorecard. *Journal of Healthcare Management*, 52(5): 309-324.

Zelman, W. N., Pink, G. H. e Matthias, C. B. 2003. Use of the balanced scorecard in Health Care. *Journal of Health Care Finance*, 29(4): 1-16.

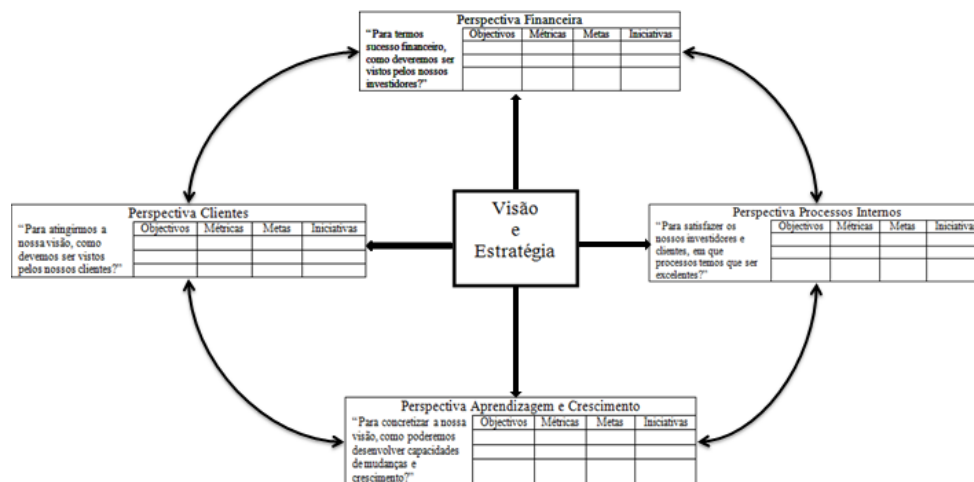
7. Anexos

Figura 1 – Ligações do Balanced Scorecard às medidas de desempenho.



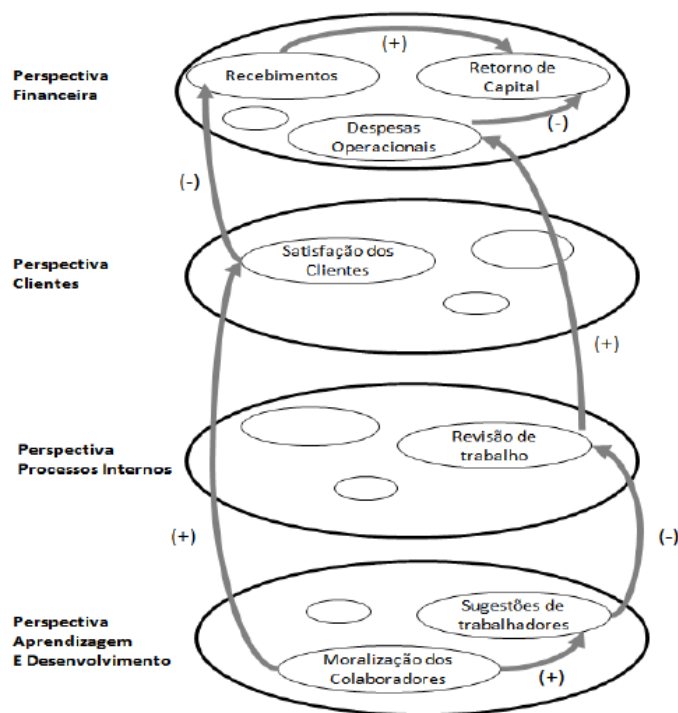
Fonte: Coutinho (2010).

Figura 2 - A tradução da visão e da estratégia: quatro perspectivas



Fonte: Adaptado de Kaplan e Norton (1996).

Figura 3 – Ligação das métricas nas quatro perspectivas



Fonte: Coutinho (2010).

Tabela 8 – Hospitais que utilizam o BSC, segundo a literatura

Hospitais	Autores
Agência de Saúde Pública de Barcelona (ASPB) (Espanha)	Villabí <i>et al.</i> , 2007
Bradford PCT (Reino Unido)	Gurd e Gao, 2008
Bradford HIMP (Reino Unido)	Gurd e Gao, 2008
Bridgeport Hospital (E.U.A.)	Gurd e Gao, 2008
Cambridge Health Alliance (E.U.A.)	Gurd e Gao, 2008
Clínica no Hogland Hospital (Suécia)	Gurd e Gao, 2008
Community Memorial Hospital (E.U.A.)	Gurd e Gao, 2008
Departamento de Anestesiologia da Universidade de Yale (E.U.A.)	Rimar e Garstka, 2000 <i>apub</i> Brinkmann <i>et al.</i> 2003
Departamento de emergências num Hospital (Taiwan)	Gurd e Gao, 2008
Departamento do Hospital (Suécia)	Gurd e Gao, 2008
Departamento Médico do Exército – AMEDD (E.U.A.)	Inamdar <i>et al.</i> , 2002
Direcção de fiscalização do Hospital (Nova Zelândia)	Gurd e Gao, 2008
Duke Children’s Hospital (E.U.A.)	Meliones, 2000
Enfermagem de Queensland Health (Austrália)	Gurd e Gao, 2008
Falls Memorial Hospital, International Falls (E.U.A.)	Gurd e Gao, 2008
Henry Ford Health System (E.U.A.)	Chang <i>et al.</i> , 2008
Hospital Irlandês (Irlanda)	Robbins, 2004
Hospital de Montefiore (E.U.A.)	Kaplan e Norton, 2001a
Hospital Universitário de Basel (Suíça)	Heberer, 2002 <i>apub</i> Brinkmann <i>et al.</i> 2003
Hospital Universitário de Marburg (Alemanha)	Conrad, 2001 <i>apub</i> Brinkmann <i>et al.</i> 2003
Hospital Universitário Privado (Paquistão)	Rabbini <i>et al.</i> , 2011
Hudson River Psychiatric Center (E.U.A.)	Shutt, 2003
Irmãs de Caridade Serviços de Saúde de Ottawa – SCOHS (Canadá)	Macdonald, 1998
Long-term planning at Jonkoping County Council (Suécia)	Gurd e Gao, 2008

Mackay Memorial Hospital – MMH (Taiwan)	Chang <i>et al.</i> , 2008
Mayo Clinic (E.U.A.)	Curtright <i>et al.</i> , 2000
Mental Health Trusts e provedores de Serviços de Saúde Mental, Comissão de Saúde (Reino Unido)	Gurd e Gao, 2008
Ministério da Saúde Pública (Afeganistão)	Peters <i>et al.</i> , 2007
Peel Memorial Hospital – PMH (Canadá)	Shutt, 2003
Organização de Enfermagem no Hospital Coreano (Coreia)	Hong <i>et al.</i> , 2008
Royal Brisbane e Women’s Hospital (Austrália)	Gurd e Gao, 2008
Royal Ottawa Hospital (E.U.A.)	Gurd e Gao, 2008
Serviço de Emergência do Hospital (Tailândia)	Huang <i>et al.</i> , 2004
Serviços de Saúde de Aceh Barat e Nagan Raya de Aceh (Indonésia)	Chan <i>et al.</i> , 2010
Sistema Nacional de Saúde Inglês (Inglaterra)	Nathan e Pelfrey, 2004
Silver Cross Hospital (E.U.A.)	Gurd e Gao, 2008
South Canterbury District Health Board (Nova Zelândia)	Gurd e Gao, 2008
St. Mary’s/ Sistema de Saúde Clínica de Duluth (E.U.A.)	Gurd e Gao, 2008
Unidade dos cuidados paliativos em St. Elsewhere Hospital (E.U.A.)	Gurd e Gao, 2008
West Park Healthcare Centre – WPHC (Canadá)	Shutt, 2003

Fonte: Elaboração própria, com base nos autores referidos na tabela.

Tabela 10 – Características específicas dos Hospitais

Actividade	Actuação	Capacidade de organização
É desenvolvida através do diagnóstico, da terapêutica e da reabilitação quer em regime de internamento, quer em ambulatório. Compete-lhe, igualmente, promover a investigação e o ensino, com vista a resolver problemas de saúde.	Deve ser efectivada de forma conjunta e articulada com as demais instituições, no quadro de uma rede de referência hospitalar.	Para se adequar às reais necessidades de saúde da população, para que os resultados da sua prestação ou desempenho correspondam a ganhos em saúde.

Fonte: Elaboração Própria, com base na Direcção-Geral da Saúde (1998).

Tabela 11 – Lista de Hospitais em Portugal

Hospitais em Portugal	
Nº	Instituição:
1	British Hospital Lisbon XXI, S.A
2	Centro de Medicina e Reabilitação de Alcoitão
3	Centro Hospitalar Barreiro/Montijo, E.P.E. (Integra o Hospital de Nossa Senhora do Rosário e o Hospital Distrital do Montijo).
4	Centro Hospitalar Cova da Beira, E.P.E (Integra o Hospital da Covilhã e o Hospital do Fundão).
5	Centro Hospitalar da Póvoa do Varzim / Vila do Conde, E.P.E (Integra o Hospital da Póvoa do Varzim – S. Pedro Pescador e o Hospital de Vila do Conde).
6	Centro Hospitalar de Lisboa Central, E.P.E. (Integra o Hospital Curry Cabral, Hospital D. Estefânia, o Hospital de S. José, o Hospital Santa Marta, o Hospital dos Capuchos e o IPO de Lisboa).
7	Centro Hospitalar de Lisboa Norte, E.P.E. (Integra o Hospital Pulido Valente e o Hospital Santa Maria).
8	Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, E.P.E. (Integra o Hospital Egas Moniz, o Hospital São Francisco Xavier e o Hospital de Santa Cruz).
9	Centro Hospitalar de Leiria-Pombal, E.P.E. (Integra o Hospital Distrital de Pombal e o Hospital de Santo André).
10	Centro Hospitalar de Setúbal, E.P.E. (Integra o Hospital Ortopédico Santiago do Outão e o Hospital São Bernardo – Setúbal).

11	Centro Hospitalar de São João, E.P.E. (Integra o Hospital de São João - Porto e o Hospital Nossa Senhora da Conceição - Valongo)
12	Centro Hospitalar de Trás-os-Montes Alto-Douro, E.P.E. (Integra o Hospital São Pedro de Vila Real, o Hospital Dom Luiz – Peso de Régua, o Hospital Distrital de Chaves e o Hospital Distrital de Lamego).
13	Centro Hospitalar de Torres Vedras, E.P.E. (Integra o Hospital Distrital de Torres Vedras e o Hospital Dr. José Maria Antunes Júnior – Barro).
14	Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho, E.P.E. (Integra o Hospital de Espinho e o Hospital de Vila Nova de Gaia).
15	Centro Hospitalar do Alto Ave, E.P.E. (Integra o Hospital de Guimarães – Nossa Senhora da Oliveira e o Hospital de Fafe – S. José).
16	Centro Hospitalar do Barlavento Algarvio, E.P.E. (Integra o Hospital de Lagos e o Hospital de Portimão).
17	Centro Hospitalar do Médio Ave, E.P.E. (Integra o Hospital de Famalicão – S. João de Deus e o Hospital de Santo Tirso – Conde de S. Bento).
18	Centro Hospitalar do Médio Tejo, E.P.E. (Integra o Hospital Dr. Manuel Constâncio – Abrantes, o Hospital Nossa Senhora da Graça – Tomar e o Hospital Rainha Santa Isabel – Torres Novas).
19	Centro Hospitalar do Nordeste, E.P.E. (Integra o Hospital de Macedo de Cavaleiros, o Hospital Distrital de Bragança e o Hospital Distrital de Mirandela).
20	Centro Hospitalar do Oeste Norte, E.P.E. (Integra o Hospital Bernardino Lopes de Oliveira – Alcobaça; o Hospital Distrital Caldas da Rainha e o Hospital São Pedro Gonçalves Telmo – Peniche).
21	Centro Hospitalar do Porto, E.P.E. (Integra o Hospital Joaquim Urbano; Hospital de Santo António; o Hospital Especializado em Crianças Maria Pia; IPO do Porto e a Maternidade Júlio Dinis).
22	Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa, E.P.E. (Integra o Hospital de Amarante – S. Gonçalo e o Hospital do Vale do Sousa – Padre Américo).
23	Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, E.P.E. (Integra o Centro Hospitalar Psiquiátrico de Coimbra, E.P.E. (Centro de Recuperação de Arnes – Soure; Hospital do Lorvão – Penacova; Hospital Sobral Cid – Coimbra), o Centro Hospitalar de Coimbra E.P.E. (Hospital dos Covões; Hospital Pediátrico de Coimbra; IPO de Coimbra e Maternidade Bissaya Barreto) e os Hospitais Universitários de Coimbra (Hospitais Universitários de Coimbra e Maternidade Daniel Matos).
24	Centro Hospitalar entre o Douro e Vouga, E.P.E. (Integra o Hospital de Oliveira de Azeméis – S. Miguel, o Hospital de Santa Maria da Feira – S. Sebastião e o Hospital de São João da Madeira).
25	Centro Hospitalar Psiquiátrico de Lisboa, E.P.E. (Integra o Hospital Dr. Júlio de Matos e o Hospital Dr. Miguel Bombarda).
26	Centro Hospitalar Tondela Viseu, E.P.E. (Integra o Hospital de São Teotónio e o Hospital Cândido Figueiredo).
27	CLIRIA – Hospital Privado
28	Clipóvoa Hospital Privado
29	Hospital Agostinho Ribeiro
30	Hospital Amato Lusitano – Castelo Branco
31	Hospital António Lopes
32	Hospital Arcebispo João Crisóstomo – Cantanhede
33	Hospital CUF – Porto
34	Hospital CUF Descobertas
35	Hospital CUF Infante Santo
36	Hospital da Arrábida
37	Hospital da Cruz Vermelha Portuguesa
38	Hospital da Força Aérea
39	Hospital da Horta, E.P.E. – Açores

40	Hospital da Luz
41	Hospital da Marinha
42	Hospital da Misericórdia de Évora
43	Hospital da Misericórdia de Sangalhos
44	Hospital da Ordem Terceira São Francisco do Porto
45	Hospital da Prelada
46	Hospital da Santa Casa da Misericórdia de Ponte da Barca
47	Hospital da Santa Casa da Misericórdia de Alijo
48	Hospital de Almada – Garcia da Orta, E.P.E.
49	Hospital de Braga
50	Hospital de Faro, E.P.E.
51	Hospital de Jesus
52	Hospital de Magalhães Lemos, E.P.E.
53	Hospital de Santiago – HOSPOR
54	Hospital de Santo Espírito de Angra do Heroísmo, E.P.E.
55	Hospital de São Luís – Lisboa
56	Hospital Distrital da Figueira da Foz, E.P.E.
57	Hospital Distrital de Águeda
58	Hospital Distrital de Santarém, E.P.E.
59	Hospital Divino Espírito Santo, E.P.E. – Ponta Delgada
60	Hospital do Entroncamento
61	Hospital do Litoral Alentejano, E.P.E.
62	Hospital do Mar
63	Hospital do Terço
64	Hospital dos SAMS – Lisboa
65	Hospital dos Lusíadas
66	Hospital Dr. Fernando da Fonseca – Amadora/Sintra
67	Hospital Dr. Francisco Zagalo – Ovar
68	Hospital Dr. João D’Almada
69	Hospital Dr. José Almeida, HPP Cascais
70	Hospital Espírito Santo, E.P.E. – Évora
71	Hospital Infante D. Pedro, E.P.E.
72	Hospital Infantil São João de Deus – Montemor-o-Novo
73	Hospital José Luciano de Castro – Anadia
74	Hospital Militar de Belém 12
75	Hospital Militar Principal 11
76	Hospital Militar Regional Nº1 (D. Pedro) – Porto
77	Hospital Militar Regional Nº2 – Coimbra
78	Hospital Narciso Ferreira Misericórdia de Riba Ave
79	Hospital Nossa Senhora da Guia – Avelar
80	Hospital Ordem da Lapa
81	Hospital Ordem do Carmo – Porto
82	Hospital Ordem Terceira da Santíssima Trindade do Porto
83	Hospital Ortopédico Sant’ana
84	Hospital Particular de Almada
85	Hospital Particular de Lisboa
86	Hospital Particular de Viana do Castelo
87	Hospital Particular do Algarve – Portimão
88	Hospital Prisional S. João de Deus – Caxias
89	Hospital Privado Boa Nova
90	Hospital Privado da Boavista – HPP Porto
91	Hospital Privado da Trofa
92	Hospital Privado de Alfena

93	Hospital Privado de Braga
94	Hospital Privado Santa Maria de Faro
95	Hospital Reynaldo dos Santos – Vila Franca de Xira
96	Hospital Santa Casa da Misericórdia de Benavente
97	Hospital Santa Cecília
98	Hospital Santa Maria – Porto
99	Hospital Santa Maria Maior, E.P.E.
100	Hospital Espírito Santo – Évora
101	Hospital São Gonçalo de Lagos – HPP
102	Hospital São Marcos – Braga
103	Hospital V. Ordem Terceira
104	Hospital Valentim Ribeiro
105	Hospital Venerável Irmandade Nossa Senhora da Lapa – Porto
106	Hospital Venerável Irmandade Nossa Senhora do Terço de Caridade – Porto
107	Hospital Visconde de Salreu – Estarreja
108	Lisbon United Kingdom Hospital, Serviços de Saúde S.A.
109	Maternidade Alfredo da Costa
110	Serviço de Saúde da RAM, E.P.E. (Integra o Hospital dos Malmeiros e o Hospital Dr. Nélio Mendonça)
111	Unidade Local de Saúde Alto Minho (Integra o Centro Hospitalar do Alto Minho, E.P.E., que (Integra o Hospital Conde de Bertiandos – Ponte Lima e o Hospital de Santa Luzia – Viana do Castelo).
112	Unidade Local de Saúde de Castelo Branco (Integra o Hospital da Covilhã e o Hospital do Fundão).
113	Unidade Local de Saúde de Matosinhos, E.P.E. (Integra o Hospital Pedro Hispano – Matosinhos).
114	Unidade Local de Saúde do Norte Alentejanos, E.P.E. (Integra o Hospital Dr. José Maria Grande – Portalegre e o Hospital Santa Luzia – Elvas).
115	Unidade de Saúde do Baixo Alentejo, E.P.E. (Integra o Centro Hospitalar do Baixo Alentejo, E.P.E., que (Integra o Hospital José Joaquim Fernandes – Beja e o Hospital de S. Paulo – Serpa)).
116	Unidade de Saúde da Guarda, E.P.E. (Integra o Hospital Nossa Senhora da Assunção Seia e o Hospital Sousa Martins – Guarda).

Fonte: Associação Portuguesa de Hospitalização e Direcção Geral de Saúde

Figura 8 – Questionário

Questionário – Nível de implementação do Balanced Scorecard em Instituições Hospitalares

Antes de preencher o questionário, indique por favor os seus dados pessoais:

Idade: _____ Cargo: _____ Nº de anos na Instituição Hospitalar: _____

Género: Administrador Nº de anos na função: _____

Feminino CEO/ Director Geral

Masculino CFO/ Director Financeiro

Outro: _____

P1. A sua Instituição Hospitalar detém uma estratégia definida?

- Sim
- Não

P2. A estratégia na sua Instituição Hospitalar é do conhecimento de todos os colaboradores?

- Sim
- Não

P3. Através de qual destes meios, é mais comum, comunicar a estratégia na sua Instituição Hospitalar?

- Quadro de avisos
- Intranet
- Vídeos
- Jornal Interno/ Revista
- Outro

P4. Por quem é definida a estratégia na sua Instituição Hospitalar?

- Administrador
- Director Geral
- Director Financeiro
- Director de Marketing
- Director Comercial
- Médicos
- Enfermeiros

P5. Indique com que periodicidade é avaliada a estratégia na sua Instituição Hospitalar?

- Mensalmente
- Trimestralmente
- Semestralmente
- Anualmente
- Outros períodos: _____

P6. Quem avalia a estratégia na sua Instituição Hospitalar?

- Administrador
- Director Geral
- Director Financeiro
- Director de Marketing
- Director Comercial
- Médicos
- Enfermeiros

1

2

P7. Quais dos seguintes indicadores de desempenho estratégico são utilizados pela sua Instituição Hospitalar?

- Indicadores Financeiros
- Indicadores não Financeiros
- Ambos os Indicadores

NOTA: Caso a sua resposta seja INDICADORES FINANCEIROS, passe automaticamente para a pergunta P11, preenchendo tudo o resto a partir da P11 inclusive.

P8. Qual a principal razão para a utilização dos indicadores não financeiros?

- Os indicadores financeiros reportam apenas informação histórica e de curto prazo
- Os indicadores não financeiros permitem o sucesso e a sobrevivência a longo prazo
- Os indicadores não financeiros são considerados factores críticos de sucesso

P9. Indique em quais das diversas áreas os indicadores não financeiros estão incluídos:

NOTA: Poderá assinalar mais do que uma opção.

- Satisfação dos Clientes/ Utentes
- Qualidade dos serviços
- Inovação
- Eficiência nos serviços
- Motivação dos RH
- Sistemas de informação
- Outra: _____

3

P10. Indique alguns dos indicadores não financeiros utilizados na sua Instituição Hospitalar:

P11. Indique alguns indicadores financeiros utilizados na sua Instituição Hospitalar:

P12. Qual o sistema de gestão estratégica utilizado na sua Instituição Hospitalar?

- Tableaux de Bord
- Balanced Scorecard
- Sistema Próprio
- Nenhum

NOTA: Caso a sua resposta seja BALANCED SCORECARD, passe automaticamente para a pergunta P15, preenchendo tudo o resto a partir da P15 inclusive.

P13. Pensa que seria importante a implementação do Balanced Scorecard na sua Instituição Hospitalar?

- Sim
- Não

NOTA: Caso a sua resposta seja SIM, passe automaticamente para a P15, preenchendo a P15 e assim dará por terminado o questionário. Caso a sua resposta seja NÃO, passe automaticamente para a P14, preenchendo a P14 e assim dará por terminado o questionário.

4

P14. Qual a principal razão para a não implementação do Balanced Scorecard na sua Instituição Hospitalar?

- O rácio benefício/ custo é deficitário
- Este sistema não se adequa a este sector de actividade
- É apenas um sistema de colecção de indicadores financeiros e não financeiros
- O actual sistema de gestão estratégica desempenha as funções necessárias
- Desconhecimento da existência deste sistema
- O processo de implementação é bastante demorado
- Outro. Qual? _____

P15. Qual a principal razão para a implementação do Balanced Scorecard na sua Instituição Hospitalar?

- Permite um conhecimento mais profundo dos clientes/ utentes
- Alinha os objectivos individuais e das unidades hospitalares com a estratégia
- Permite a sinergia entre os objectivos de longo prazo e curto prazo
- Possibilita a tradução da missão e da visão num conjunto abrangente de medidas
- Ferramenta de gestão mais utilizada
- Outro. Qual? _____

P16. Quem define os indicadores a utilizar pela sua Instituição Hospitalar?

NOTA: Poderá assinalar mais do que uma opção

- Administrador
- Director Geral
- Director Financeiro
- Director de Marketing
- Director Comercial
- Médicos
- Enfermeiros
- Recepcionistas

P17. Quantos indicadores utilizam em cada perspectiva?

- Indicadores Financeiros _____
- Indicadores de Clientes _____
- Indicadores de Processos Internos _____
- Indicadores de Aprendizagem e Crescimento _____

P18. Indique 5 exemplos de indicadores para cada perspectiva.

Perspectiva Financeira:	Perspectiva do Cliente:
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

5

6

Perspectiva de Processos Internos: Perspectiva de Aprendizagem e Crescimento:

_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

P19. O que tem mais relevância na escolha dos indicadores para as quatro perspectivas?

- Desenvolvimento sustentável
- Relação causa-efeito entre os indicadores
- Objectivos estratégicos
- Lucro/ Receitas
- Planos ou metas de acção

P20. O Balanced Scorecard é composto por quatro perspectivas, considera que estas são suficientes, ou introduzia outra?

- Não
- Sim Qual?:
 - Qualidade
 - Recursos Humanos/ Staff
 - Responsabilidade Social
 - Processos Clínicos
 - Eficiência Energética

Agradeço o seu tempo e a sua colaboração.

7

Figura 9 – Carta de apresentação



Exmo(a). Senhor(a)

Lisboa, Setembro de 2011

Assunto: Estudo acerca do nível de implementação do *Balanced Scorecard* em Instituições Hospitalares.

O meu nome é Mafalda Chambino da Silva e Costa e sou aluna do programa de mestrado em Ciências Empresariais, no Instituto Superior de Economia e Gestão, da Universidade Técnica de Lisboa. A minha dissertação final de mestrado é sobre o nível de implementação do *Balanced Scorecard* em Instituições Hospitalares, pelo que necessito de fazer recolha de dados. A sua colaboração é bastante importante!

A título de esclarecimento, o *Balanced Scorecard* é uma ferramenta de gestão estratégica, que traduz a visão e a estratégia da empresa num conjunto coerente de indicadores de desempenho organizacional, segundo quatro perspectivas (Financeira; Clientes; Processos Internos; e Aprendizagem e Crescimento), sendo que esta ferramenta assegura uma relação causa-efeito entre os indicadores das quatro perspectivas.

A recolha da informação necessária para este estudo será feita através de um inquérito, que anexo. Todos os dados recolhidos são confidenciais, apenas acederão aos mesmos eu e a minha orientadora e destinam-se para fins puramente académicos, excluindo qualquer possibilidade de utilização para fins comerciais. O preenchimento do questionário demorará entre 5 a 7 minutos. A sua resposta é fundamental pelo que desde já agradeço a sua colaboração generosa, tente ser o mais verdadeiro possível. Agradeço ainda que a resposta seja enviada até 20 de Novembro de 2011, utilizando o envelope que junto envio.

Se tiver alguma dúvida relativa ao preenchimento do questionário por favor, não hesite em contactar-me – Mafalda Costa – 915647695 ou mafachambino@gmail.com.

Disponibilizo-me para fazer uma apresentação do trabalho na sua Instituição Hospitalar, caso estejam interessados, visto que este estudo será feito sobre a forma de censos e irá abranger todos os Hospitais de Portugal Continental e Ilhas dos Açores e Madeira.

Com os melhores cumprimentos e confiante que posso contar com a sua imprescindível colaboração, agradeço antecipadamente.