

*O BALANCED SCORECARD NA CONTRATUALIZAÇÃO
INTERNA DE UM HOSPITAL PÚBLICO - HOSPITAL GARCIA
DE ORTA*

Caso Pedagógico submetido como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em
Gestão de Empresas

Iria Cristina Martins Manangão Velez

Orientadora

Professora Doutora Generosa Gonçalves Simões do Nascimento
ISCTE Business School, Departamento de Gestão de Recursos Humanos e Comportamento
Organizacional

Setembro 2018

Sumário

Em Portugal e no contexto global dos países industrializados, o aumento da esperança de vida é consequência do desenvolvimento social que se tem verificado. A redução progressiva da natalidade, acentuou o envelhecimento da população. Esta situação levou a alterações significativas nos perfis de morbilidade e mortalidade, leva-nos a pensar na necessidade de mudanças no sistema de saúde, relativamente à sua adaptabilidade, flexibilidade e de inovação. Para que se possam atingir ganhos em saúde é necessário a adoção de abordagens inovadoras, dirigidas à participação e capacitação dos cidadãos, que promovam um crescendo de conhecimento em saúde reduzindo desigualdades e que consequentemente elevem a qualidade de vida.

Os hospitais são organizações complexas, de elevado desempenho e exigência. São instituições de quem todos esperamos a capacidade de resolução dos nossos problemas, nas situações mais complicadas da vida. É dos hospitais que todos os cidadãos exigem os melhores e mais recentes conhecimentos, a capacidade de resolução dos problemas num curto espaço de tempo, a utilização da melhor tecnologia, a última inovação em termos farmacológicos, ou seja exigimos a excelência no desempenho. Esta situação tem naturalmente um custo bastante elevado, que necessita de ser gerido no sentido da obtenção dos melhores resultados em saúde, para todos os cidadãos de igual forma. Como todos sabemos os recursos disponíveis são sempre escassos e em momentos de crise a sua escassez toma ainda uma maior dimensão, torna-se então mais que nunca necessário um maior nível de exigência na gestão, cumprindo a estratégia definida. Para tal exige-se um instrumento que possibilite a difusão, monitorização e ajustamentos necessários à estratégia. A contratualização externa configura o formato de disseminação da estratégia do Ministério da Saúde e a contratualização interna a forma de a executar. Neste contexto o Conselho de Administração do Hospital Garcia de Orta, decidiu implementar o modelo do *Balanced Scorecard*, como instrumento de contratualização interna com todos os serviços, tornando assim possível a monitorização e avaliação da estratégia definida. Com esta implementação conseguiu uma maior envolvimento e empenho dos profissionais, nas suas áreas específicas e na gestão do hospital, melhorou a comunicação interna e os resultados globais do hospital também apresentaram melhorias significativas.

Neste caso pedagógico pretende-se partilhar com a comunidade académica a forma como este projeto foi implementado, quais as fases por que passou, as dificuldades e os fatores críticos de

sucesso. Para tal demonstra-se a execução do BSC para um serviço do foro médico (Cardiologia), para um serviço do foro cirúrgico (Cirurgia geral) e um serviço da área de MCDT (Medicina nuclear).

Palavras chave: *Balanced Scorecard*; Hospital; Contratualização; Estratégia

Classificação JEL

I10 Health – General

M1 Business Administration

H510 National Government Expenditures and Health

Abstract

In Portugal and in the overall context of the industrialized countries, life expectancy is a result of social development which has been verified. The progressive reduction in the birth rate, highlighted the ageing of the population. This led to significant changes in morbidity and mortality profiles, suggests the need for changes in the health system, regarding your adaptability, flexibility and innovation. In order to achieve health gains, it is necessary to adopt innovative approaches aimed at citizen participation and empowerment, which promote a growing knowledge of health, reducing inequalities and consequently raising the quality of life.

Hospitals are complex, high-performing, and demanding organizations. They are institutions of which we all expect the ability to solve our problems, in the most complicated situations of life. It is from the hospitals that all citizens demand the best and latest knowledge, the ability to solve problems in a short time, the use of the best technology, the latest innovation in pharmacological terms, we demand excellence in *performance*. Naturally, this situation has a very high cost, which needs to be managed in order to obtain the best health outcomes for all citizens in the same way. As we all know the available resources are always scarce and in times of crisis, their scarcity still takes on a bigger dimension, it becomes more than ever necessary a higher level of requirement in the management, fulfilling the defined strategy. This requires an instrument that allows for the dissemination, monitoring and adjustments necessary to the strategy. External contracting configures the format of dissemination of the strategy of the Ministry of Health and the internal contract to execute it. In this context, the Administrative Council of the HGO decided to implement the *Balanced Scorecard* model as an instrument of internal contract with all services, thus making possible the monitoring and evaluation of the defined strategy. With this implementation it has achieved a greater involvement and commitment of the professionals, in their specific areas and in the management of the hospital, improved the internal communication and the overall results of the hospital also showed significant improvements.

In this pedagogical case, we intend to share with the academic community the way in which this project was implemented, what phases it has gone through, the difficulties and the critical success factors, for this demonstrates the execution of the BSC for a medical forum service

(Cardiology), for a surgical forum service (General Surgery) and a MCDT (Nuclear Medicine) area service.

Keywords: *Balanced Scorecard*; Hospital; Internal Contract; Strategy

JEL Classification System

I10 Health – General

M1 Business Administration

H510 National Government Expenditures and Health

Agradecimentos

Neste momento toma especial relevância o agradecimento que devo expressar a algumas pessoas, que foram determinantes na execução deste trabalho.

Em primeiro lugar à Professora Doutora Generosa Nascimento, que durante um almoço, entre amigas, teve a capacidade de me motivar para abraçar de novo este projeto, que já estava adiado há alguns anos. Agradeço por me ter feito acreditar que a experiência e o conhecimento que eu tinha adquirido nestes últimos anos, merecia ser partilhado com a comunidade académica. Por me ter renovado o gosto que ao longo da vida sempre tive, por aumentar os meus conhecimentos e partilha-lo com outros, através da academia e por me ter acompanhado com total disponibilidade e amizade nesta caminhada.

À Dra. Sílvia Moreira da Silva, pela motivação e disponibilidade que teve para comigo ao longo desta etapa.

À minha amiga Susana Capela, pelo exemplo de vida que é, e com quem tenho o privilégio de partilhar uma amizade de longa data. Pela força que me transmitiu, se ela foi capaz de ultrapassar uma situação efetivamente muito difícil, a execução deste trabalho representava apenas um "pequeno desafio" para mim.

À minha família, que soube conviver com as minhas ausências e por vezes presenças "indisponíveis" e que mais uma vez aceitou de bom grado, este meu vício de ciclicamente voltar à escola.

Índice

1 Caso / Enunciado.....	1
1.1 Apresentação do Problema.....	1
1.2 Enquadramento da envolvente.....	3
1.3 Caracterização da Organização.....	5
1.3.1 Posicionamento estratégico.....	6
1.3.1.1 Missão, Visão e Valores.....	6
1.3.1.2 Eixos Estratégicos.....	7
1.3.1.3 Objetivos estratégicos.....	7
1.3.1.4 Análise SWOT.....	8
1.3.1.5 Mapa estratégico.....	8
1.3.1.6 Pressupostos a considerar para a contratualização interna.....	9
1.3.2 O Hospital em números.....	9
1.3.2.1 Número de utilizadores por linha de atividade.....	9
1.3.2.2 O hospital em Infraestruturas.....	10
1.3.2.3 O hospital em Recursos Humanos.....	11
1.3.2.4 Serviços disponíveis.....	12
1.3.3 Um dia no Hospital.....	14
1.3.3.1 O que se fazia em 2013 e o que se fez em 2017.....	14
1.3.3.2 Como se fazia e continua a fazer.....	14
1.3.3.3 Quanto gastava por dia em 2013 e quanto gastou em 2017.....	15
1.4 Questões.....	16
1.5 Informação complementar.....	18
1.5.1 Dados Evolutivos do hospital.....	18
1.5.1.1 BSC - Hospital Garcia de Orta.....	22
1.5.2 Dados do serviço de Cardiologia.....	26
1.5.2.1 BSC - Cardiologia.....	28
1.5.3 Dados do serviço de Cirurgia Geral.....	29
1.5.3.1 BSC - Cirurgia Geral.....	31
1.5.4 Dados do serviço de Medicina Nuclear.....	32
1.5.4.1 BSC - Medicina Nuclear.....	34
1.5.5 Exemplo de Mapa de apoio à contratualização interna.....	35
1.5.6 Exemplo de Dashboard de indicadores acumulados.....	36
1.5.7 Indicadores dos serviços de Cardiologia, Cirurgia geral e Medicina nuclear.....	38
1.5.8 Índice de desempenho global do serviço, avaliação e reconhecimento.....	39
1.5.8.1 Índice de desempenho global de um serviço.....	40
1.5.8.2 Certificado de reconhecimento.....	40
1.5.9 Exemplos práticos internacionais.....	41
1.5.9.1 Duke University Hospital (DUH).....	41
1.5.9.2 Mackay Memorial Hospital.....	42
2 Nota Pedagógica.....	43
2.1 Público-alvo.....	43
2.2 Objetivos Pedagógicos.....	43
2.3 Revisão da literatura.....	43
2.3.1 O <i>Balanced Scorecard</i> como instrumento de identificação, monitorização e execução da estratégia e a sua aplicação em hospitais públicos.....	44
2.3.1.1 Alicerces do <i>Balanced Scorecard</i>	46
2.3.1.2 Evolução do BSC.....	49
2.3.1.3 A contratualização interna dos hospitais com BSC.....	59

2.4 Metodologia	64
3. Ferramentas de Análise	65
4. Suportes de animação	66
4.1 Plano de animação	66
4.2 Questões de animação	67
4.3 Resolução / Análise de Dados	67
4.3.1 Implementação de BSC no serviço de Cardiologia	69
4.3.2 Implementação de BSC no serviço de Cirurgia Geral	72
4.3.3 Implementação de BSC no serviço de Medicina Nuclear	74
4.4 Slides de resolução	77
5. Ilacões do caso para a gestão	82
6. Referências Bibliográficas	85
Anexos	91

Índice de figuras

Figura 1 - Distribuição do número de utilizadores por área de prestação de cuidados 2013-2017	10
Figura 2 - Infraestruturas do hospital	11
Figura 3 - Recursos humanos do hospital 2013 - 2017	12
Figura 4 - Um dia no Hospital em 2013	14
Figura 5 - Um dia no Hospital em 2017	14
Figura 6 - Número de primeiras consultas	19
Figura 7 - Acessibilidade às consultas e TMRG	19
Figura 8 - Número de doentes tratados do internamento	19
Figura 9 - Atendimentos urgentes por tipo de urgência	19
Figura 10 - Evolução do número de doentes entrados em LIC	20
Figura 11 - Número de cirurgias programadas realizadas	20
Figura 12 - Nº cirurgias convencionais, ambulatoriais e urgentes	20
Figura 13 - Procura não satisfeita e TME (dias)	20
Figura 14 - Indicadores da LIC	20
Figura 15 - Custos anuais por tipo de custo	21
Figura 16 - Custos e proveitos totais	21
Figura 17 - Resultado Líquido e EBITDA	21
Figura 18 - Evolução do número de doentes saídos do internamento de Cardiologia	27
Figura 19 - Evolução do número de consultas de Cardiologia	27
Figura 20 - Evolução do número de intervenções de Cirurgia Geral	29
Figura 21 - Evolução do número de doentes saídos do internamento de Cirurgia Geral	30
Figura 22 - Evolução do número de consultas de Cirurgia Geral	30
Figura 23 - Sequência do BSC	47
Figura 24 - Sequência do BSC	49
Figura 25 - Fases da Evolução do BSC	49
Figura 26 - As quatro perspetivas do BSC	51
Figura 27 - Modelo de relação causa e efeito	52
Figura 28 - O BSC como sistema de gestão estratégica	53

Acrónimos

- ACSS** - Administração Central dos Sistemas de Saúde
- APAH** - Associação Portuguesa de Administradores Hospitalares
- APDH** - Associação Portuguesa para o Desenvolvimento Hospitalar
- ARS LVT** - Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo
- BSC** - *Balanced Scorecard*
- CA** – Conselho de Administração
- CHKS** - *Caspe Healthcare Knowledge System*
- CP** - Contrato Programa
- CSP** - Cuidados de Saúde Primários
- CTH** - Consulta a tempo e horas
- DGS** – Direção Geral de Saúde
- EPE** - Entidade Pública Empresarial
- ERS** – Entidade Reguladora da Saúde
- FSE** - Fornecimentos e serviços externos
- HGO** – Hospital Garcia de Orta
- INE** - Instituto Nacional de Estatística
- LEC** -Lista de espera para consulta
- LIC** -Lista de inscritos para cirurgia
- MCDT** - Meios Complementares de Diagnostico e Tratamento
- OCDE** – Organização para a Cooperação e o Desenvolvimento Económico
- OMS** – Organização Mundial de Saúde
- RH** - Recursos humanos
- SAM** - Sistema de apoio ao médico, *software* de registo clinico
- SAPE** - Sistema de apoio `pratica de enfermagem, *software* de registo de enfermagem
- SIGLIC** - Sistema informação e gestão de lista de inscritos para cirurgia
- SINAS** – Sistema Nacional de Avaliação em Saúde
- SNS** – Serviço Nacional de Saúde
- SONHO** - *Software* de registo da atividade assistencial
- SONHO V2** - *Software* de registo da atividade assistencial, segunda versão
- TME** - Tempo médio de Espera
- TMRG** - Tempo Máximo de Resposta Garantido

1 Caso / Enunciado

1.1 Apresentação do Problema

A realidade hospitalar portuguesa, no período entre 2013 e 2015, foi sujeita a fortes constrangimentos financeiros, com a diminuição do financiamento previsto para as Empresas Públicas do Estado (EPE), do Ministério da Saúde, de 2.8% face a 2012 (O.P.S.S., 2013). Foi definida a medida de implementação de "Planeamento estratégico e operacional das unidades hospitalares" da responsabilidade da ACSS (Administração Central dos Sistemas de Saúde), incluída na iniciativa estratégica "Uma política de financiamento mais sustentável", do Grupo de trabalho para a reforma hospitalar (Ribeiro *et al.*, 2011). Esta medida concretiza-se em várias linhas de ação, tais como definição de planos a 3 anos, definição de objetivos estratégicos e principais linhas de ação, planos de investimento e projeção económico-financeira para o período definido, explicitação dos ganhos de eficiência e de produtividade prevista, que permitam ganhar a sustentabilidade a médio prazo, de cada unidade hospitalar. Com o contrato-programa definido pretende-se reforçar o peso das medidas de qualidade e acesso dos utentes ao SNS, evoluir a modalidade de pagamento das prestações de saúde, em função do cidadão e responsabilizar as entidades hospitalares pelos encargos gerados e motivar a separação de pagador - prestador (A.C.S.S., 2012).

Com este quadro de referência, definido pela tutela em 2013 (A.C.S.S., 2012a), e com o estado da saúde vivida em Portugal, reforça-se a importância das práticas de contratualização interna que valorizem a governação clínica e a definição de objetivos setoriais alinhados.

É neste contexto que se evidencia a necessidade de criação de um modelo de gestão participado e de proximidade que fomente a consistência entre todas as atividades, através do seu alinhamento estratégico, prosseguindo objetivos e metas delineadas em função dos meios existentes e dos resultados a obter. Para o efeito foi identificada a necessidade do modelo de contratualização interna nos hospitais públicos com vista a replicar o modelo de contratualização externa, a introduzir uma cultura de gestão, de fomentar práticas orientadas para resultados (objetivos e metas a alcançar), responsabilizar e implicar os dirigentes dos serviços no acompanhamento da sua atividade, fazer com que os colaboradores se sintam parte de um todo, na gestão da instituição. A necessidade de implementação da estratégia,

com vista ao cumprimento do contrato programa anual implica a sua tradução para os níveis operacionais, através da identificação clara do que cada uma das especialidades/serviços pode contribuir para a execução da estratégia global.

O tema apresentado neste caso pedagógico consiste na implementação de *Balanced Scorecard*, na contratualização interna do Hospital Garcia de Orta. Pretende-se evidenciar as várias fases de execução do BSC, a necessidade de envolvimento de todas as equipas e da implementação de um sistema de informação de suporte ao BSC, que esteja disponível a toda a estrutura, com informação atualizada, onde se definam os objetivos, os indicadores e as metas a atingir e que permita a monitorização contínua do desempenho de cada um dos serviços e consequentemente do hospital.

Encontramo-nos no final de 2012 e é feito o enorme desafio ao Gabinete de Planeamento e Controlo de Gestão por parte do Conselho de Administração. Para que fosse possível a avaliação de *performance* de cada um dos serviços, era absolutamente necessário um instrumento de gestão que permitisse definir e avaliar o desempenho, considerando a execução da estratégia global do hospital e a contribuição de cada um para o objetivo global. Foi decidido o desenvolvimento e implementação do modelo de BSC, como instrumento de gestão da contratualização interna, para todas as especialidades/serviços clínicas. Foi ainda decidido que seria necessário a implementação de *software* de suporte a este instrumento de gestão, que permitisse a monitorização e avaliação *online* de forma descentralizada e transparente do desempenho de cada um dos serviços e da globalidade do hospital. Com o objetivo de espelhar a contratualização interna ainda de 2013, nos serviços que fosse possível e que a contratualização de 2014 fosse inteiramente realizada neste modelo. Com esta opção era expectável e desejável que o hospital, conseguisse difundir a estratégia da instituição de forma a que todos os serviços a soubessem identificar, que alinhassem os seus objetivos operacionais com os da instituição, que se facilitasse a comunicação através de uma linguagem comum, que se conseguisse a maior integração de sistemas de informação possível, garantindo um apuramento automatizado de dados para cálculo de indicadores, que se pudesse monitorizar *online* o desempenho do serviço a cada período definido, que fosse possível gerar mapas com essa informação e por fim que esta implementação incrementasse a motivação e as competências dos colaboradores.

1.2 Enquadramento da envolvente

A política de saúde reflete o valor de uma sociedade ou comunidade em termos de como e para quem os recursos são distribuídos (Romero *et al.*, 2013) e o seu papel consiste em determinar as preferências da sociedade e desenvolver e adaptar as instituições que podem, de forma eficiente, cumprir essas escolhas (Christina, 2006; Swayne *et al.*, 2008). Por outro lado, o objetivo intrínseco a qualquer política de saúde e, tal como, a qualquer organização deverá consistir na criação de valor, ou seja, a aplicação dos recursos utilizados deve gerar um benefício maior do que seu custo total ou como refere Porter e Teisberg (2006), o sistema de saúde não deverá centrar a sua atuação na minimização dos custos, dado que os resultados financeiros são um produto e não um objetivo por si só, mas fornecer valor aos doentes, sendo que o valor constitui os resultados em saúde conseguidos por cada unidade monetária gasta (Sandra *et al.*, 2017). Para alcançar as boas práticas em saúde é necessário focalizar as atividades no doente assegurando os princípios fundamentais que norteiam os sistemas de saúde - a acessibilidade, a equidade, a efetividade e a qualidade - bem como a articulação com os objetivos estratégicos do «negócio» da saúde - acessibilidade, eficiência e inovação tecnológica - num quadro de sustentabilidade financeira (Porter e Teisberg, 2006). Por seu turno, garantir a sustentabilidade financeira do sistema de saúde minimizando as ineficiências e evitando o desperdício implica uma maior responsabilização de todos os níveis de gestão e um controlo efetivo do crescimento da despesa, sendo certo que o cumprimento de tal objetivo não poderá decorrer de uma qualquer restrição no acesso ou redução da qualidade, antes sim, de uma gestão verdadeiramente eficiente do sistema (Smith, 2016). Assim, tanto na dimensão externa, relativamente ao ambiente de oferta e procura de cuidados, como na dimensão interna de coordenação e articulação das diferentes unidades para alcançar níveis aceitáveis de efetividade e eficiência, os hospitais necessitam de evoluir para modelos que privilegiem a alta *performance* em relação aos objetivos organizacionais para responderem à sua missão (Abo-hamad e Arisha, 2014). Contudo, as instituições prestadoras de cuidados de saúde, designadamente os hospitais, são entidades complexas que detêm especificidades próprias, sendo que uma das suas principais missões consiste em prosseguir objetivos que visem uma melhoria ao nível da qualidade, acessibilidade e eficiência dos cuidados prestados (Si *et al.*, 2017). Para além disso, os hospitais enfrentam crescentes forças de mudança, incluindo o impacto das mudanças populacionais, os padrões de doença, as oportunidades de novas intervenções médicas associadas a novos conhecimentos e tecnologias e, ainda, as

expectativas públicas e políticas (Catuogno *et al.*, 2017). Neste contexto, o principal desafio passa então por integrar tecnologias diversificadas tendentes a melhorar os cuidados de saúde (Meena e Thakkar, 2014), o que implica compreender o funcionamento de um sistema complexo e criar de forma espontânea uma plataforma adaptável ou uma coordenada rede de prestadores, voltada para reduzir o desperdício, melhorar a qualidade de vida, eliminar listas de espera desnecessárias e erros médicos evitáveis, permitindo uma maior interdisciplinaridade e colaboração no tratamento de doentes com uma variedade de doenças agudas e crónicas ao longo das diferentes áreas de atuação (Tan *et al.*, 2005). Independentemente do modelo jurídico de cada um dos hospitais (Sector Público Administrativo (SPA), Entidades Públicas Empresariais (EPE), Parcerias Público-Privadas (PPP) e privados) é premente introduzir políticas de gestão para a melhoria efetiva dos processos na gestão organizacional, isto é, políticas de gestão, estratégias sectoriais e meios para definir medidas e objetivos que traduzam de uma forma muito clara a missão e visão destas instituições (Giraldes, 2007) e que permitam avaliar o seu desempenho.

Na perspetiva das organizações de saúde, é necessário atender a um conjunto equilibrado de medidas que contemplem a efetividade clínica, experiência do utilizador, gestão do risco, afetação eficiente dos recursos e a efetividade da estratégia (Moullin, 2002, citado por Schmidt, 2006). Por seu turno, é essencial considerar as expectativas dos utilizadores para eliminar o desperdício e atribuir de forma eficiente os recursos, ter profissionais motivados e bem treinados, tendo em vista a prestação de um serviço de excelência (Schmidt, 2006).

Conforme refere Nascimento (2015: 17) estamos perante uma *“nova cultura na saúde fundada na convergência de dois fatores aparentemente inconciliáveis: a qualidade na prestação de cuidados de saúde e a otimização da utilização dos recursos disponíveis. (...) procura-se a excelência clínica e a humanização na saúde, visando um sistema mais justo e de melhor qualidade, com economia de recursos e reconhecido pelo paciente”*.

A contratualização interna tem implícita uma nova forma de relacionamento interno, alterando as formas de tomada de decisão, constituindo-se como um modelo de gestão participada e de proximidade que visa criar consistência entre todas as atividades duma organização, através do seu alinhamento estratégico, considerando os objetivos e metas delineadas na componente externa, os meios existentes e os resultados a obter. No hospital são manifestas as dificuldades em cumprir e responder completamente a um contrato

programa se não existir um envolvimento de toda a instituição. Desta forma, os objetivos devem ser contratualizados internamente possibilitando, um alinhamento da instituição com os níveis de produção e, também, com os indicadores dos níveis de qualidade e de eficiência económico-financeira, que o contrato-programa contempla. Poderá mesmo avançar-se que a contratualização interna representa um contributo positivo para a implementação da estratégia da instituição, porquanto induz uma maior concretização dos objetivos contratualizados externamente.

A prática da contratualização interna pode caracterizar-se como sendo um instrumento ao serviço da política de saúde capaz de introduzir alterações fundamentais nas organizações de saúde, designadamente, no hospital público, caminhando-se, assim, para um novo patamar que, de forma sustentada, deverá passar a reger-se por princípios de eficiência na gestão, pelo equilíbrio e dinamismo da organização, pela excelência da prestação e que, simultaneamente, contribua para a sua sustentabilidade institucional, técnica e económico-financeira

1.3 Caracterização da Organização

O Hospital Garcia de Orta, EPE, é uma pessoa coletiva de direito público de natureza empresarial dotada de autonomia administrativa, financeira e patrimonial. O HGO iniciou a sua atividade em Setembro de 1991, em substituição do antigo Hospital da Misericórdia de Almada/Hospital Distrital de Almada. Em 2003, como consequência do seu desenvolvimento e grau de diferenciação criado, foi classificado como Hospital Central, o único na margem sul do Tejo, deixando de pertencer ao Setor Público Administrativo e passando para o Setor Empresarial do Estado (SEE), primeiro como sociedade anónima (SA) de capitais exclusivamente públicos (SA) e mais tarde, a partir de 2006, como entidade pública empresarial (EPE), estatuto que mantém até hoje.

O HGO serve atualmente uma população estimada em cerca de 350 mil habitantes, dos concelhos de Almada e Seixal, e em algumas valências a sua zona de influência extravasa largamente estes dois concelhos, estendendo-se à Península de Setúbal, e ao Sul do País em várias especialidades, como a neurocirurgia, a cirurgia vascular, a neonatologia, a cirurgia plástica entre outras.

1.3.1 Posicionamento estratégico

Os gestores antes de formularem a estratégia e tal como referem Kaplan e Norton em toda a sua literatura, necessitam de conhecer e concordar com a missão (o propósito da sua organização), com a aspiração para os resultados pretendidos, a visão e com a “bússola interna” com que irão guiar as suas ações, os valores.

1.3.1.1 Missão, Visão e Valores

O Hospital tem por Missão principal a prestação de cuidados de saúde diferenciados a todos os cidadãos no âmbito das responsabilidades e capacidades, dando execução às definições de política de saúde a nível nacional e regional, aos planos estratégicos e às decisões superiormente aprovadas. O Hospital tem ainda por Missão desenvolver atividades de investigação e formação, pré e pós graduada de profissionais de saúde, assim como de ensino em colaboração protocolada com entidades públicas e privadas, a este propósito vide (www.hgo.pt).

Como visão o Hospital Garcia de Orta pretende continuar a afirmar-se como instituição de referência, aumentar as áreas de excelência e consolidar a prestação de cuidados de qualidade num ambiente organizado, aumentar a sustentabilidade e a acessibilidade, bem como, a satisfação de colaboradores e utentes.

Os valores que norteiam a atividade dos colaboradores do Hospital estão disponíveis no *site* do hospital (www.hgo.pt), para conhecimento de todos os *stakeholders* e são os seguintes:

- Colocação do doente/utente no centro do sistema da prestação dos cuidados de saúde;
- Cultura de prestação de serviço público;
- Observância de padrões de ética no exercício da atividade hospitalar;
- Equidade no acesso e na prestação dos cuidados de saúde;
- Promoção da organização;
- Cultura e promoção da qualidade;
- Conservação do património e proteção do meio ambiente;
- Eficiência na utilização dos recursos.

1.3.1.2 Eixos Estratégicos

As orientações estratégicas a seguir pelo HGO, levaram naturalmente em consideração, as políticas e orientações da tutela, incorporando na sua missão e nos objetivos estratégicos melhorias face à situação vivida, utilizando da melhor forma os meios disponíveis, considerando as necessidades de saúde da população e a sua capacidade de resolução. Além das políticas e orientações referidas, tem ainda que levar em consideração, as orientações decorrentes da metodologia de contratualização de preços e objetivos, dos cuidados de saúde no SNS para 2013 (A.C.S.S., 2012a).

A linha estratégica do Hospital passa pela tomada de decisões que visem diminuir o défice do exercício, a melhoria dos níveis de acessibilidade, sustentabilidade e da qualidade dos cuidados prestados, aumentar o nível de satisfação da população e reforçar a reputação dos vários serviços do hospital junto da comunidade que serve, afirmando-se cada vez mais como uma referência de saúde a sul do Tejo.

Considerando o exposto anteriormente o Plano Estratégico do HGO a executar no período 2013/2015, manteve o desenvolvimento de vetores estratégicos básicos, definidos nos seguintes eixos (www.hgo.pt):

1. Melhorar a qualidade dos cuidados prestados e do atendimento;
2. Melhorar a acessibilidade aos cuidados de saúde;
3. Melhorar o modelo de organização e gestão;
4. Aumentar a sustentabilidade e a eficiência/produktividade;
5. Recuperar infraestruturas gerais e assistenciais.

1.3.1.3 Objetivos estratégicos

1. Manter e reforçar a qualidade dos cuidados e do atendimento;
2. Melhorar a acessibilidade;
3. Manter a sustentabilidade e aumentar a eficiência/produktividade;
4. Aperfeiçoar e desenvolver o modelo de organização e gestão;
5. Melhorar a comunicação e a Imagem;
6. Recuperar infraestruturas gerais e assistenciais.

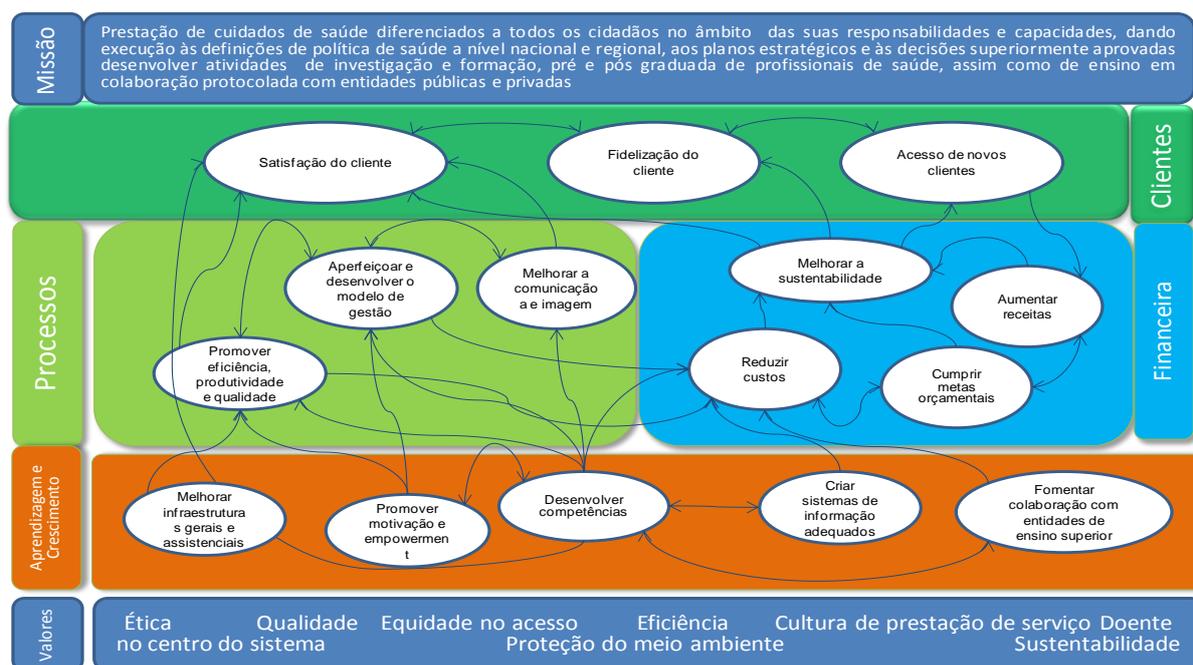
1.3.1.4 Análise SWOT

PONTOS FORTES		PONTOS FRACOS	
Capital Humano experiente e com elevado potencial		Comunicação interna deficitária	
Elevado número de médicos internos em formação - cerca de 200		Excessiva centralização da decisão no Conselho de Administração	
Entidade acreditada pelo CHKS e com certificação ISSO		Difícil acessibilidade em algumas especialidades	
Alguns serviços e unidades de excelência/referência em termos de qualidade e eficiência		Peso elevado das patologias mais deficitárias em termos de financiamento (HIV, Oncologia, Neurologia, Reumatologia etc)	
Infra estruturas informáticas renovadas (rede de dados fixa e wireless)		Défice organizacional em processos e circuitos assistenciais e de apoio	
Melhoria recente das infra estruturas cirúrgicas			
Informatização crescente da área cirúrgica			
OPORTUNIDADES		AMEAÇAS	
Afirmação do HGO como hospital de referência na Península de Setúbal		Crise económica e aumento das famílias com fracas rendimentos	
Melhoria da eficiência e prática clínica (<i>Benchmarking</i> clínico)		Muitos equipamentos pesados em fim de vida útil	
Aumentar a taxa de ambulatorização		Degradação do edifício/infraestruturas carecendo de elevado investimento para recuperação	
Diminuição das reclamações		Diminuição de receitas próprias / financiamento do SNS	
Consolidação do sistema de informação/contratualização interna		Escassez de médicos em algumas especialidades como Anestesiologia	
Aprofundamento da articulação com CSP (MCDT, informação clínica, referenciação)		Qualidade e proximidade dos hospitais de Lisboa	
Promoção do ensino e da investigação		Saturação das instalações na área de ambulatório	

Fonte: www.hgo.pt

1.3.1.5 Mapa estratégico

Na figura seguinte podemos ver o mapa estratégico, simplificado, com o objetivo de evidenciar as relações causa efeito que podem existir e determinar de forma direta ou indireta os resultados obtidos. Neste mapa verificamos o posicionamento em primeiro plano da perspetiva de clientes, como resultado das ações desenvolvidas nas três perspetivas abaixo. A perspetiva financeira à semelhança da de clientes é resultado das ações conjuntas da perspetiva de processos e de aprendizagem e crescimento. Sendo um hospital uma burocracia profissional, caracterizada sobretudo pelo profissionalismo, no caso do Hospital Garcia de Orta, uma entidade de prestação de serviços sem fins lucrativos, a perspetiva de aprendizagem e crescimento, tem um significado de muita relevância, na medida em que o capital mais valioso é o conhecimento, o mesmo se pode referir relativamente à inovação e ao relacionamento interpessoal, ainda que para a evolução de todo o capital humano seja necessário capacidade financeira.



1.3.1.6 Pressupostos a considerar para a contratualização interna

- A produção a contratar, em volume
- Indicadores de eficiência e acessibilidade
- Indicadores de qualidade
- Taxas máximas de crescimento de custos
- Índices de ponderação dos compromissos assumidos

1.3.2 O Hospital em números

1.3.2.1 Número de utilizadores por linha de atividade

O Hospital insere-se no concelho de Almada, freguesia do Pragal e conta com uma área bruta de 58.851m, serve atualmente cerca de 332.299 habitantes na sua área de influência direta, e teve um total de utilizadores em 2013, divididos por áreas que se pode identificar na figura 1.

O Hospital foi alvo de uma redução de área de influência direta em 2014, tendo sido retirada da sua área de influência o Concelho de Sesimbra, passou de 350.000 para os atuais 332.299. Esta redução visou melhorar as condições da prestação de cuidados considerando o dimensionamento do hospital face à população direta que servia.

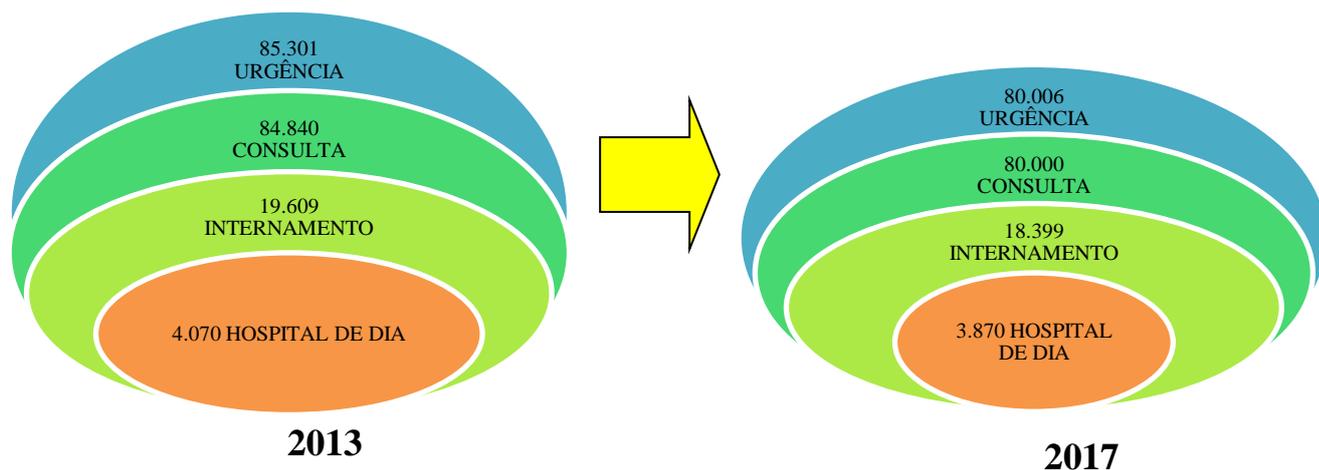


Figura 1 - Distribuição do número de utilizadores por área de prestação de cuidados 2013-2017

Na figura 1, verificamos que o número de utilizadores por linha de atividade diminuiu de 2013 para 2017, fruto da redução da área de influência direta.

No entanto verifica-se, nos dados da produção referidos no ponto 1.3.3 que esta diminuição não se refletiu na atividade, mantendo-se o crescimento da mesma. Esta evidência pode relacionar-se com uma degradação do nível de saúde e com o envelhecimento da população, levando a uma maior frequência e maior dependência dos cuidados hospitalares.

1.3.2.2 O hospital em Infraestruturas

Para desempenhar a sua missão o hospital dispõe das infraestruturas que se demonstram na figura 2. Estas infraestruturas são insuficientes para permitir o nível de qualidade exigido para a prestação de cuidados de saúde à população da sua área direta e indireta, conforme referido no parágrafo anterior. A estrutura do hospital mantém-se idêntica à original construída há 26 anos e planeada há cerca de 35 anos com uma população residente nos concelhos de Almada e Seixal, bastante menor que a atual, conforme consta na informação do INE, Almada, Seixal e Sesimbra somavam em 1991, 295.941 habitantes. Esta situação limita a capacidade produtiva, bem como a qualidade dos cuidados prestados. A utilização inadequada dos espaços de internamento para a realização de consultas, é uma necessidade constante e crescente, degradando a qualidade da prestação de serviços, bem como as infraestruturas. Esta situação por vezes coloca em causa a execução dos circuitos definidos nas boas práticas clínicas, bem como a privacidade e segurança do doente e profissionais.



Figura 2 - Infraestruturas do hospital

1.3.2.3 O hospital em Recursos Humanos

Em termos de colaboradores o hospital dispõe de uma equipa multidisciplinar alargada, expressa na figura 3. Conta ainda com cerca de 200 médicos a realizar o seu internato. Encontra-se limitado no recrutamento por restrições da tutela, sendo esse um dos fatores mais relevantes para a prossecução dos objetivos definidos. Constatou-se no decorrer dos últimos anos uma crescente falta de recursos humanos, com maior incidência em algumas especialidades médicas, comprometendo o desempenho na capacidade de resolução de problemas de saúde das áreas correspondentes. Esta redução de médicos tem a sua maior relevância na especialidade de anestesiologia, dermatologia e ortopedia, o que condiciona de forma expressiva a resolução da lista de espera cirúrgica.

Podemos verificar pela figura abaixo, que entre 2013 e 2017, as profissões que registam algum acréscimo no número de profissionais são Médicos, Enfermeiros, Técnicos diagnóstico e terapêutica, Assistentes operacionais e Técnicos superiores. Ainda assim estes ligeiros acréscimos, manifestam-se claramente insuficientes, face à atividade desenvolvida e não considera a redução de algumas funções em face à idade dos profissionais.

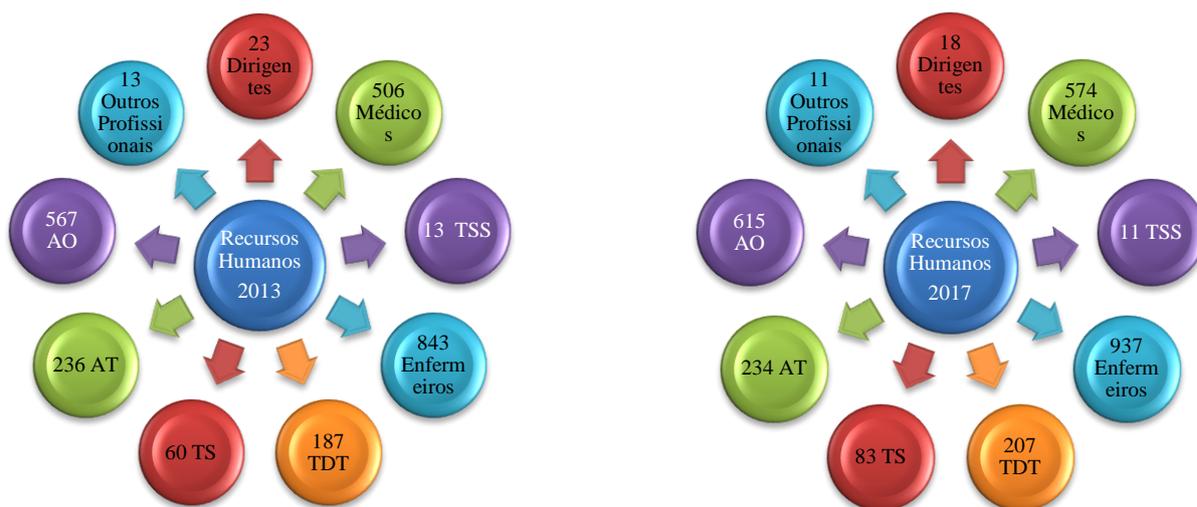


Figura 3 - Recursos humanos do hospital 2013 - 2017

1.3.2.4 Serviços disponíveis

Na figura seguinte pode verificar-se o *mix* de serviços disponíveis nas várias linhas de atividade; internamento, consulta, urgência, hospital de dia e MCDT. Como se pode verificar o hospital dispõe de uma vasta oferta de serviços num leque alargado de especialidades. Esta situação coloca o hospital no grupo D do *Benchmarking* da ACSS, logo atrás dos grandes hospitais centrais.

INTERNAMENTO E CONSULTAS
Anestesiologia
Angiologia e cirurgia vascular
Cardiologia
Cirurgia Geral
Cirurgia Maxilo-facial
Cirurgia Pediátrica
Cirurgia Plastica e reconstrutiva
Demato-venerologia
Doenças Infecciosas
Endocrinologia e nutrição
Gastroenterologia
Ginecologia
Hematologia Clínica
Medicina Interna
Nefrologia
Neonatologia
Neurocirurgia
Neurologia
Obstetria
Oftalmologia
Oncologia Médica
Ortopedia
Otorrinolaringologia
Pediatria
Pneumologia
Psiquiatria
Reumatologia
Urologia
Berçario

ATENDIMENTO URGENTE POLIVALENTE

- Urgência Geral
- Urgência Ginecologica e Obstétrica
- Urgência Pediátrica

HOSPITAL DE DIA

- Hematologia
- Imunohemoterapia
- Psiquiatria
- Oncologia médica
- Reumatologia
- Neurologia
- Pediatria
- Dor
- Urologia

MCDT

- Imagiologia
- Patologia Clínica
- Imunohemoterapia
- Neurorradiologia
- Medicina Nuclear
- Pneumologia
- Gastroenterologia
- Oftalmologia
- Medicina física e reabilitação
- Procriação medicamente assistida

1.3.3 Um dia no Hospital

1.3.3.1 O que se fazia em 2013 e o que se fez em 2017



Figura 4 - Um dia no Hospital em 2013

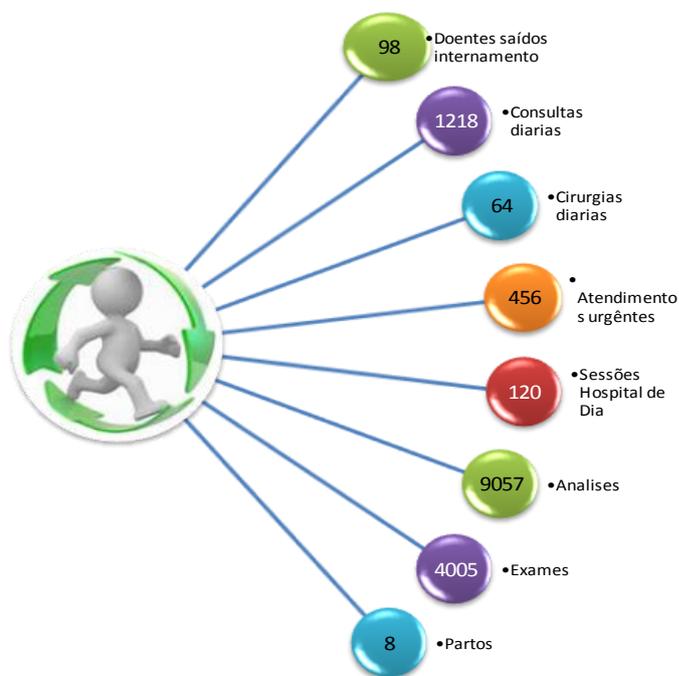


Figura 5 - Um dia no Hospital em 2017

Podemos verificar pela análise da figura 4 comparativamente com a figura 5, que houve um acréscimo da média diária de atividade nestes 4 anos. Salienta-se que diariamente têm alta do internamento mais 7 doentes, realizam-se mais 60 consultas, mais 6 cirurgias, atendem-se mais 50 doentes na urgência, realizam-se mais 1.199 análise e mais 151 exames e nasce apenas mais 1 bebé. Esta situação vai ao encontro da fraca recuperação que se verifica no país relativamente à taxa de natalidade.

1.3.3.2 Como se fazia e continua a fazer

Com os recursos acima descritos o hospital desenvolve a sua atividade considerando os melhores padrões de qualidade. Tendo por base as *guidelines* internacionais em termos de cuidados de



saúde, bem como todos os requisitos necessários com vista a manter a sua certificação ISO e acreditação global pelo *CHKS*, satisfazendo as necessidades dos clientes com os mais elevados padrões de qualidade internacionais.

Já em 2018, o reconhecimento surge pelo *CHKS*, tendo obtido o primeiro lugar no prémio internacional de *Quality Improvement Award*, sendo neste momento o único hospital português detentor deste reconhecimento internacional.

O Hospital persegue uma cultura de excelência nos cuidados que presta à população, colocando o doente no centro do sistema, garantindo a qualidade e a segurança, a acessibilidade, promovendo a inovação, o conhecimento e investigação, em áreas de prestação de cuidados diretos. Considerando as áreas de suporte e de apoio também como foco para a maior eficiência e eficácia no seu desempenho. O hospital promove modelos de gestão inovadores com vista a um melhor desempenho global. Estes resultados podem ser verificados através do *Benchmarking* da ACSS, do modelo de avaliação da ERS, SINAS, e também do *Benchmarking* clínico da IASIST - *IAMETRICS*.

1.3.3.3 Quanto gastava por dia em 2013 e quanto gastou em 2017

Podemos verificar abaixo a evolução que se verificou a nível de custos de 2013 para 2017, nas quatro grandes áreas geradoras de custo, recursos humanos, farmácia, fornecimentos e serviços externos e material de consumo clínico. Em todas estas áreas se verificou um acréscimo de custos.



1.4 Questões

Chove lá fora, estamos a 1 de Outubro de 2012, o telefone toca, é o secretariado do Conselho de Administração, a informar que o CA pretende marcar reunião para hoje às 14:30h, consigo, responsável pelo gabinete de planeamento e controlo de gestão e pela contratualização interna no hospital.

São 14:30h, na sala de reuniões do CA todos os elementos estão presentes, os vidros embaciados, pelo frio e humidade, todos estão expectantes e simultaneamente comprometidos, na cabeceira da mesa o Presidente abre a reunião, após saudar todos os presentes pela disponibilidade, inicia a reunião referindo que - " estamos aqui todos juntos para partilhar um problema e chegarmos a uma solução" o modelo de contratualização interna a implementar no HGO. E continuou, - " o processo de contratualização interna tem-se focado na produção, a aprendizagem está ausente na nossa contratualização, tem sido difícil traduzir o desempenho dos diversos serviços, a informação está dispersa, desalinhada e por isso não se torna eficaz, não há confiabilidade nos resultados". Além disso refere ainda, que a comunicação interna do HGO não tem sido fluida, - "não temos uma ferramenta que agregue toda a informação o que por vezes nos leva a tomar decisões precárias". A ausência de medidas globais de desempenho, a comparação com períodos homólogos é feita em *excel*, com dados introduzidos manualmente com o desfasamento temporal e erros naturais face à situação, que normalmente só são detetados vários meses decorridos. Foi ainda referido pelo presidente do Conselho de Administração, que a implementação de BSC forçaria o CA e a gestão intermédia a concentrar-se na estratégia, nas medidas críticas, no alinhamento da atividade dos serviços com a instituição e ao mesmo tempo, permite monitorizar e melhorar o desempenho do hospital permitindo tomar medidas corretivas regularmente.

É então que se dirige a si - "Cara Dra. pela confiança que depositamos em si, pelos conhecimentos que lhe reconhecemos, e pelas suas características pessoais de liderança reconhecidas por todos os colaboradores da organização e pelo CA, decidimos fazer-lhe um desafio: implementar o modelo de contratualização interna, com *Balanced Scorecard*, para o serviço de Cirurgia Geral, O serviço de Cardiologia e o serviço de Medicina Nuclear, como pilotos da área cirúrgica, medica e de MCDT, como início de um projeto de contratualização global com BSC para todos os serviços do hospital".

Face a esta situação, - "É uma honra receber este desafio, que naturalmente aceito, mas necessito saber, quanto tempo tenho para este desenvolvimento, e com que apoio posso contar?"- " Conta com todo o apoio e envolvimento do CA, que assegurará a divulgação deste projeto pelos vários serviços do Hospital. Pretendemos ainda que exista uma aplicação informática que suporte esta contratualização disponível aos vários colaboradores intervenientes".

Ficou então combinado que a contratualização de 2013 seria realizada para estes serviços como piloto e que a contratualização de 2014 seria para todos os serviços clínicos com internamento, realizada com este modelo, já com uma aplicação selecionada e colocada em produção.

Era impossível não aceitar este desafio, colocaram-se algumas questões: se o tempo que iria ter para desenvolver este modelo de contratualização seria suficiente, que recursos conseguiria utilizar, como iria abordar os vários serviços com vista a conquistar diretores de serviço, enfermeiros chefes, técnicos coordenadores e os restantes intervenientes para este projeto, entre outras questões. Mas não havia tempo a perder, dia 2 de Outubro inicia-se o desenrolar do projeto, com marcações de reuniões com os três serviços selecionados e com o serviço de informática para a seleção da aplicação.

Para a definição do BSC, em cada serviço, era importante responder às seguintes questões:

- 1ª Questão - Identificar a Missão do serviço;
- 2ª Questão - Identificar os Objetivos do Serviço e o seu alinhamento com a instituição;
- 3ª Questão - Identificar os indicadores de medida dos objetivos definidos;
- 4ª Questão - Afetar os objetivos e os indicadores às perspetivas do BSC;
- 5ª Questão - Identificar metas anuais a atingir para cada indicador definido;
- 6ª Questão - Definir a monitorização e avaliar o desempenho da instituição através do BSC;

Simultaneamente se colocaram as seguintes questões para a seleção do *software* de suporte para este modelo de contratualização.

- 7ª - Identificar as funcionalidades básicas necessárias ao *software*;
- 8ª - Identificar a disponibilidade da empresa proprietária do *software* para o desenvolvimento deste projeto;

9ª - Identificar a capacidade da empresa realizar manutenção e suporte com os níveis de serviço pretendidos;

10ª - Selecionar o *software* e criar uma equipa de projeto entre o hospital e empresa fornecedora para o desenvolvimento e manutenção da aplicação;

Para o desenvolvimento deste projeto, foi de extrema importância o "patrocínio" do Conselho de Administração, que abriu as portas dos serviços, para que se iniciassem as reuniões de trabalho em equipa. Foi também de extrema importância a decisão de implementação de *software* específico, com o máximo de integração de dados possíveis, facilitando o cálculo de indicadores e de disponibilização dessa informação de forma massiva, transparente e atempada. Na sequência da implementação, foram realizadas várias sessões públicas sobre os benefícios da utilização deste instrumento de gestão, para os serviços e para a instituição. Criaram-se ações de formação subjacentes ao tema de contratualização interna com BSC, contratualização externa, indicadores de gestão e de qualidade, que se realizam duas vezes por ano, dirigidas inicialmente a colaboradores da gestão intermédia e progressivamente a todos os profissionais ligados ou com interesse na gestão do hospital. Estas sessões melhoraram significativamente a cultura de gestão na instituição e a comunicação interna. De acordo com o objetivo inicialmente definido a contratualização de 2013 foi realizada nos serviços piloto com o modelo BSC.

1.5 Informação complementar

1.5.1 Dados Evolutivos do hospital

Na figura 5 e 6 podemos verificar a evolução no sentido crescente do número de primeiras consultas, do acréscimo na percentagem de primeiras consultas, bem como o crescimento de consultas realizadas com referência CTH. Esta análise espelha uma melhoria significativa no acesso a consultas de especialidade. A figura 7 representa o crescimento de doentes tratados no internamento e a figura 8 a variação verificada no acesso ao serviço de urgência geral, pediátrica e obstétrica. Na figura 10 podemos verificar a evolução crescente da procura cirúrgica, correspondendo aos doentes entrados em lista de espera de cirurgia e na figura 11 a capacidade de resposta do hospital para essa procura correspondendo aos doentes operados de forma programada. A figura 12 demonstra o número de cirurgias realizadas incluindo com admissão urgente, a figura 13 evidencia o resulta da diferença entre a procura e a oferta, com o crescimento de doentes em lista de espera e com o tempo médio de espera a aumentar ao

longo dos anos. Na figura 14 podemos verificar alguns indicadores que evidenciam a tentativa de melhoria no atendimento, desta área cirúrgica, com a diminuição do tempo de espera dos doentes com neoplasias malignas e dos doentes com mais de 12 meses de espera. A figura 15 representa a evolução de custos por tipo de custo, para os grupos de custos mais representativos, recursos humanos, produtos farmacêuticos, fornecimentos e serviços e consumo clínico. A figura 16 compara a evolução de custos e proveitos totais e a figura 17 demonstra a evolução de resultado líquido e EBITDA desde 2010 a 2017.



Figura 6 - Número de primeiras consultas

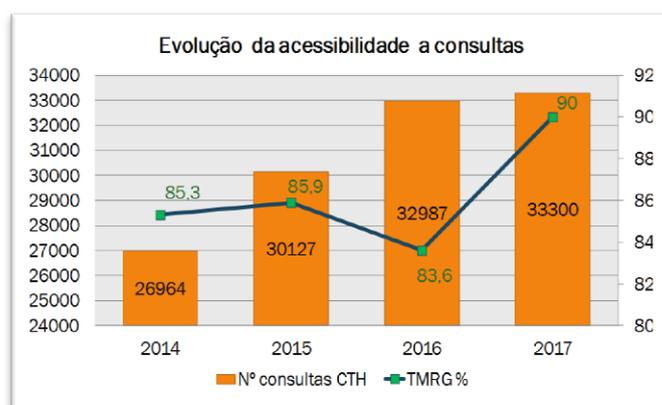


Figura 7 - Acessibilidade às consultas e TMRG



Figura 8 - Número de doentes tratados do internamento

	2013	2014	2015	2016	2017
Urgência Geral	87.524	88.984	87.452	97.084	100.006
Urgência Obst./Gin.	16.685	15.771	16.359	17.102	17.560
Urgência Pediátrica	43.516	44.109	45.925	49.882	48.736

Figura 9 - Atendimentos urgentes por tipo de urgência

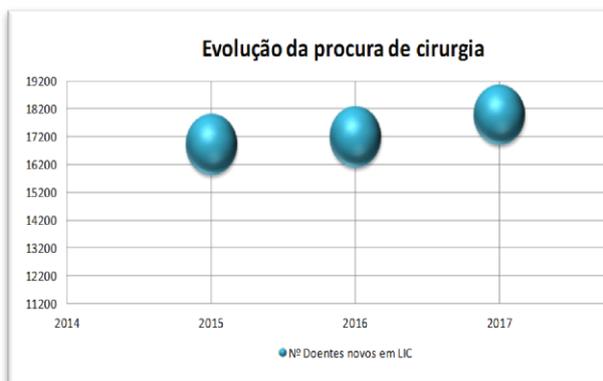


Figura 10 - Evolução do número de doentes entrados em LIC



Figura 11 - Número de cirurgias programadas realizadas

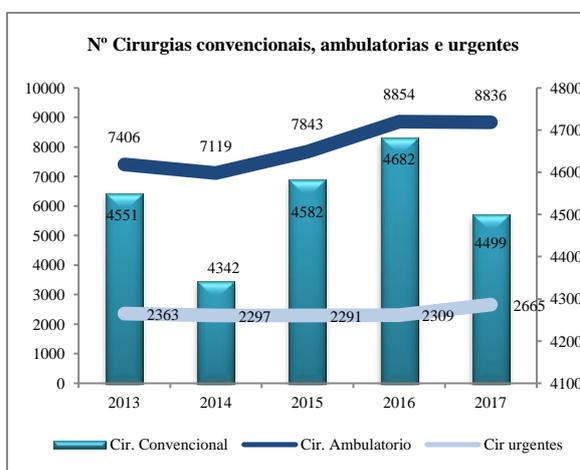


Figura 12 - Nº cirurgias convencionais, ambulatoriais e urgentes

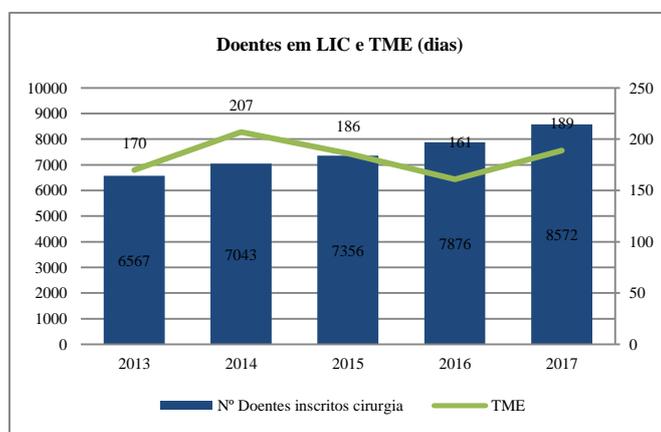


Figura 13 - Procura não satisfeita e TME (dias)

Indicadores da LIC	2015	2016	2017
% Doentes LIC > 12 meses	11,7%	7,8%	10,8%
% Neoplasias malignas dentro TMRG	79%	85%	62,75%
Mediana da LIC	5,2	4,4	5,6

Figura 14 - Indicadores da LIC

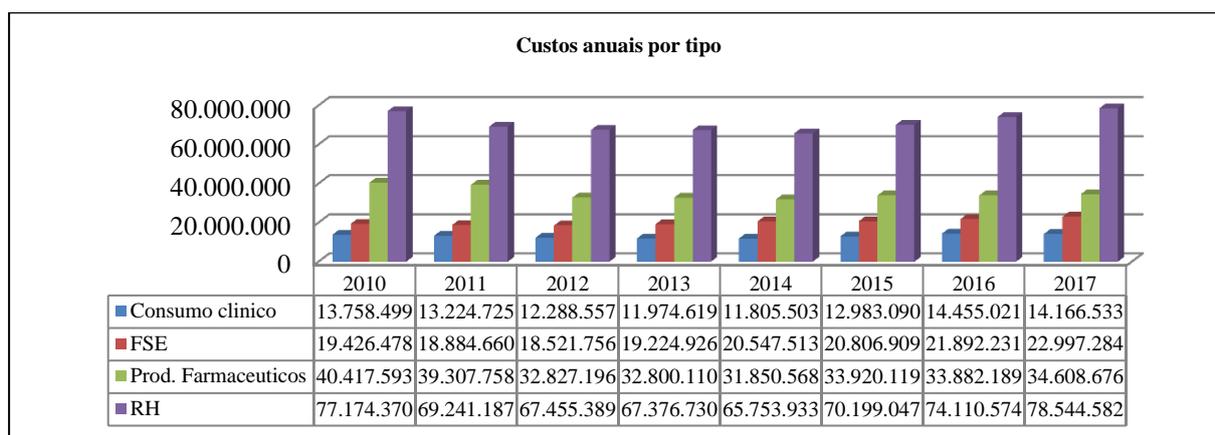


Figura 15 - Custos anuais por tipo de custo

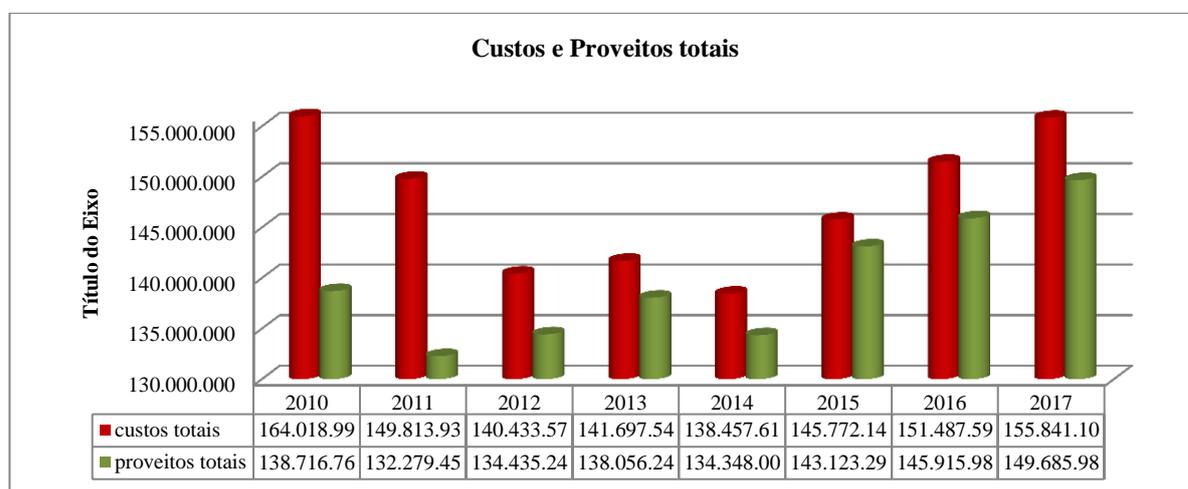


Figura 16 - Custos e proveitos totais

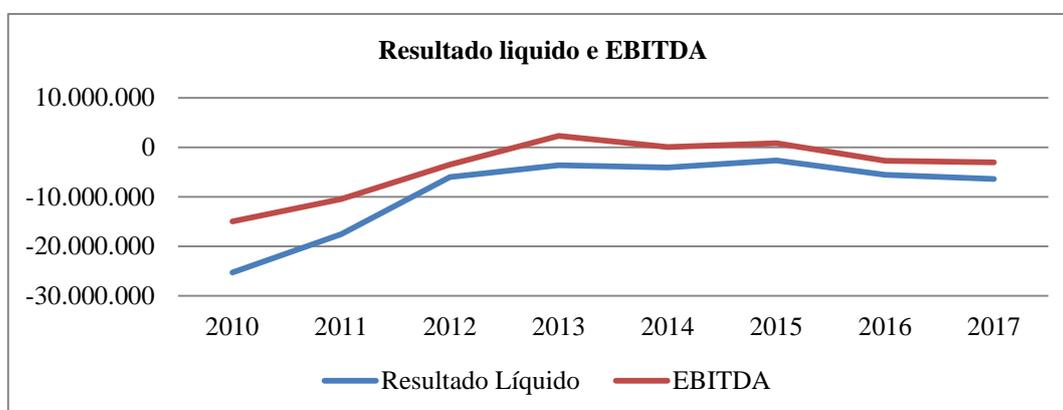


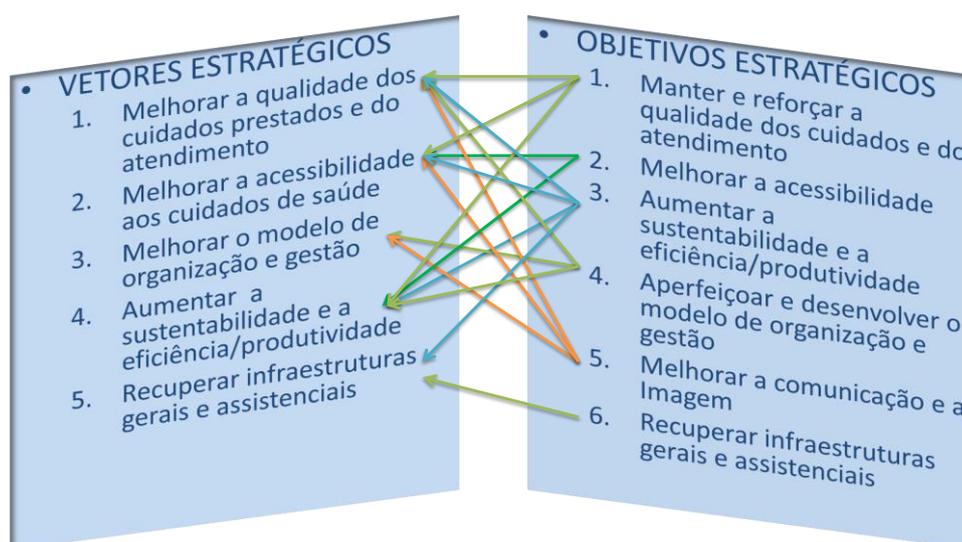
Figura 17 - Resultado Líquido e EBITDA

1.5.1.1 BSC - Hospital Garcia de Orta

O BSC realizado para o Hospital Garcia de Orta, considerou os vetores e os objetivos definidos na estratégia, tendo por base a missão e visão definida. Com vista à mensuração necessária para a avaliação da execução global da estratégia, foi definida uma ponderação para cada um dos objetivos. Esta mensuração é determinada pelos resultados atingidos por cada um dos indicadores definidos para a medição de cada um dos objetivos. No final do somatório da execução de cada objetivo obtém-se a percentagem de cumprimento da estratégia global.

Seguidamente apresentam-se as relações entre os vetores, os objetivos estratégicos a sua localização em termos de perspetivas de BSC. Nos quadros do BSC estão identificadas as quatro perspetivas, os objetivos, quais os indicadores utilizados para a mensuração dos mesmos, bem como a ponderação de cada indicador e do respetivo objetivo, evidencia-se ainda a meta anual definida para cada um dos indicadores. Foram também definidas as ações a desenvolver com vista a atingir os melhores resultados para cada um dos objetivos, que se apresentam nos quadros seguintes aos do BSC

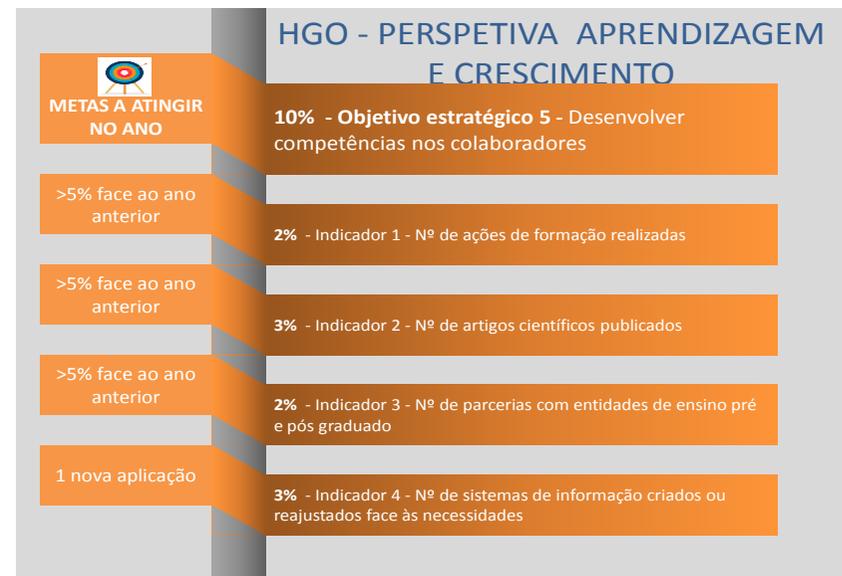
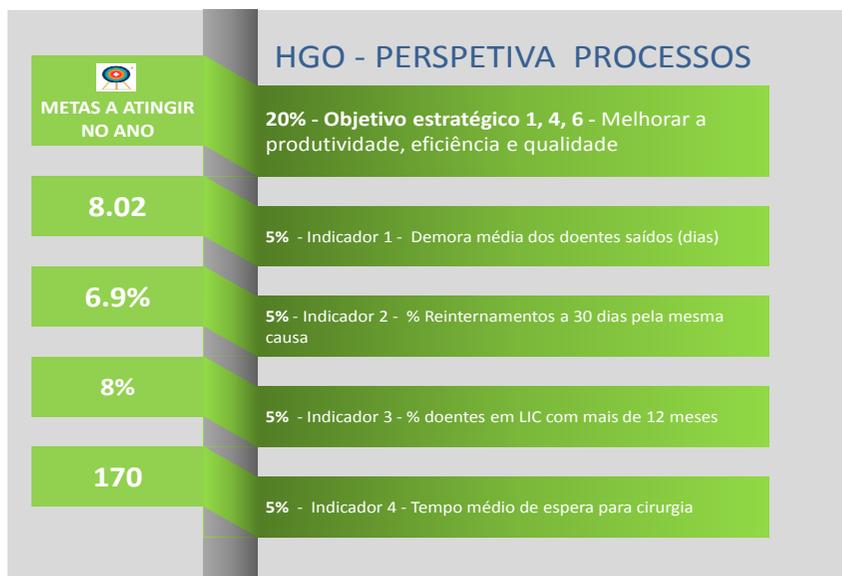
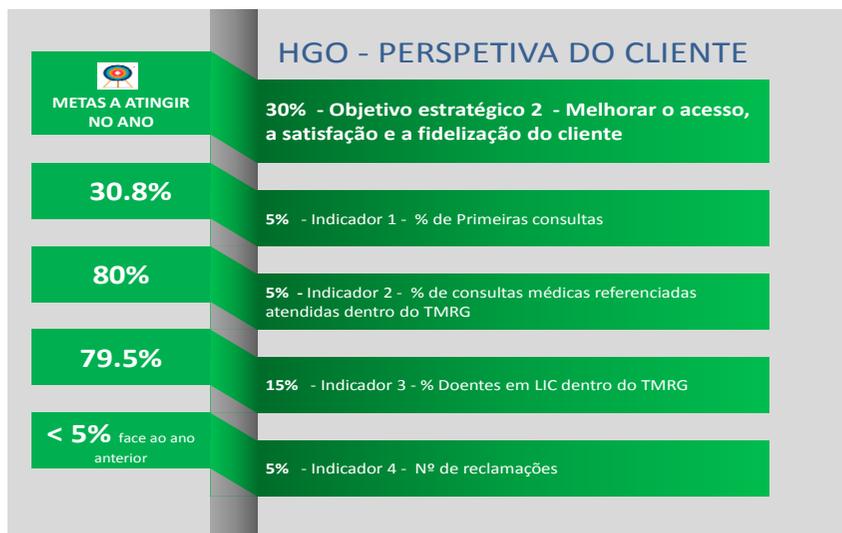
Vetores estratégicos e Objetivos estratégicos



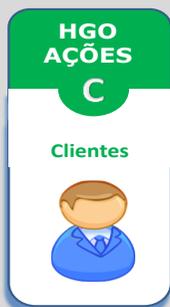
Matriz relacional entre vetores, objetivos estratégicos e perspectivas do BSC

Perspetiva BSC	Objetivo estratégicos	Vetores estratégico				
		V.E. 1	V.E. 2	V.E. 3	V.E. 4	V.E. 5
Clientes - 30%	Obj. 2		X		X	
Processos - 40%	Obj. 1	X	X		X	
	Obj. 4	X		X	X	
	Obj.6					X
Financeira - 20%	Obj.3	X	X		X	X
Aprendizagem e crescimento - 10%	Obj. 5	X	X	X		

Seguidamente apresenta-se o BSC do HGO, para o ano 2013. Podemos verificar que a cada perspetiva foi atribuída uma ponderação para a valorização global do BSC e foi identificado um ou mais objetivos estratégicos. Com vista a mensurar a execução dos objetivos foram definidos indicadores, cada um com a sua ponderação e com uma meta definida para se atingir no ano. Da soma da execução ponderada de cada indicador resulta a execução global do objetivo ou objetivos definidos nessa perspetiva. A aplicação deste modelo às quatro perspetivas resulta na mensuração da execução global da estratégia definida.



AÇÕES A DESENVOLVER COM VISTA A OBTENÇÃO DOS OBJETIVOS



- Realizar inquéritos de satisfação
- Personalizar a prestação de serviços
- Diminuir os tempos de espera de consulta e cirurgias
- Aumentar a prestação de serviços de hospitalização domiciliaria
- Aumentar a prestação de cuidados continuados

AÇÕES A DESENVOLVER COM VISTA A OBTENÇÃO DOS OBJETIVOS



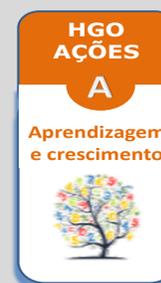
- Promover as boas praticas
- Diminuir os dias de internamento através da eliminação de dias de protelamento de alta clinicamente injustificados.
- Adequação das agendas de consulta às necessidades da procura
- Ajustamento da distribuição de tempos de bloco operatório as varas especialidades, e otimização da sua ocupação
- Realizar e registar auditorias clinicas e não clinicas

AÇÕES A DESENVOLVER COM VISTA A OBTENÇÃO DOS OBJETIVOS



- Otimizar o processo de faturação
- Aumentar a receita de taxas moderadoras através da melhoria do processo de cobrança
- Negociar com fornecedores os prazos de pagamento e as respetivas penalizações ou bónus
- otimizar a gestão de tesouraria
- Cumprir a lei dos compromissos

AÇÕES A DESENVOLVER COM VISTA A OBTENÇÃO DOS OBJETIVOS



- Promover o ensino pré e pós graduado
- Promover investigação clinica
- Promover formação em gestão e liderança
- Promover participação e comunicação
- Promover a pratica de auditorias clinicas e não clinicas

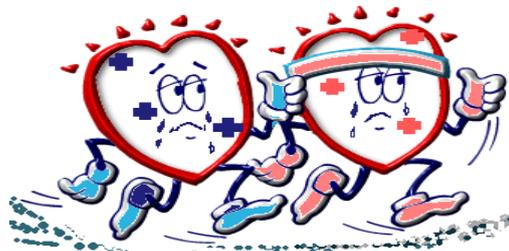
1.5.2 Dados do serviço de Cardiologia

O serviço de Cardiologia dedica-se ao diagnóstico e tratamento das doenças do coração e de todo o sistema cardiovascular.

Presta cuidados de saúde nas áreas de atividade de internamento, consultas externas, urgência

e exames. Para além da área assistencial, o Serviço desenvolve ainda atividades de formação pré e pós-graduada e de investigação.

As consultas externas são solicitadas através dos Centros de Saúde/Unidades de Saúde Familiar (USF) por via eletrónica, médico assistente ou ainda por referenciação interna. O Serviço de Cardiologia disponibiliza consultas de várias subespecialidades cardiológicas. O Serviço efetua ainda consultadoria de Cardiologia nos Centros de Saúde da área de influência do HGO, ajudando os especialistas de Medicina Geral e Familiar na tomada de decisão diagnóstica e orientação terapêutica dos doentes. O serviço de cardiologia dá resposta à via verde de enfarte do miocárdio. Conta com uma lotação de 19 camas de enfermaria e uma unidade de cuidados coronários com 6 camas. Dispõe ainda de uma sala para cardiologia de intervenção.



Outros indicadores de desempenho do serviço de Cardiologia

Indicadores Cardiologia	Ano 2013
% de primeiras consultas	17.3%
% de primeiras consultas realizadas dentro do TMRG	96.31%
Peso das consultas com alta no total de consultas médicas (%)	2.66%
Número de doentes em Lista de espera de consulta	288
Número de reclamações	26
Número de primeiras consultas	3092
Número total de consultas	14783
Número de doentes saídos do internamento	1409
% de reinternamentos aos 30 dias	0.73
Demora média dos doentes saídos (dias)	5.09
% Doentes saídos com duração superior ao limiar máximo do GDH	1.8%
Taxa de mortalidade bruta (%)	1.77
Número de MCDT realizados	43250
Taxa de incidência de úlcera de pressão	0.46
Taxa de prevalência de úlcera de pressão	0.86
Taxa de efetividade de diagnostica do risco de úlcera de pressão	85.71
Taxa de eficiência de prevenção de complicações no foco de úlcera de pressão	96.84
Número de reuniões multiprofissionais serviço registadas	73

Número de profissionais envolvidos em projetos de investigação	25
Número de profissionais envolvidos em programas de formação no centro de formação	56
Número de profissionais envolvidos em programas de formação em controlo de infeção	2
Custos com pessoal ajustado	2046113
Custo com produtos farmacêuticos	2535674
Custos com consumo clínico	2760114
Número de vias verdes de enfarte do miocárdio	88

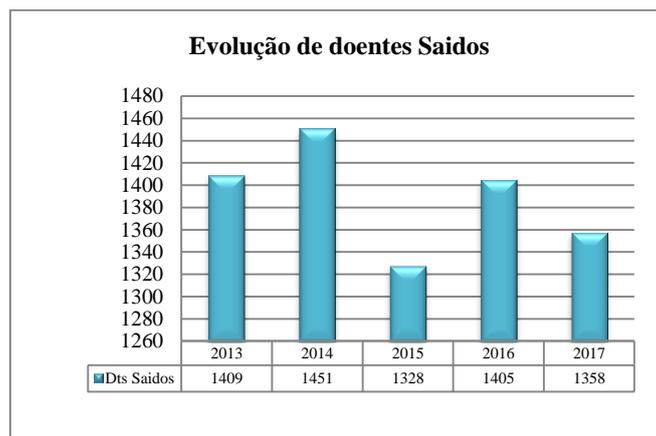
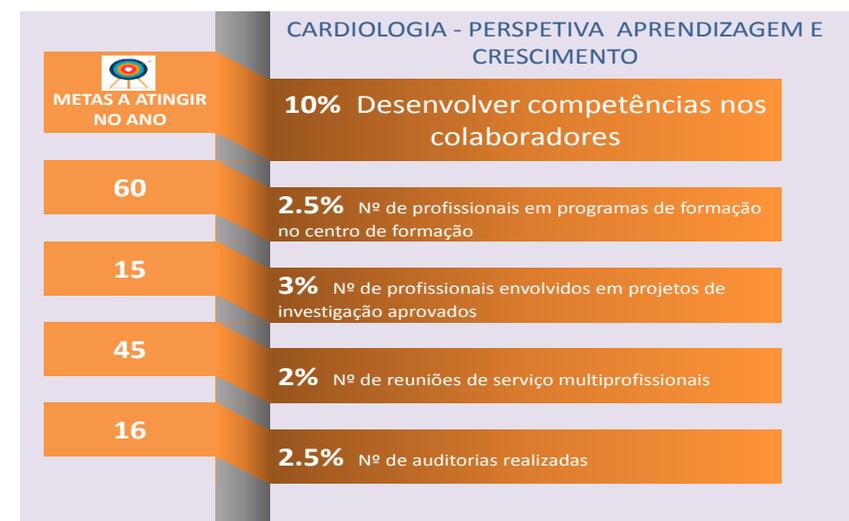
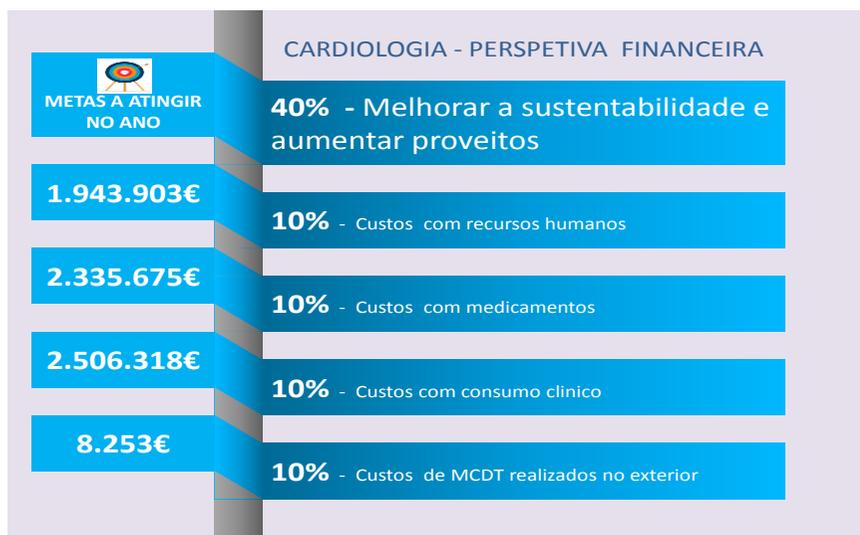
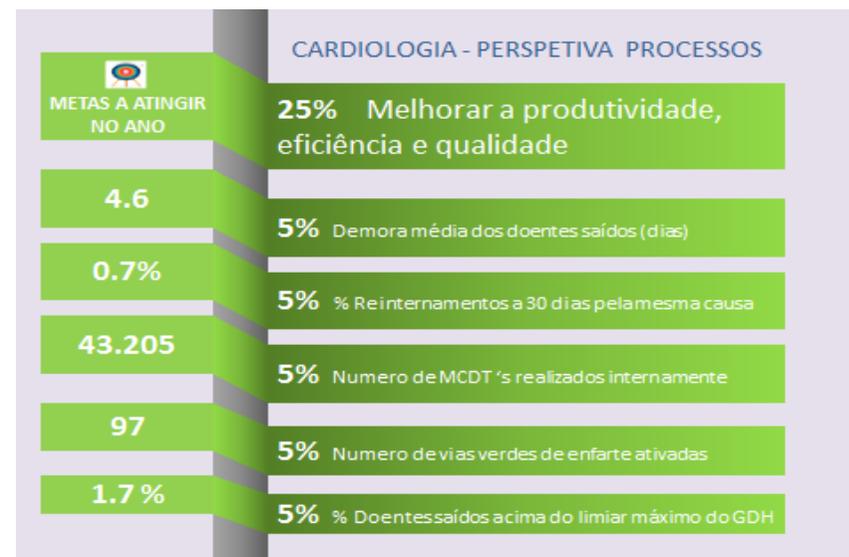
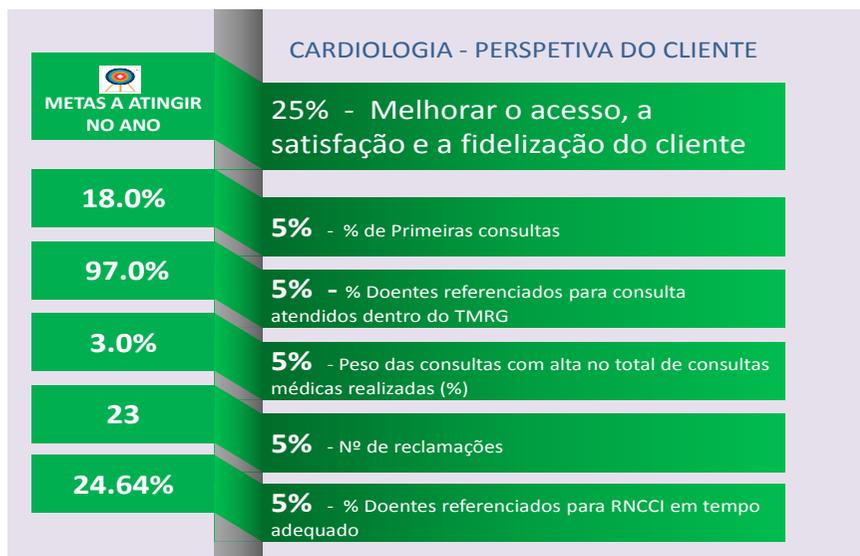


Figura 18 - Evolução do número de doentes saídos do internamento de Cardiologia



Figura 19 - Evolução do número de consultas de Cardiologia

1.5.2.1 BSC - Cardiologia



1.5.3 Dados do serviço de Cirurgia Geral

A Cirurgia Geral é a especialidade médica que se dedica ao diagnóstico e tratamento de doenças passíveis de abordagem por procedimentos cirúrgicos, nomeadamente doenças do sistema digestivo, doenças endócrinas (glândulas tiroide e suprarrenal),



da patologia da mama e das hérnias da parede abdominal. A cirurgia da pele e tecido subcutâneo (pequena cirurgia com anestesia local), a cirurgia laparoscópica e a cirurgia do trauma também se enquadram na cirurgia geral. Presta cuidados de saúde nas áreas de atividade de internamento, consulta externa, bloco operatório, cirurgia de ambulatório e urgência (interna e externa). O Serviço desenvolve ainda atividades pedagógicas, nas áreas de ensino médico e de enfermagem, pré e pós-graduado, além de investigação clínica predominantemente nas áreas de patologia da parede abdominal, da patologia digestiva e oncológica em geral e da colo-retal em particular.

O serviço foi reconhecido em 2016, como o centro de referência para o tratamento do cancro colo retal. Para além da atividade cirúrgica programada o serviço assegura urgência 24 horas nos 7 dias da semana. Dispõe de 54 camas de enfermaria.

Seguidamente apresentam-se vários indicadores da atividade da cirurgia geral.

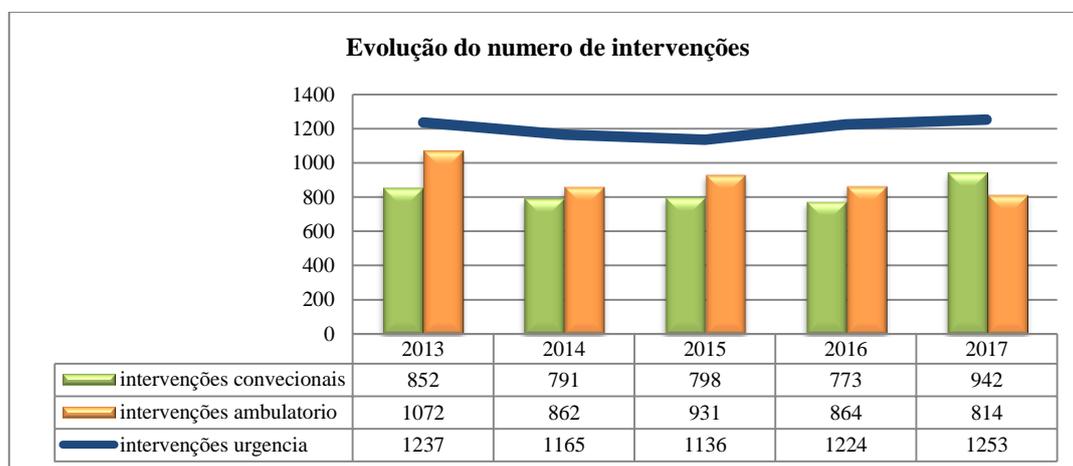


Figura 20 - Evolução do número de intervenções de Cirurgia Geral

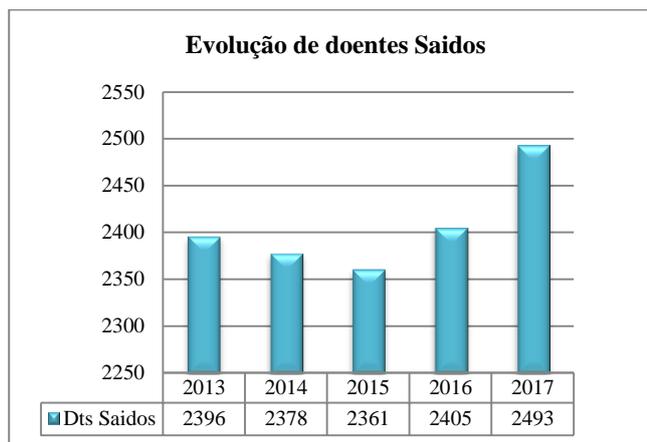


Figura 21 -Evolução do número de doentes saídos do internamento de Cirurgia Geral

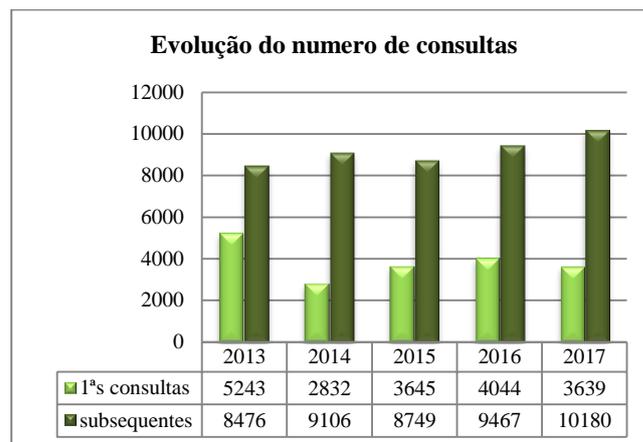
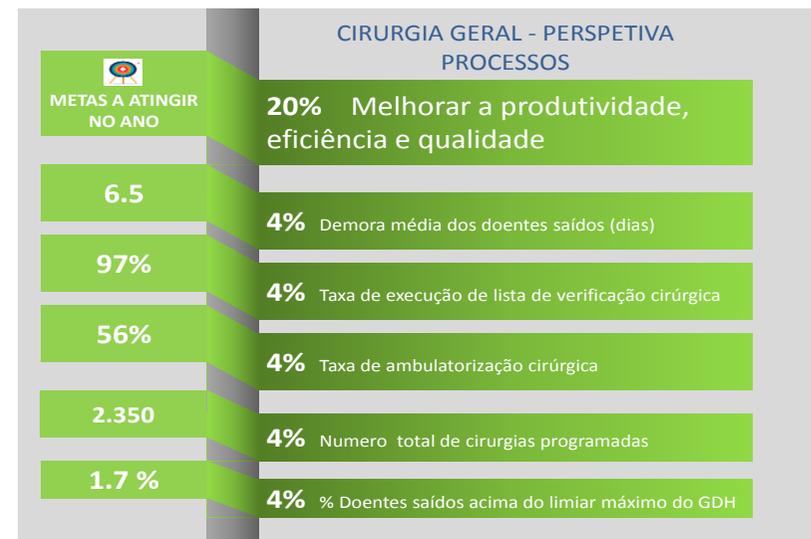
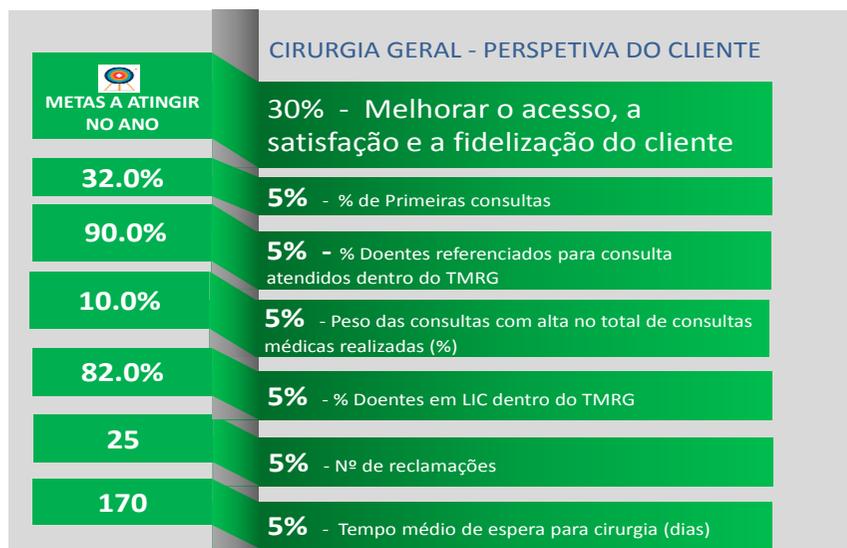


Figura 22 - Evolução do número de consultas de Cirurgia Geral

Outros indicadores da Cirurgia Geral

Indicadores Cirurgia Geral	Ano 2013
% de primeiras consultas	38.2
% de primeiras consultas realizadas dentro do TMRG	77.88
Peso das consultas com alta no total de consultas médicas (%)	2.48
Número de reclamações	26
Número de primeiras consultas	5243
Número total de consultas	13719
Número de doentes saídos do internamento	2396
Demora média dos doentes saídos (dias)	6.58
% Doentes saídos com duração superior ao limiar máximo do GDH	1.09
Taxa de mortalidade bruta (%)	3.05
Número de cirurgias Convencionais	852
Número de cirurgias de Ambulatório	1072
Número de cirurgias de Urgência	1237
Número de doentes em lista de espera para cirurgia	1283
Taxa de ambulatorização (%)	55.61
Tempo médio de espera em LIC em dias	211.6
% Doentes em LIC com tempo superior a 12 meses	12.7
% Doentes operados dentro do TMRG	76.53
Taxa de incidência de úlcera de pressão	1.76
Taxa de prevalência de úlcera de pressão	2.51
Taxa de efetividade de diagnostica do risco de úlcera de pressão	82.98
Número de sessões clínicas	24
Número de auditorias registadas	4
Número de profissionais envolvidos em programas de formação no centro de formação	66
Número de profissionais envolvidos em programas de formação em controlo de infeção	54
Custos com pessoal ajustado	2207133
Custo com produtos farmacêuticos	317215
Custos com consumo clínico	1094832

1.5.3.1 BSC - Cirurgia Geral



1.5.4 Dados do serviço de Medicina Nuclear

A Medicina Nuclear é a especialidade médica que se dedica ao diagnóstico e tratamento de doenças com recurso a produtos radioativos, permitindo sobretudo o estudo de alterações funcionais e moleculares. Presta cuidados através da realização de exames e consultas.

O Serviço de Medicina Nuclear do HGO tem como missão desenvolver a especialidade na área de influência da Instituição, assegurando cuidados de saúde e promovendo formação e investigação. No seu dia-a-dia os colaboradores deste serviço prestam cuidados tendo como guia os seguintes valores: cultura de prestação de serviço público centrada no doente; cultura de organização e liderança, de eficiência e de efetividade, de qualidade e de segurança; de competência e rigor; atua como equipa multidisciplinar; com observância de deontologia e ética. O Serviço iniciou a sua atividade em fevereiro de 1997 e dispõe, presentemente, de uma câmara gama de duplo detetor e de uma sonda gama para uso per-operatório (cirurgia rádio guiada). Tem-se distinguido sobretudo pela sua colaboração ao estudo do Tromboembolismo Pulmonar, pelo diagnóstico em Pediatria e Nefrologia, pelo apoio à cirurgia rádio guiada (gânglio sentinela e paratiroideia hiperfuncionante) e pela terapêutica de hipertiroidismo com Iodo-131. Participa nas Consultas de Decisão Terapêutica de Patologia Mamária, Melanoma Maligno da Pele e Patologia da Tiroideia.

O Serviço desenvolve igualmente as seguintes atividades: Internato Complementar de Medicina Nuclear, tendo obtido idoneidade formativa em 1999, formação Pré e Pós-graduada em diversas áreas técnicas e científicas, formação contínua, atividade científica: para além de participar e apresentar diversos trabalhos em Congressos Nacionais e Internacionais, integrou, entre 2003 e 2010, um Consórcio Nacional de Investigação, em conjunto com mais seis instituições da área científica e tecnológica. Este Consórcio desenvolveu um protótipo para Mamografia por Emissores de Positrões (*ClearPEM*), tendo sido o HGO responsável pela definição dos requisitos clínicos do protótipo e pelo desenho e preparação dos Ensaio Clínicos de validação. Em 2010, participou, em colaboração com o Serviço de Cardiologia, no Ensaio Clínico “*Protection AMI – KAI 9803-004*”. Integra o Projeto Dose Datamed2 Portugal, dedicado à avaliação da exposição da população portuguesa a radiações ionizantes, devido a exames médicos.

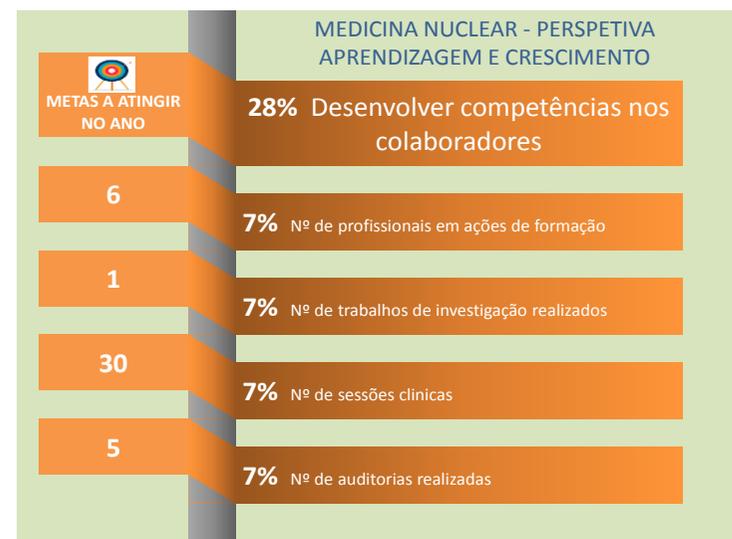
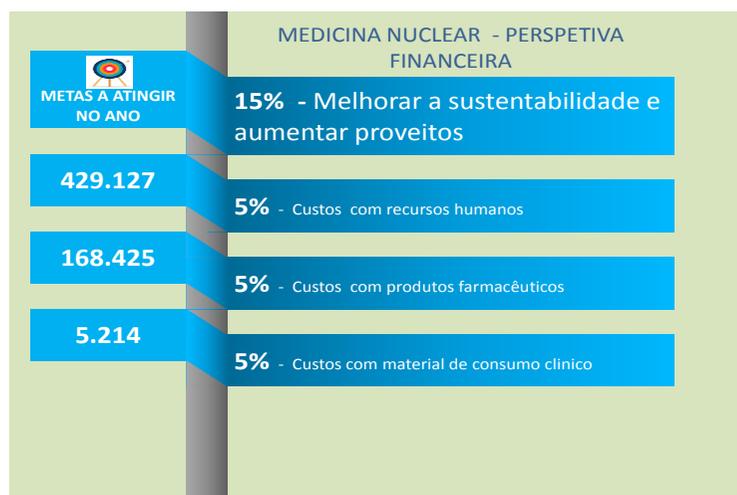
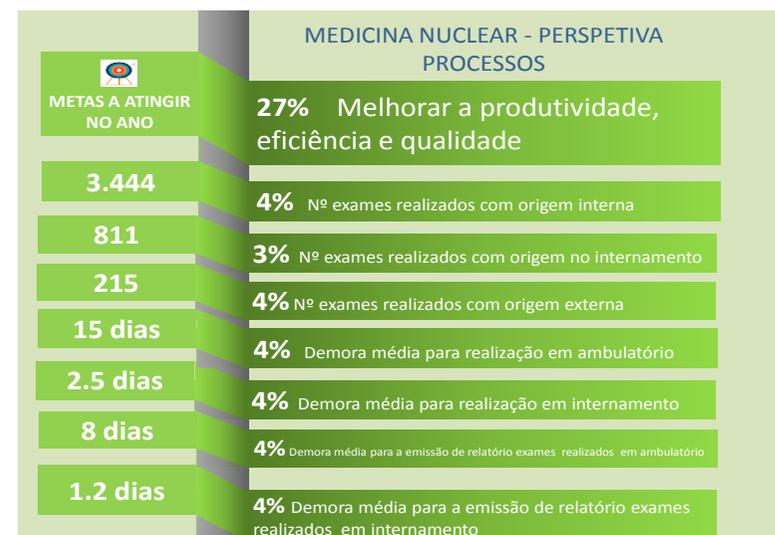
O Serviço de Medicina Nuclear realiza todos os procedimentos em câmara gama e terapêuticas em regime de ambulatório, de acordo com protocolos definidos internacionalmente.

Os Exames são agendados diretamente no Secretariado do Serviço, presencialmente, por *email* ou por fax, mediante apresentação de prescrição médica com informação clínica relevante para a realização do exame. O Serviço encontra-se aberto de segunda a sexta-feira, das 08:00 às 18:30 horas, encerrando aos sábados, domingos e feriados.

Outros indicadores da Medicina Nuclear

Indicadores Medicina Nuclear	Ano 2013
Número de exames realizados	3992
Número de reclamações	1
Número de reuniões multiprofissionais serviço registadas	4
Número de profissionais envolvidos em projetos de investigação	2
Número de profissionais envolvidos em programas de formação no centro de formação	16
Número de profissionais envolvidos em programas de formação em controlo de infeção	18
Número de auditorias registadas	4
Número de sessões clínicas	41
Número de apresentações em reuniões científicas de interesse para o serviço	16
Custos com pessoal ajustado	456103
Custo com produtos farmacêuticos	170868
Custos com consumo clínico	5487
Custos com MCDT solicitados ao exterior	34650

1.5.4.1 BSC - Medicina Nuclear



1.5.5 Exemplo de Mapa de apoio à contratualização interna

Apresenta-se seguidamente o mapa de apoio à contratualização interna, extraído diretamente da aplicação, tem como objetivo suportar e formalizar o processo de negociação entre o serviço e o Conselho de Administração. Com os objetivos consensualizados este documento é assinado pelas partes e passa a constar do plano de ação do serviço.



Indicadores MEDICINA NUCLEAR ()

CONTRATUALIZAÇÃO INTERNA POR SERVIÇO - BSC > I - UTENTES /CLIENTES > Utentes / Clientes - Indicadores

INDICADORES	1 a 12/ 2013	META ANUAL	VALOR PROPOSTO	OBSERVAÇÕES
1 Satisfação Global dos utentes relativa ao serviço- (1-10)	9,06	8,00		
1 Satisfação dos utentes relativa a organização do serviço (1-10)	9,14	8,00		
1 Satisfação dos utentes relativa ao atendimento administrativo	95,95	80,00		
1 N° de utentes em lista de espera de exame	13,00	12,00		
1 Tempo Maximo de espera para a realização de exames	64,00	30,00		
1 Numero de exames reagendados por motivo institucional	94,00	100,00		
1 N° de Reclamações	1,00	3,00		

CONTRATUALIZAÇÃO INTERNA POR SERVIÇO - BSC > II - ECONÓMICO-FINANCEIROS

INDICADORES	1 a 12/ 2013	META ANUAL	VALOR PROPOSTO	OBSERVAÇÕES
1 CI - Custos com Pessoal	451.712,76	429.127,00		
1 CI - Custos com Pessoal ajustados	456.103,69	429.127,00		
1 Custos com Trabalho extraordinario: horas extra e prevenções	1.220,82			
1 Custos com SIGIC INTERNO				
1 Custos com Consumos Farmacêuticos	170.868,64	168.425,22		
1 Custos com Material de Consumo Clínico	5.487,95	5.214,00		
1 CI - D.4 Custos com MCDT's solicitados ao exterior	34.650,00			

CONTRATUALIZAÇÃO INTERNA POR SERVIÇO - BSC > III - PROCESSOS INTERNOS > Processos Internos - Indicadores > MCDT - Serviço Produtor > Produção Global

INDICADORES	1 a 12/ 2013	META ANUAL	VALOR PROPOSTO	OBSERVAÇÕES
1 N° de Exames Realizados - SERVIÇO PRODUTOR: Medicina Nuclear	3.992,00	3.659,00		
1 QTD Ponderada de Exames Realizados - SERVIÇO PRODUTOR: Medicina Nuclear	101.599,10			
1 Valor Portaria de Exames Realizados - SERVIÇO PRODUTOR: Medicina Nuclear	620.874,00			
1 Total de Exames Realizados com Origem Interna - Med Nuclear	3.755,00	3.444,00		
1 Total de Exames Realizados para o Módulo de Internamento - Med Nuclear	885,00	811,00		
1 Total de Exames Realizados para a População Pediátrica (< 18 Anos) - Med Nuclear				
1 Total de Exames Realizados com Origem no Exterior - Med Nuclear	237,00	215,00		
1 N° Exames pedidos e realizados no exterior de Medicina Nuclear	324,00			
1 Demora média da realização em ambulatorio	13,59	15,00		
1 Demora média da realização em internamento	2,48	2,50		
1 Demora média da emissão de relatório clínico para ambulatorio	7,65	8,00		
1 Demora média da emissão de relatório clínico para internamento	1,19	1,20		

CONTRATUALIZAÇÃO INTERNA POR SERVIÇO - BSC > IV - APRENDIZAGEM E CRESCIMENTO

INDICADORES	1 a 12/ 2013	META ANUAL	VALOR PROPOSTO	OBSERVAÇÕES
1 N° reuniões do Serviço Registadas Multiprofissionais	4,00	2,00		
1 N° profissionais envolvidos em projectos de investigação aprovados	2,00	1,00		
1 N° de profissionais envolvidos em programas de formação no Centro de Formação	16,00	6,00		
1 N° profissionais envolvidos em programas de Formação em Controlo de Infecção	18,00	17,00		
1 N° de auditorias registadas	4,00	5,00		
1 N° de sessões clínicas	41,00	30,00		
1 N° de apresentações em reuniões científicas de interesse para o serviço (ex: congressos, jornadas)	16,00	6,00		
1 Numero de repetições de exames por erro so Serviço				
1 N° profissionais envolvidos em projectos multiprofissionais (comissões, grupos trabalho...)		5,00		
1 N° de participações em reuniões científicas de interesse para o serviço (ex: congressos, jornadas)		5,00		

1.5.6 Exemplo de Dashboard de indicadores acumulados

Este *dashboard*, também é um output da aplicação, pode ser impresso ou apenas consultado em ecrã, pode verificar-se o desempenho do serviço face ao período homólogo e face ao contratualizado, tem a análise face ao contratualizado facilitada com a apresentação de “semáforos”.



Indicadores
MEDICINA NUCLEAR ()

CONTRATUALIZAÇÃO INTERNA POR SERVIÇO - BSC > I - UTENTES / CLIENTES > Utentes / Clientes - Indicadores

INDICADORES	1 a 12/ 2013	1 a 12/ 2014	VARIACÃO ACUM.	META ACUM.	VAR. VALOR/ META (ACUM.)	DIF. DO ACUMULADO PARA A META	META ANUAL	PENALIZAÇÃO
Satisfação dos utentes relativa a organização do serviço (1-10)	9,14 U	9,21 U ↑	0,77 %	8,00	15,12 % 🟢	1,21 U	8,00	
Satisfação dos utentes relativa ao atendimento administrativo	95,95 %	96,30 % ↑	0,36 %	80,00	20,38 % 🟢	16,30 %	80,00	
Tempo Máximo de espera para a realização de exames	64,00 ^{Dia}	0,00 ^{Dia} ↓	-100,00 %	30,00	-100,00 % 🟢	-30,00 ^{Dia}	30,00	
Numero de exames reagendados por motivo institucional	94,00 U	95,00 U ↑	1,06 %	100,00	-5,00 % 🟢	-5,00 U	100,00	
Nº de Reclamações	1,00 UN	0,00 UN ↓	-100,00 %	3,00	-100,00 % 🟢	-3,00 UN	3,00	

CONTRATUALIZAÇÃO INTERNA POR SERVIÇO - BSC > II - ECONÓMICO-FINANCEIROS

INDICADORES	1 a 12/ 2013	1 a 12/ 2014	VARIACÃO ACUM.	META ACUM.	VAR. VALOR/ META (ACUM.)	DIF. DO ACUMULADO PARA A META	META ANUAL	PENALIZAÇÃO
CI - Custos com Pessoal	451.712,76	470.915,98 ↑	4,25 %	429.127,00	9,74 % 🟡	41.788,98	429.127,00	
CI - Custos com Pessoal ajustados	456.103,69	470.915,98 ↑	3,25 %	429.127,00	9,74 % 🟡	41.788,98	429.127,00	
Custos com Trabalho extraordinário: horas extra e prevenções	1.220,82	643,29 ↓	-47,31 %					
Custos com SIGIC INTERNO								
Custos com Consumos Farmacêuticos	170.868,64	183.614,35 ↑	7,46 %	168.425,22	9,02 % 🟡	15.189,13	168.425,22	
Custos com Material de Consumo Clínico	5.487,95	5.478,94 ↓	-0,16 %	5.214,00	5,08 % 🟡	264,94	5.214,00	
CI - D.4 Custos com MCDT's solicitados ao exterior	34.650,00	77.400,00 ↑	123,38 %					

CONTRATUALIZAÇÃO INTERNA POR SERVIÇO - BSC > III - PROCESSOS INTERNOS > Processos Internos - Indicadores > MCDT - Serviço Produtor > Produção Global

INDICADORES	1 a 12/ 2013	1 a 12/ 2014	VARIACÃO ACUM.	META ACUM.	VAR. VALOR/ META (ACUM.)	DIF. DO ACUMULADO PARA A META	META ANUAL	PENALIZAÇÃO
QTD Ponderada de Exames Realizados - SERVIÇO PRODUTOR: Medicina Nuclear	101.599,10 UN	135.831,40 UN ↑	33,69 %					
Total de Exames Realizados para o Módulo de Internamento - Med Nuclear	885,00 UN	1.013,00 UN ↑	14,46 %	811,00	24,91 % 🟢	202,00 UN	811,00	
Total de Exames Realizados para a População Pediátrica (< 18 Anos) - Med Nuclear								
Total de Exames Realizados com Origem no Exterior - Med Nuclear	237,00 UN	238,00 UN ↑	0,42 %	215,00	10,70 % 🟢	23,00 UN	215,00	
Nº Exames pedidos e realizados no exterior de Medicina Nuclear	324,00 UN	322,00 UN ↓	-0,62 %					
Demora média da realização em ambulatório	13,59 ^{Dia}	15,71 ^{Dia} ↑	15,60 %	15,00	4,73 % 🟡	0,71 ^{Dia}	15,00	
Demora média da realização em Internamento	2,48 ^{Dia}	1,83 ^{Dia} ↓	-26,21 %	2,50	-26,80 % 🟢	-0,67 ^{Dia}	2,50	
Demora média da emissão de relatório clínico para ambulatório	7,65 ^{Dia}	9,84 ^{Dia} ↑	28,63 %	8,00	23,00 % 🟡	1,84 ^{Dia}	8,00	
Demora média da emissão de relatório clínico para Internamento	1,19 ^{Dia}	1,06 ^{Dia} ↓	-10,92 %	1,20	-11,67 % 🟢	-0,14 ^{Dia}	1,20	

CONTRATUALIZAÇÃO INTERNA POR SERVIÇO - BSC > IV - APRENDIZAGEM E CRESCIMENTO

INDICADORES	1 a 12/ 2013	1 a 12/ 2014	VARIAÇÃO ACUM.	META ACUM.	VAR. VALOR/ META (ACUM.)	DIF. DO ACUMULADO PARA A META	META ANUAL	PENALIZAÇÃO
Nº reuniões do Serviço Registadas Multiprofissionais	4,00 UN	7,00 UN ↑	75,00 %	2,00	250,00 % 🟢	5,00 UN	2,00	
Nº profissionais envolvidos em projectos de Investigação aprovados	2,00 UN	2,00 UN →	0,00 %	1,00	100,00 % 🟢	1,00 UN	1,00	
Nº de profissionais envolvidos em programas de formação no Centro de Formação	16,00 UN			6,00			6,00	
Nº de profissionais envolvidos em programas de Formação em Controlo de Infecção	18,00 UN	16,00 UN ↓	-11,11 %	17,00	-5,88 % 🔴	-1,00 UN	17,00	
Nº de auditorias registadas	4,00 UN	2,00 UN ↓	-50,00 %	5,00	-60,00 % 🔴	-3,00 UN	5,00	
Nº de sessões clínicas	41,00 UN	52,00 UN ↑	26,83 %	30,00	73,33 % 🟢	22,00 UN	30,00	
Nº de apresentações em reuniões científicas de Interesse para o serviço (ex: congressos, jornadas)	16,00 UN	15,00 UN ↓	-6,25 %	6,00	150,00 % 🟢	9,00 UN	6,00	
Numero de repetições de exames por erro so Serviço								
Nº profissionais envolvidos em projectos multiprofissionais (comissões, grupos trabalho...)				5,00			5,00	

1.5.7 Indicadores dos serviços de Cardiologia, Cirurgia geral e Medicina nuclear

Neste quadro resume-se os indicadores utilizados pelos vários serviços e a sua associação aos vetores estratégicos.

	Cardiologia	Cirurgia geral	Medicina nuclear
Aumentar o acesso			
1 % de primeiras consultas	X	X	
2 % de primeiras consultas realizadas dentro do TMRG	X	X	
3 Peso das consultas com alta no total de consultas médicas (%)	X	X	
4 Número de doentes em Lista de espera de consulta	X	X	
5 % de utentes inscritos em LIC com tempo de espera <=TMRG		X	
6 % de doentes sinalizados para a RNCCI, em tempo adequado, no total de doentes saídos	X	X	
7 Número de reclamações	X	X	X
Melhorar o desempenho assistencial			
8 Número de primeiras consultas	X	X	
9 Número total de consultas	X	X	
10 Número de doentes saídos do internamento	X	X	
11 % de reinternamentos aos 30 dias	X	X	
12 Demora média dos doentes saídos (dias)	X	X	
13 % Doentes saídos com duração superior ao limiar máximo do GDH	X	X	
14 Taxa de mortalidade bruta (%)	X	X	
15 Número de MCDT realizados internamente	X		X
16 Número de intervenções cirúrgicas convencionais		X	
17 Número de intervenções cirúrgicas ambulatorio		X	
Melhorar a qualidade dos cuidados prestados			
18 Taxa de incidência de ulcera de pressão	X	X	
19 Taxa de prevalência de ulcera de pressão	X	X	
20 Taxa de efetividade de diagnostica do risco de ulcera de pressão	X	X	
21 Taxa de eficiência de prevenção de complicações no foco de ulcera de pressão	X	X	
22 Taxa de incidência de queda	X	X	
23 Taxa de prevalência de queda	X	X	
24 Taxa de efetividade de diagnostica do risco de queda	X	X	
25 Taxa de eficiência de prevenção de complicações no foco de queda	X	X	
Melhorar o desempenho economico-financeiro			
26 Custos com pessoal	X	X	X
27 Custos com pessoal ajustados	X	X	X
28 Custo com horas extraordinarias	X	X	X
29 Custo com produtos farmacêuticos	X	X	X
30 Custos com consumo clínico	X	X	X
31 Custos com fornecimentos e serviços externos	X	X	X
32 Custos com MCDT realizados no exterior	X	X	X

1.5.8 Índice de desempenho global do serviço, avaliação e reconhecimento

A avaliação do desempenho dos serviços pelo instrumento BSC, finaliza-se em cada ano com a determinação do índice de desempenho global do serviço, onde é traduzido de forma quantitativa e qualitativa, os resultados obtidos na totalidade dos indicadores selecionados para avaliação da execução da estratégia do ano. As escalas de classificação são de conhecimento prévio dos serviços. Esta avaliação é reconhecida pela atribuição de um diploma simbólico com a respetiva menção qualitativa, que é entregue ao representante do serviço em sessão pública.

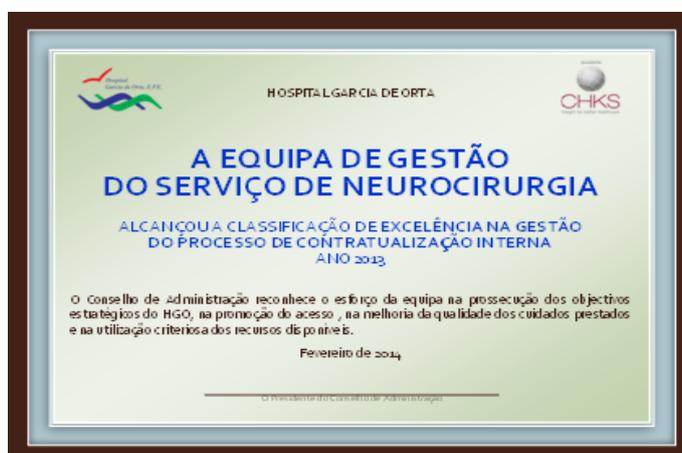
1.5.8.1 Índice de desempenho global de um serviço

EXEMPLO DE MATRIZ DE AVALIAÇÃO DOS SERVIÇOS PELA METODOLOGIA BSC

		Jun-13	
		Pneumologia	
		REALIZADO	Ponderação
Contratualização Interna por SERVIÇO >I - UTENTES/CLIENTES 30%			
CI - A1. % de Primeiras Consultas		97,16	19,43%
CI - A2. Percentagem de utentes referenciados para consulta externa em tempo adequado, CTH		133,71	40,11%
CI - A3. Peso das consultas externas médicas com registo de alta no total de consultas externas		23,51	3,53%
CI - A4. Percentagem de doentes cirúrgicos tratados em tempo adequado (% doentes inscritos a aguardar cirurgia, ainda dentro do TMRG)		0,00	0,00%
CI - B2. % de Rein tementos aos 30 dias pela mesma causa		68,42	17,11%
CI - D1. Tempo Médio de Espera para Cirurgia (Dias)		0,00	0,00%
Nº Reclamações			0,00%
			80,18%
Contratualização Interna por SERVIÇO >II - ECONÓMICO-FINANCEIROS 40%			
CI - Custos com Pessoal ajustados		104,85	41,94%
Custos com Consumos Farmacêuticos		80,73	24,22%
Custos com Material de Consumo Clínico		100,62	20,12%
Valor de portaria de exames pedidos pelo serviço (internos e externos)			0,00%
			86,28%
Contratualização Interna por SERVIÇO >III - PROCESSOS INTERNOS 20%			
CI - A5. Permilagem de doentes sinalizados para RNCCI em tempo adequado, no total de doentes saídos			0,00%
CI - B3. Percentagem de doentes saídos com duração de internamento acima do limiar máximo		129,82	12,98%
% cesarianas		0	0,00%
Nº de Doentes Saídos		91,75	27,53%
Demora média doentes saídos		77,23	23,17%
% de cirurgia de ambulatório		0	0,00%
Nº intervenções programadas		0	0,00%
Total de Consultas Externas		107,69	21,54%
			85,21%
Contratualização Interna por SERVIÇO >IV - APRENDIZAGEM E CRESCIMENTO 10%			
Nº reuniões do Serviço Registadas Multiprofissionais		66,67	20,00%
Nº profissionais envolvidos em projetos de investigação aprovados		160	16,00%
Nº profissionais envolvidos em programas de formação no Centro de Formação		100	10,00%
Nº profissionais envolvidos em programas de Formação em Controlo de Infecção			0,00%
Nº de auditorias registadas			0,00%
Nº de sessões clínicas			0,00%
			46,00%
			80,21%
Índice de Desempenho global do serviço		IDGS	80,21%
		Muito Satisfatório	

1.5.8.2 Certificado de reconhecimento

De seguida apresenta-se o exemplo de um dos certificados entregues publicamente a um dos serviços que atingiram o nível de excelência na gestão do serviço no ano referido. Este procedimento teve como objetivo o fecho anual do ciclo de gestão, o reconhecimento público de toda a equipa do serviço, a motivação para que todos os outros serviços o possam



também atingir. Este certificado tem um valor simbólico, representativo do reconhecimento do empenho de toda a equipa do serviço.

1.5.9 Exemplos práticos internacionais

Existem algumas implementações de BSC a nível internacional que referem as experiências vivenciadas. Destacam-se, de seguida, dois exemplos, já consolidados no tempo.

1.5.9.1 Duke University Hospital (DUH)

Duke Children's Hospital é um serviço pediátrico, integrado no Duke University Hospital. É uma organização situada nos Estados Unidos da América, sem fins lucrativos. Nesta unidade verificou-se entre 1992 e 1996, um crescimento acentuado no seu orçamento de custos, aproximadamente 175%, equivalente a 11 milhões de dólares. A administração do hospital realizou um levantamento das situações que poderiam estar a contribuir para este acréscimo de custos, com o objetivo de tomar medidas de contenção de despesa baseadas em evidências. Algumas das situações identificadas foram, o tempo de internamento das crianças doentes era superior à média nacional em 20%, 8 dias, o custo diário por doente tratado tinha aumentado 35% entre 1994 e 1995, os colaboradores estavam globalmente insatisfeitos. Meliones, um dos diretores clínicos do hospital identificou um dos problemas como sendo, a falta de alinhamento entre os objetivos da administração e das direções de serviço. A falta deste alinhamento traduzia-se por vezes em objetivos divergentes e naturalmente resultados opostos. Outro problema identificado relaciona-se com a informação, que se caracterizava por ser um conjunto de dados sem consistência, que não tinha tradução em informação e como tal impossibilitava a geração de conhecimento, não existia informação relevante que permitisse uma análise das situações e tomada de decisão correspondente. Meliones, diretor clínico do serviço de pediatria acreditava que uma estratégia baseada na melhoria da comunicação, disseminando a estratégia de topo, na adequação dos processos de trabalho, tornando-os mais eficazes, na focalização no cliente e na satisfação de profissionais e clientes, levaria a uma melhoria nos resultados financeiros e na qualidade do atendimento prestado. A administração do hospital decide avançar para a realização de um projeto-piloto de implementação de BSC nesta unidade pediátrica, como instrumento de gestão para implementar a estratégia definida. Durante o projeto foram implementadas as seguintes medidas com vista à obtenção dos

objetivos, criação de equipa de gestão da unidade, avaliação retrospectiva de todos os processos clínicos que apresentaram desvios na demora média do internamento, implementação de aplicação informática que permitiu o registo clínico do paciente bem como o seu acompanhamento financeiro (Meliones, 2000). Com esta implementação conseguiram ter informação relevante, fiável e em tempo útil. O BSC atualizado em tempo real, permitiu a monitorização dos objetivos e a implementação de medidas de ajustamento sempre que necessário. A avaliação do projeto foi realizada passados seis meses e foi de tal forma positiva, que a Administração do hospital decidiu no final do ano 2000 a expansão do projeto a todo o hospital.

Alguns dos resultados mais relevantes referidos foram, a satisfação dos utentes aumentou 18%, o custo do doente tratado reduziu-se cerca de 5000 dólares, a satisfação dos profissionais aumentou 45%, a demora média por doente reduziu-se 1,8 dias, os reinternamentos passaram de 7% para 3%. Finalmente os 11 milhões de prejuízo, deram lugar a 4 milhões de lucro, permitindo assim reinvestir em aprendizagem e crescimento.

1.5.9.2 Mackay Memorial Hospital

O Mackay Memorial Hospital situado em Taiwan, com 2.149 camas, implementou o BSC em 2001, com vista a tornar-se mais competitivo (Chang et al., 2008). Tendo definido como objetivo aumentar a sua diferenciação nos serviços disponíveis, melhorar a comunicação com todos os seus *stakeholders*, aumentar o volume de negócio, identificou a necessidade de dispor de instrumento facilitador de monitorização, avaliação e implementação da estratégia. Foi feita a opção de implementação de BSC e de todos os critérios inerentes a esta implementação, tendo sido o primeiro passo, a clarificação da definição da estratégia e sua disseminação por toda a organização, o que permitiu um alinhamento de toda a estrutura e todos os colaboradores. A implementação do BSC levou ao envolvimento da administração, promovendo desta forma um melhor conhecimento do posicionamento do hospital no seu mercado e desta forma a uma avaliação mais precisa das opções de diferenciação a tomar, com vista a aumentar a sua quota de mercado. Permitiu que todos os colaboradores se envolvessem e pudessem avaliar e ajustar procedimentos tendo em vista os resultados a obter. Possibilitou uma avaliação sobre a posição competitiva do hospital aos vários níveis da organização, Conselho de Administração, gestão intermédia e colaboradores operacionais. (Chang et al., 2008). Em suma esta implementação que se iniciou tendo como objetivo

principal o aumento da quota de mercado, através da diferenciação na oferta de serviços, teve como resultado para além do conhecimento do segmento de mercado com que a instituição poderia vir a ter sucesso, um aumento de conhecimento de todos os colaboradores bem como da envolvimento e colaboração dos mesmos inclusivamente do topo da hierarquia e da gestão intermédia com vista a um objetivo comum.

2 Nota Pedagógica

2.1 Público-alvo

O presente caso pedagógico destina-se a alunos de licenciatura e mestrado nas áreas de gestão de serviços de saúde e de gestão de empresas. Bem como a gestores de empresas, gestores e administradores hospitalares, que pretendam implementar o *Balanced Scorecard* como instrumento de gestão.

2.2 Objetivos Pedagógicos

Os objetivos a atingir pelos alunos são:

- Identificar as linhas ou eixos estratégicos do Hospital;
- Identificar os objetivos estratégicos da organização;
- Identificar os indicadores de medida dos objetivos estratégicos segundo as quatro perspetivas do BSC;
- Realizar o BSC para o serviço de Cirurgia Geral, Cardiologia e Medicina Nuclear, considerando o alinhamento necessário, utilizando os dados que lhes foram disponibilizados, definindo metas anuais para cada indicador;
- Identificar os fatores críticos de sucesso com impacto positivo nos resultados da contratualização interna com BSC.

2.3 Revisão da literatura

No presente capítulo será efetuada a revisão de literatura relativa ao tema. Esta revisão abordará essencialmente a temática do *Balanced Scorecard* como instrumento de identificação, monitorização e execução da estratégia. Será ainda feita uma ligeira revisão sobre o tema da contratualização interna nos hospitais públicos portugueses, de forma a enquadrar de forma mais global a temática deste trabalho.

2.3.1 O Balanced Scorecard como instrumento de identificação, monitorização e execução da estratégia e a sua aplicação em hospitais públicos

O BSC foi desenvolvido no início dos anos 90 por Kaplan e Norton como resposta à necessidade de ampliar a visão dos sistemas de controlo de gestão existentes, desde uma perspetiva interna e financeira a uma perspetiva equilibrada que considere simultaneamente fatores externos e não financeiros, conforme refere Rodrigues (2002).

Até então, o desempenho empresarial, era calculado e avaliado tendo em conta indicadores financeiros, expressos nos relatórios financeiros e eram posteriormente incluídos em métodos de análise de gestão, cujo intuito era o da afetação correta dos recursos financeiros e materiais às atividades (Russo, 2015).

A propagação das ferramentas para gestão da estratégia e operações, ocorrida nos últimos 30 anos, a existência de indicadores financeiros, que ficavam manifestamente aquém do exigível para um planeamento estratégico de longo prazo e respetiva monitorização, funcionaram como factores incrementais da necessidade do uso de sistemas mais completos de controlo de gestão, adequados ao contexto competitivo em que as instituições estão inseridas, dando outras possibilidades de atuar aos gestores.

No âmbito das ferramentas de medição do desempenho organizacional é relevante fazer-se uma breve referência ao *Tableau du Bord* (TDB), pois representa uma metodologia de gestão precursora do BSC, o TDB surgiu da necessidade de monitorizar o desempenho, das áreas produtivas realiza-se a partir da definição dos objetivos e planos de ação, que irão dar origem aos indicadores de desempenho (Jordan *et al.*, 2002).

O *Tableau du Bord* é "uma ferramenta para a gestão de topo da empresa, que permite uma visão rápida e global das suas operações e do estado do seu ambiente" (Malo, 1995: 15). O TDB é desenvolvido a partir da missão, da identificação dos objetivos de cada centro de responsabilidade, dos fatores críticos de sucesso, e os resultados são medidos através de indicadores chave de desempenho relacionados com os fatores críticos identificados previamente, segundo Epstein e Manzoni (1998).

No entanto mantinha-se a evidência da importância a existência de uma ferramenta que permitisse obter informação rápida, que comparasse o desempenho com as previsões, que

possibilitasse a análise de desvios, que possibilitasse identificar as suas causas e tomar decisões a curto prazo, com vista à obtenção dos objetivos definidos (Russo, 2015).

Conforme refere Russo (2015: 3) “*A pouca difusão e adesão ao TDB entre os gestores e académicos americanos, levou ao desenvolvimento do BSC, um instrumento alternativo para a resolução das insuficiências verificadas na avaliação do desempenho organizacional com base noutras metodologias*”.

Os sistemas de análise e avaliação utilizados até então, no controlo de gestão, baseados em critérios e indicadores financeiros, apuravam os resultados já obtidos (resultados do passado), o que fazia com que esta informação apenas tivesse valor retrospectivo, sem impacto direto sobre a realização dos objetivos estratégicos, ou seja sobre resultados que se pretendem atingir no futuro, na medida em que não permitia atuar de forma corretiva na gestão através da análise de outros indicadores e implementação de medidas corretivas (Kaplan e Norton, 2005a).

Nos últimos anos, assistiu-se a uma mudança significativa na valorização atribuída aos recursos humanos, à informação, à qualidade da mesma e à capacidade desta informação gerar conhecimento, à relação entre indicadores tangíveis e intangíveis, esta mudança levou as organizações a considerarem a gestão da *performance* como um sistema integrado, em que vários fatores contribuem simultaneamente para os resultados. Neste sistema, integrado podem coexistir diversas metodologias, instrumentos e soluções, que de forma integrada e mutuamente influente permitem disponibilizar conhecimento às organizações. Este conhecimento permite que as organizações possam encarar situações de maior competitividade, através de um maior grau de eficiência, maior compreensão e adequação às necessidades dos clientes, ou seja através da criação de mais valor para todos os seus *stakeholders*, clientes, fornecedores, acionistas, sociedade em geral (Kaplan e Norton, 2005a).

A evidência da necessidade das organizações se adaptarem à realidade do mercado, com vista à sua sobrevivência com sucesso, obriga a que estejam dotadas de estratégias sólidas que sejam de conhecimento de toda a sua estrutura, que mantenham a visão integrada da gestão da *performance*, implica monitorizar os resultados da execução, conseguir o alinhamento e a satisfação dos seus colaboradores, e deve resultar na capacidade de flexibilizar a sua atividade

de forma a permitir realizar as mudanças necessárias num intervalo curto de tempo (Pinto, 2007).

Na sua descrição sobre o BSC, Kaplan e Norton (1992) referem-no como uma “ (...) *ferramenta de gestão, que procura oferecer uma visão global e integrada do desempenho das áreas críticas do negócio, onde são considerados indicadores não somente financeiros, mas também indicadores não-financeiros, nomeadamente, processos internos, inovação, satisfação dos clientes, e atividades de melhoria operacional, indutoras da performance financeira futura, procedentes da estratégia da organização*” (Kaplan e Norton, 1992: 71).

De acordo com Norreklit (2000), aspetos que fazem do BSC um sistema de medida do desempenho distinto dos demais, são a inclusão de medidas, quer de resultados, quer de indutores de resultados e a existência de relações de causalidade entre eles, que facilitam a comunicação e o entendimento da estratégia.

Na perspectiva de Jordan et al., (2011: 227) “*Numa economia de forte competitividade, torna-se necessário uma permanente atenção dos gestores à forma como estão a decorrer as suas atividades e em que medida a estratégia da organização está a ser realizada ou comprometida*”.

O instrumento vocacionado para um adequado acompanhamento da *performance* organizacional é o *Balanced Scorecard*. Este é um instrumento de gestão que fornece aos gestores uma visão global e integrada do desempenho organizacional sob quatro perspetivas (Kaplan e Norton, 2008): perspetiva financeira (ou do acionista, ou do financiador), de clientes, de processos internos e perspetiva da aprendizagem e desenvolvimento.

Conforme é referido por Santos, (2008) o BSC é cada vez mais, encarado como um sistema integrado, dinâmico e interativo de gestão estratégico, que permite simultaneamente a monitorização do desempenho, a formulação da estratégia, a sua implementação, avaliação controlo e ajustamentos sempre que necessário.

2.3.1.1 Alicerces do *Balanced Scorecard*

Conforme já foi várias vezes referido neste documento, e sublinhado por Kaplan e Norton ao longo da sua bibliografia, qualquer organização que decida implementar o BSC necessita antes de mais, de consolidar três conceitos fundamentais: a sua missão, visão e os seus

valores. Segundo os mesmos autores estes três conceitos formam os autênticos pilares para o desenvolvimento do modelo de BSC.

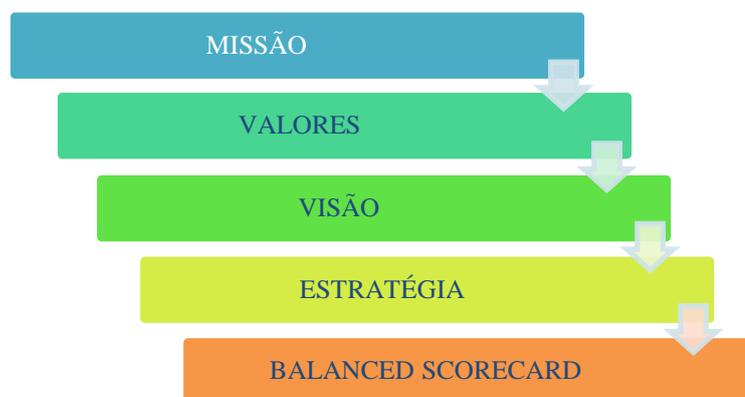


Figura 23 - Sequência do BSC (adaptado de Kaplan e Norton, 2000)

De forma mais detalhada, Kaplan e Norton referem que a Missão: descreve o objetivo principal da organização, deve evidenciar qual a razão de sua existência e identifica o que se espera do seu papel na sociedade. A missão funciona como princípio orientador e de focalização de todas os colaboradores e da organização como um todo na definição e execução da sua atividade, ela suporta a base da estratégia e como tal deve estar presente na elaboração do BSC.

Segundo Pinto (2007), para ser eficaz e facilmente compreensível, a definição da missão deve ser concisa, clara, definir a razão de ser da organização, deve ter uma componente emocional com vista à envolvimento de todos os colaboradores, deve ser orientada para metas, e deve fazer referência as ações a desenvolver pela organização, considerando toda a envolvente interna e externa.

As características anteriormente referidas como necessárias para considerar a missão definida de forma correta, fazem com que a missão seja capaz de produzir um grande impacto na operacionalização e clareza da estratégia, tornando mais fácil a sua comunicação, o envolvimento das pessoas e a monitorização dos resultados, objetivos que se pretendem atingir com a implementação do BSC.

A Visão, corresponde à descrição da imagem daquilo que a organização acredita e deseja ser no futuro, constitui o segundo alicerce da estrutura do BSC, identificado por Kaplan e Norton, deve ser identificada após a definição da missão e dos valores (Pinto, 2007).

Segundo Collins e Porras (1996) a visão deve gerar uma imagem que as pessoas gravem como se se tratasse de uma pintura através de palavras, com a qual todos individualmente e a organização como um todo se comprometem. Os programas estratégicos futuros e as prioridades que possam vir a contribuir, para se atingir o objetivo desejado, são definidos após a definição da visão. A definição da visão é necessária para a implementação do BSC em qualquer tipo de organização. A visão indica o caminho desejado e orienta os colaboradores no seu desempenho.

Os Valores são o terceiro pilar na estrutura do BSC, e têm de estar naturalmente interligados com a missão. Segundo Collins e Porras (1996), os valores são fundamentais para o alinhamento dos comportamentos internos, pois descrevem aquilo que os colaboradores acreditam e se comprometem realizar. Têm relevância e evidência na atuação e comportamento diário de todos os colaboradores e gestão de topo e intermédia. Os mesmos autores referem ainda que *é fundamental* que os valores traduzam a essência do negócio e o conduzam até ao futuro. Os valores têm que estar perfeitamente interligados com a missão, dando-lhe uma continuidade lógica, daí que a atuação da gestão de topo é fundamental para a difusão e prática dos valores da organização (Kaplan e Norton, 2008a).

Por fim e segundo Porter (1996), a Estratégia corresponde a uma escolha intencional de várias atividades diferentes, interrelacionadas e interdependentes, em que a sua execução permite gerar uma proposta de valor única para a organização. Para Kaplan e Norton (1997) a visão da organização será atingida no futuro como resultado do percurso que a organização realizou na opção pelas várias hipóteses definidas na estratégia.



Figura 24 - Sequência do BSC (adaptado de Kaplan e Norton, 2000)

2.3.1.2 Evolução do BSC

Segundo Níven (2014) o facto do BSC se ter tornado num instrumento com elevada aceitação pelos gestores, levou à sua disseminação e contribuiu para a sua evolução. O BSC deixou de ser apenas um sistema de medição de performance para se tornar num sistema de gestão de mudança organizacional. Segundo o mesmo autor na evolução do BSC, podem identificar-se quatro fases, iniciou-se como sendo um instrumento de medição da *performance*, passou para um sistema de gestão estratégica, uma ferramenta de comunicação da mesma e finalmente constituindo um sistema de gestão da mudança, facilitando a evolução e induzindo a adaptação das organizações à atualidade.

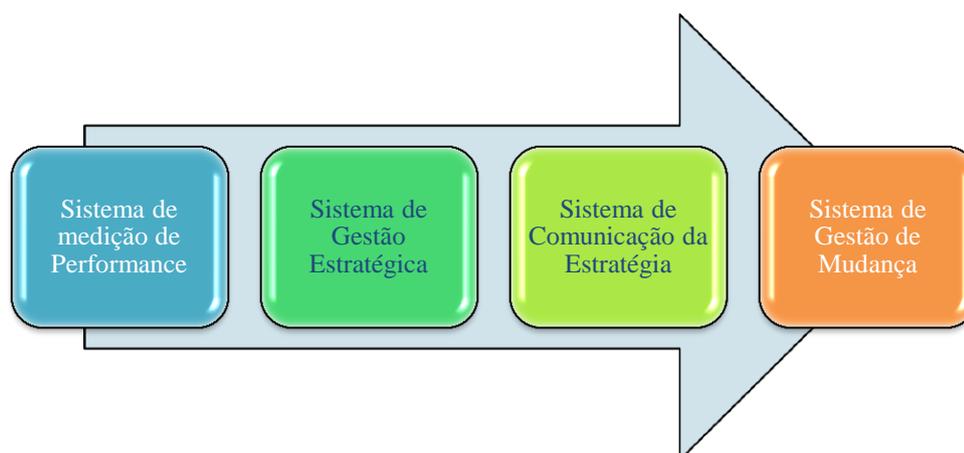


Figura 25 - Fases da Evolução do BSC (adaptado de Niven, 2014)

Com efeito, o *Balanced Scorecard* é um sistema de gestão que permite medir a *performance* estratégica da organização de acordo com uma lógica multidimensional, abordando critérios de natureza financeira e não financeira.

(Gumbus, 2006) sustenta que o *Balanced Scorecard* tem vindo a ser difundido com sucesso em grande parte das organizações do mundo, como ferramenta eficaz de planeamento e controlo estratégicos.

Segundo Kaplan e Norton (2008) o *Balanced Scorecard* deve ser entendido não só como uma ferramenta de medição da *performance*, mas também como um sistema de esclarecimento da estratégia, facilitador da comunicação e do alinhamento estratégico, dentro da estrutura das organizações. Em suma, o papel comunicativo do *Balanced Scorecard* oferece a possibilidade de se compreender e avaliar os vários contextos específicos das organizações (Seal e Ye, 2014).

O sistema de gestão estratégica do BSC baseia-se na estrutura e princípios fundamentais de tradução da missão e da estratégia de uma organização, num conjunto abrangente de ações operacionais e iniciativas considerando o alinhamento, focalização e seletividade das mesmas. A missão e a estratégia da organização são traduzidas em objetivos estratégicos e o desempenho é medido em torno de quatro perspetivas - financeira, cliente, processo interno e aprendizagem e crescimento - que representam a estrutura BSC.

Na elaboração do mapa estratégico, estas quatro perspetivas aparecem ligadas entre si através de relações de causa e efeito, dependendo a sua ordenação (do topo para a base) da missão e estratégia da organização, proporcionam um equilíbrio entre os objetivos de curto e longo prazo, entre os resultados desejados e os determinantes desses resultados, entre indicadores financeiros e não financeiros (Niven, 2014).

Na elaboração do BSC é necessário considerar a existência de equilíbrio entre medidas financeiras e não financeiras, objetivos de curto e longo prazo, indicadores de resultados e indutores dos mesmos, bem como dos objetivos estratégicos definidos para cada uma das perspetivas.

Pinto (2007) refere que o BSC através da necessidade de equilíbrio que pressupõe na sua elaboração, evidenciou a deficiência que os sistemas tradicionais de gestão tinham na

interligação da execução da estratégia a longo prazo e das ações de curto prazo necessárias para a executar.

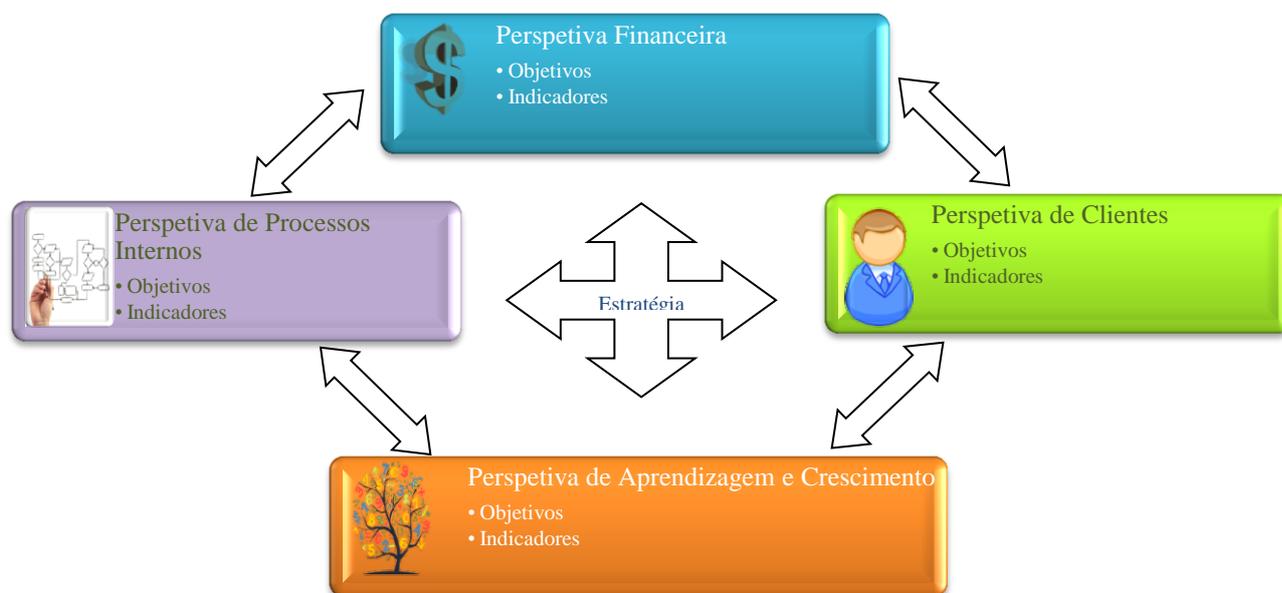


Figura 26 - As quatro perspetivas do BSC, Adaptado do modelo de Kaplan e Norton (2000).

O BSC equilibra os resultados que a organização quer alcançar e os impulsionadores desses resultados. O raciocínio detalhado de causa e efeito, representado num mapa de estratégia, liga os *drivers* da estratégia aos resultados desejados que representam o sucesso da estratégia (Kaplan e Norton, 2000).

Com o foco no papel fundamental do desenvolvimento da estratégia, Kaplan (2010), evidenciou a importância da determinação da estratégia e dos objetivos estratégicos antes de definir as inter-relações e os objetivos para os diversos departamentos ou serviços. Kaplan (2010) apontou que cada estratégia requer um conjunto diferente de métricas. O Autor refere que, previamente à seleção das métricas, as empresas deveriam descrever o que pretendiam alcançar com suas estratégias, organizado nas quatro perspetivas do BSC, e isso fornece uma estrutura sólida para as empresas expressarem os seus objetivos estratégicos.

Segundo Kaplan (2000) os objetivos estratégicos específicos de cada perspetiva podem ser expressos da seguinte forma; a perspetiva financeira inclui um objetivo de alto nível para a criação sustentada de valor para os acionistas e apoia objetivos específicos para crescimento

de receita, produtividade e gestão de risco; a perspetiva do cliente inclui objetivos desejados para os resultados dos clientes, de forma a captar, satisfazer e fidelizar clientes direcionados. Os objetivos, na perspetiva de processo, refletem a forma como a empresa criaria e apresentaria a proposição de valor diferenciada e cumpriria os objetivos financeiros para melhorias de produtividade. Os objetivos nas perspetivas de aprendizagem e crescimento descrevem os objetivos para funcionários, sistemas de informação e alinhamento organizacional.

Russo (2015) refere que, fruto do equilíbrio inerente ao BSC, nas suas quatro perspetivas, quando existe uma falha ou incumprimento dos objetivos em qualquer uma das perspetivas, considerando também as relações causa-efeito existentes entre os vários indicadores, naturalmente se gera o desequilíbrio em qualquer outra ou outras perspetivas. Esta situação dependendo da sua abrangência poderá desequilibrar o BSC na sua globalidade e inclusivamente originar desvios, no cumprimento da estratégia da organização, se não forem analisados e corrigidos em tempo útil.

Segundo Kaplan e Norton (1996) a resposta às questões abaixo colocadas, são essenciais para a estruturação do BSC. Para que estas questões possam ser respondidas é essencial a definição clara da missão, visão e valores traduzidos nas políticas de gestão e alinhados com a estratégia da organização, para possibilitarem o alinhamento das quatro perspetivas.



Figura 27 - Modelo de relação causa e efeito (adaptado de Niven, 2014)

Ao disponibilizar a informação sobre quatro perspetivas, interligadas e quantificáveis, o *Balanced Scorecard* sistematiza a quantidade de informação e facilita a análise pelos gestores.

Segundo Kaplan e Norton (1996), é necessário a implementação clara de quatro processos de gestão para que haja relação e coerência entre os objetivos estratégicos de longo prazo e as medidas operacionais definidas.

Segundo os mesmos autores, estes quatro processos, contribuem para ligar os objetivos estratégicos com as ações empreendidas, combinando objetivos de longo prazo com ações de curto prazo, relacionando a formulação da estratégia com a sua implementação, conforme se evidencia na figura seguinte.

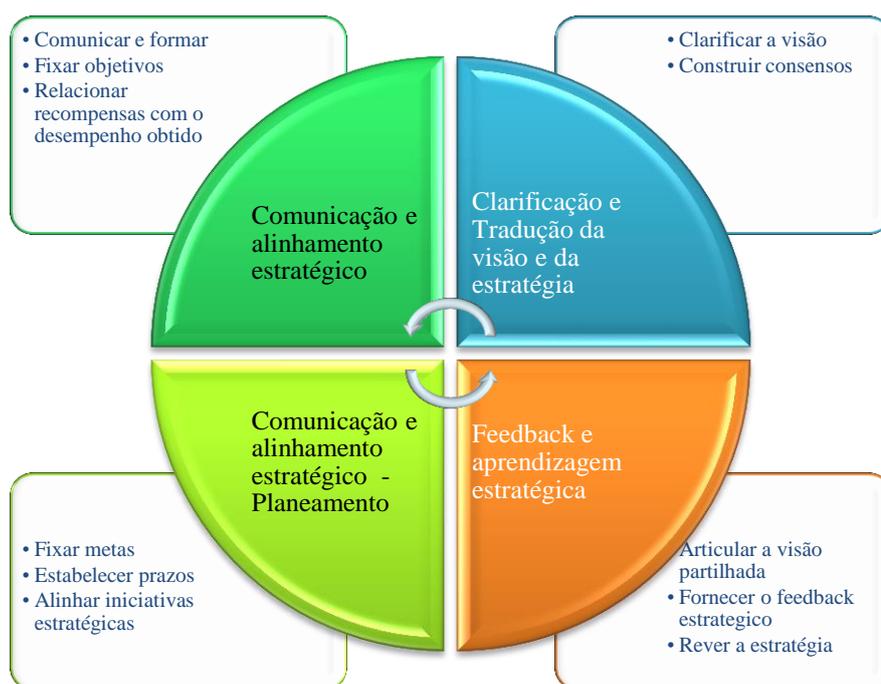


Figura 258 - O BSC como sistema de gestão estratégica (Adaptado de Kaplan e Norton)

Estes quatro processos encontram-se seguidamente detalhados.

- Traduzir a visão e a estratégia

Para que as áreas operacionais compreendessem e executassem as ações articuladas e alinhadas com a missão e com a visão definida pela gestão de topo, era necessário que esta

fosse traduzida em objetivos e indicadores devidamente articulados entre si e que fossem concretos para as áreas operacionais. É considerado por todos os autores, um aspeto fundamental no BSC conforme refere Ribeiro, “(...) a *tradução da visão e da estratégia geral da organização, determinados pela gestão de topo, em indicadores de objetivos e medidas que envolvem quatro perspetivas distintas da performance da organização*” (Ribeiro, 2008: 63). Desta forma “(...) *este processo ajuda na construção de consensos em torno de uma visão e kl-estratégias de longo prazo, desde a gestão de topo até ao nível operacional, já que considera a tradução daqueles conceitos em medidas operacionais que são compreendidas e executadas pelos trabalhadores*” (Kaplan e Norton, 1996a: 75).

- Comunicar e articular

De modo a garantir o alinhamento dos objetivos individuais e departamentais com os objetivos estratégicos a comunicação da estratégia definida pela gestão de topo a toda a estrutura organizacional, é de extrema importância (Kaplan e Norton, 2005). A comunicação dos objetivos estratégicos do BSC, a toda a estrutura da organização, deve permitir que todos os colaboradores em qualquer nível hierárquico, conheçam as metas definidas e se revejam nelas, promovendo assim o alinhamento estratégico. Desta forma com todos os colaboradores conhecedores dos seus objetivos, da importância da sua colaboração para o desempenho global, com a possibilidade de colaborar com a sua opinião na definição da melhor forma de os concretizar, torna-se bastante mais fácil atingir os objetivos definidos globalmente pela estratégia. O conhecimento por parte de todos os colaboradores da missão da visão dos valores e dos objetivos definidos pela estratégia, incrementa de forma significativa o seu envolvimento na organização e desta forma do seu empenho e satisfação pessoal. “*O esforço dos colaboradores na realização das suas tarefas, será tanto maior, quanto maior, estes conhecerem e reconhecerem nas estratégias da empresa os seus próprios objetivos individuais*” (Kaplan e Norton, 1996: 76).

- Planeamento e afetação de recursos

O planeamento e afetação de recursos, consiste no processo de definição de recursos necessários às várias atividades a desenvolver com vista à obtenção dos objetivos de forma alinhada e eficiente, considerando as relação causa-efeito e os fatores críticos de sucesso. Um planeamento adequado, dará prioridade aos recursos associados à realização das atividades

classificadas como críticas para o sucesso, seguindo-se as atividades interrelacionadas, de forma a potenciar o resultado das mesmas. (Kaplan e Norton, 1996: 82) referem que o planeamento e afetação de recursos consiste “(...) no processo de alinhamento e afetação dos recursos humanos, físicos e financeiros com a estratégia da empresa, possibilitando-lhe quantificar os resultados pretendidos a longo prazo nas quatro perspetivas do BSC, identificar iniciativas que forneçam recursos para que os resultados sejam atingidos, e ainda estabelecer objetivos de curto prazo que assinalam o progresso quanto à obtenção das metas estratégicas da empresa”.

- Feedback e aprendizagem

Este processo de feedback e aprendizagem, corresponde à capacidade das organizações criarem conhecimento, que lhes permitia analisar criticamente, adequar e mesmo mudar estratégias, baseadas na avaliação da performance, considerando a inovação emergente, as necessidades dos clientes e de atualização dos conhecimentos dos seus colaboradores. Segundo (Pinto, 2007) é fundamental a existência de um processo contínuo de aprendizagem e, uma adaptação permanente da organização ao meio ambiente. Para (Kaplan e Norton, 1996a) este processo deve colecionar os dados sobre a estratégia, proporcionar uma reflexão quanto à necessidade de novos desenvolvimentos, obter ideias de todos os colaboradores da organização acerca das oportunidades de negócio emergentes, opções estratégicas e a forma de as executar. Ainda segundo os mesmos autores, um sistema de feedback estratégico deve ser capaz de validar, testar e modificar as hipóteses incorporadas na estratégia da organização, considerando o melhor interesse da organização. Ao estabelecer metas de curto prazo, dentro do processo de planeamento de negócios, os executivos estão a prever a relação entre mudanças nos vetores de desempenho e as mudanças associadas a um ou mais objetivos específicos (Kaplan e Norton, 1996a).

“A implementação da estratégia necessita que todas as unidades de negócios, unidades de apoio e os funcionários estejam alinhados e conectados com a estratégia” (Kaplan e Norton, 1996a: 56).

A metodologia de formulação da estratégia assenta numa lógica de *top-down*, que se inicia no topo da hierarquia da organização para a base, de forma sequencial, e em cascata desdobrando os objetivos estratégicos institucionais, em objetivos departamentais, de serviço, das equipas e

das pessoais, mantendo a focalização e o alinhamento. Por seu lado a implementação da estratégia realiza-se da mesma forma mas em sentido inverso, *bottom-up*.

A gestão estratégica desenvolve-se em diferentes fases, começa com a formulação da estratégia, segue-se a comunicação a toda a estrutura organizacional, a execução através de medidas definidas considerando o alinhamento e focalização, a monitorização da execução de forma periódica, a sua avaliação e revisão de acordo com as necessidades identificadas. No BSC, com a definição da sequência lógica (missão, valores, visão e estratégia) fica automaticamente integrado o processo inicial de formulação da estratégia.

Conforme Kaplan e Norton (2008: 77) referiram, "*a execução da estratégia não é uma questão de sorte. É o resultado da atenção consciente, combinando processos de gestão e de liderança para avaliar e descrever a estratégia, para alinhar as unidades organizacionais internas e externas com a estratégia, para alinhar os funcionários com a estratégia através da motivação intrínseca e extrínseca e programas de desenvolvimento de competências específicas e, finalmente, para alinhar os processos de gestão existentes, relatórios e reuniões de revisão, com a execução, monitorização e adaptação da estratégia*".

Em síntese Russo, (2015) refere que para que o BSC traduza de forma fidedigna a visão e a estratégia de uma organização é necessário que sejam identificados, um conjunto de objetivos estratégicos coerentes, alinhados relacionados entre as várias perspetivas e os respetivos indicadores de desempenho; e que estejam definidas de forma clara as relações causa-efeito entre as várias medidas ou ações e os resultados esperados.

“A ligação entre o BSC, as políticas e as estratégias da organização deverá obedecer a três princípios, a interligação com os objetivos financeiros; as relações de causa-efeito e os indicadores de desempenho” (Kaplan e Norton, 1996a: 64). Ainda segundo os mesmos autores, a realização dos objetivos em todas as perspetivas, devidamente articulados entre si, em termos de causa-efeito, constitui a base para se atingirem as prioridades estratégicas previamente fixadas.

“Um bom Balanced Scorecard deve ter o número adequado e ponderado de medidas e indicadores de desempenho que são moldados à estratégia da unidade de negócio” (Kaplan e Norton, 1996a: 66). Conforme descreve Pinto (2017) ao longo do seu livro, um objetivo é a

descrição concisa sobre a razão de ser da empresa, corresponde ao que a organização tem que fazer de forma correta, tendo em vista a execução da estratégia. Um indicador corresponde normalmente a uma expressão matemática, que é utilizado para medir a performance de forma inequívoca, permitindo comunicar os resultados de forma compreensível por todos, as metas são utilizadas como referência para a comparação com os resultados obtidos nos indicadores. A identidade de cada organização e de cada uma das suas unidades, será evidenciada pela definição específica dos seus objetivos e indicadores de desempenho. As vantagens competitivas podem ser atingidas através da monitorização de indicadores que expressam fatores críticos de sucesso e que normalmente se interrelacionam. Os indicadores definidos em BSC devem ser de dois tipos, *lagging* ou seja indicadores de resultados, e *leading* ou seja indicadores indutores de resultados. Os indicadores de resultados (*lagging indicators*) informa-nos sobre os resultados obtidos mas não nos dão a conhecer de quais as ações e de que forma os objetivos foram atingidos nem qual a sua execução (Kaplan e Norton, 1996). Esta situação é complementada no BSC, com outro tipo de indicadores os *leading*, ou seja indutores de desempenho, que mensuram as atividades que induzem e influenciam os resultados De uma forma simples e sucinta podemos referir que os indutores de desempenho, *leading indicators*, funcionam como a causa e os meios, para a obtenção dos resultados, *lagging indicators*.

É interessante notar que a Kaplan e a Norton continuaram a desenvolver a ferramenta BSC do que era originalmente uma ferramenta de monitorização do desempenho e a transformá-la num sistema de gestão de execução de estratégia incorporando o desenvolvimento de mapas de estratégia e adaptado para uso tanto no setor privado como no público. Este desenvolvimento contínuo reflete-se na literatura e no amplo uso do BSC (Rigby e Bilodeau, 2015). Kaplan recomenda que a formulação da estratégia comece por esclarecer a visão e, em seguida, realizando análises SWOT, PESTLE, para formular uma estratégia que esclareça visão, vantagem e alcance. O autor destaca a importância do alinhamento do sistema de gestão: alinhando os funcionários com a estratégia através da criação de consciência estratégica - é importante uma boa estratégia de comunicação; alinhando metas pessoais através do desenvolvimento de *balanced scorecards* pessoais; fornecendo as competências necessárias e alinhando incentivos pessoais através de recompensas baseadas em desempenho.

A utilização do BSC, em organizações sem fins lucrativos, altera a forma como este é habitualmente estruturado, nas organizações em que o objetivo é o lucro. Nas organizações sem fins lucrativos, os objetivos financeiros apenas existem para suportar as ações ou medidas necessárias para a satisfação dos clientes. A perspetiva financeira deixa de ser colocada no topo do BSC, como resultado final a atingir, para ser colocada na base do BSC, como alicerce para o desenvolvimento das restantes perspetivas, passando a perspetiva de clientes para o topo do BSC.

As questões referenciadas por Kaplan e Norton, como questões que respondem às várias perspetivas BSC, nas organizações sem fins lucrativos são reformuladas para: na perspetiva de clientes, considerando o orçamento disponível, como podemos criar valor para os nossos clientes, cumprindo a nossa missão; na perspetiva de processos internos, considerando o orçamento disponível, que processos devem ser otimizados e desempenhados de forma excelente; na perspetiva de aprendizagem e crescimento, considerando o orçamento disponível, como podemos promover a formação e o desenvolvimento de recursos humanos, o desenvolvimento tecnológico e a inovação, necessários à melhoria de desempenho na perspetiva de processos e à satisfação dos clientes, e por último na perspetiva financeira, considerando o orçamento disponível, como gerar as condições referidas nas perspetivas anteriores sem aumentar os custos, conforme é referido por Santos (2008).

Um hospital público, com estatuto de empresa pública do estado, apesar de ser uma organização sem fins lucrativos, tem como objetivo a sustentabilidade financeira, através da gestão do orçamento que lhe é atribuído, mas também da sua capacidade de gerar valor de forma autónoma.

Noutra perspetiva, um hospital é uma organização com uma estrutura de burocracia profissional, em que o seu grande valor assenta no conhecimento específico, nas capacidades dos seus recursos humanos, como principal mecanismo de coordenação. Existe nestas organizações, uma necessidade significativa de profissionalização, em que os recursos humanos são altamente especializados e que conseqüentemente detêm o controlo do seu próprio trabalho.

Podemos então considerar que, a estrutura do BSC, para os hospitais E.P.E., tenham como base da sua sustentação a perspetiva de aprendizagem e crescimento, pois ela constitui o

suporte do desempenho da organização, do melhor desempenho desta perspetiva assim resultará num melhor desempenho na perspetiva de processos e conseqüentemente a melhoria da eficiência, esta situação resulta na melhoria do desempenho financeiro, por fim e cumulativamente resultará em maior satisfação e fidelização de clientes e geração de ganhos em saúde.

O BSC desempenhou um papel fundamental nas organizações desde a sua introdução. Em particular, as organizações de saúde nas últimas duas décadas procuraram implementar esta ferramenta com o objetivo de melhorar e seu desempenho estratégico.

2.3.1.3 A contratualização interna dos hospitais com BSC

Os serviços de saúde são organizações diferentes que exigem respostas singulares a reiterados desafios importantes e imprevistos. O objetivo da gestão é criar as condições para, sem perda de eficiência, majorar a flexibilidade e a capacidade de adaptação aos processos contínuos de mudança nas organizações. Como instituições peculiares e tendo em consideração a complexidade e diferenciação dos serviços de saúde, há necessidade de antecipar a evolução das práticas instituídas para seleção das técnicas de gestão adequadas (Bernardino, 2017). A falta de crescimento económico coloca desafios ao carácter universalista e de grande liberdade de acesso que tem estado presente no Serviço Nacional de Saúde. Neste contexto é essencial que a gestão por resultados assistências se sobreponha à gestão por resultados financeiros (Barros, 2013). O SNS defronta restrições externas e restrições internas. As principais restrições externas são o desenvolvimento de novas tecnologias, as expectativas dos cidadãos. Doenças emergentes, doenças crónicas, sinistralidade rodoviária, acidentes de trabalho, envelhecimento da população e hábitos alimentares dos cidadãos. As principais restrições internas estão na necessidade de capacidade de gestão, necessidade de organização e liderança, necessidade de sistemas de informação e necessidade de recursos humanos adequados em número e em formação, segundo Gonzalez *et al.*, (2017).

Os hospitais prestam uma série de cuidados de alto valor quando a saúde está «ameaçada» e podem promover melhores resultados ao nível do tratamento aplicando a tecnologia e o conhecimento onde é necessário (Kazemi *et al.*, 2016). Por outro lado, também necessitam de operar de forma efetiva e eficiente, no sentido de retirar o máximo benefício dos recursos limitados (Sandra *et al.*, 2017). Mais do que isso, o sistema de saúde necessita de ser sustentável para enfrentar as necessidades do futuro e o hospital continuará a desempenhar um

papel fundamental, mas contudo diferente, como promotor da saúde e necessariamente contribuindo para a redução das iniquidades (OECD, 2017). No caso português, a contratualização com os hospitais no sector público visa essencialmente uma prestação de serviços que responda às necessidades coletivas e promova um verdadeiro benefício público na utilização dos recursos, distribuindo-os prioritariamente por áreas mais desfavorecidas e grupos de risco, e contribuindo de alguma forma para uma aproximação ao princípio da equidade no acesso. A contratualização visa introduzir um método mais eficaz para atingir o desempenho e *accountability* definindo um conjunto de serviços juntamente com um orçamento. Esta ferramenta tem sido destacada mundialmente no âmbito das reformas encetadas no sector da saúde e no decorrer da separação financiador-prestador, e apresenta como potenciais vantagens a i) ligação entre alocações financeiras a outputs de serviços, resultados e padrões de consumo, facilitando, ainda, a medição de melhorias em eficiência e equidade e a ii) clarificação das funções e responsabilidades das partes potenciando uma maior responsabilização (England, 2000). Constitui-se desta forma uma nova política de saúde que permite uma melhor utilização e distribuição dos recursos públicos para a saúde, interessando-se pela defesa dos interesses dos pagadores, tendo por base um mecanismo de monitorização e a avaliação contínua dos objetivos contratualmente estabelecidos (Perkins *et al.*, 2014). Pelo facto de não existir um sistema de reembolso de custos, mas um contrato-programa, a sobrevivência do hospital enquanto unidade autónoma tem de assegurar uma prestação de cuidados de saúde eficiente, ou seja, garantir que não existe desperdício de recursos, que os mesmos são utilizados com o menor custo e que o nível de atividade do hospital satisfaz as necessidades de saúde da população que serve. Em Portugal, a articulação entre a tutela (Administração regional/central) e as instituições hospitalares concretiza-se, através do processo de contratualização que tem por base uma metodologia de relacionamento entre financiadores, compradores e prestadores, assente numa filosofia contratual e envolvendo uma explicitação da ligação entre o financiamento atribuído e os resultados esperados (Gonzalez, 2017). Os Contratos-Programa (CP) definem o nível e a composição da produção contratada, os objetivos a atingir, acordados com a tutela, assim como os indicadores que permitem aferir o desempenho das instituições na perspetiva da garantia dos princípios de acesso e qualidade, desempenho económico-financeiro e assistencial. Para o cumprimento do contrato programa é essencial existir, no interior da organização, uma coordenação e motivação dos profissionais em linha com a estratégia definida ao nível macro,

sendo exigido que, nesse âmbito, sejam estabelecidos objetivos claros, bem definidos e conhecidos de todos os envolvidos no processo. A articulação entre os três níveis de gestão, a administração central/administrações regionais de saúde, os conselhos de administração e os níveis de gestão intermédia (centros de responsabilidade integrada e departamento/serviços) em torno dos objetivos definidos é exigível para a concretização das políticas de saúde, da missão do hospital e das metas de desempenho e resultados de médio e longo prazo fixados. No entanto, para a materialização desta dinâmica, é necessário a adoção e implementação de um modelo de contratualização interna que se traduza na transposição dos compromissos assumidos externamente para o interior da organização e, conseqüentemente, a sua desagregação pelos diferentes níveis de gestão (Dimitropoulos, 2017), possibilitando que a organização trabalhe de forma convergente e coerente para um fim comum. Para além disso, para ser efetiva, a contratualização interna necessita da definição de uma política clara, de meios adequados de controlo da gestão, da verificação da auditoria interna ativa e permanente, de um sistema de informação com base na atividade e uma gestão partilhada de valores que se traduza num espírito de processo e num mínimo de procedimentos (Buathong e Bangchokdee 2017; Gruson, 2002). Entende-se, assim, que este processo tornar-se-á muito difícil, se não mesmo impossível, se a contratualização se mantiver unicamente ao nível de topo, comprometendo um efetivo processo de contratualização (Sandra *et al.*, 2017). A atividade dos hospitais deverá regular-se através dos compromissos assumidos no âmbito de um processo de contratualização liderado por departamentos de contratualização, esta contratualização deverá orientar a sua atuação com rigor, transparência e responsabilização, abrangendo as diferentes dimensões da atividade assistencial, de acessibilidade, de qualidade e de eficiência. Por outro lado, o sucesso do processo de contratualização (externa) passa, em grande medida, pela introdução de mecanismos e instrumentos que possibilitem a transição de paradigma para uma cultura de contratualização interna e de participação dos diversos atores no cumprimento da missão, valores e estratégia das instituições que representam. A contratualização interna, também apontada como gestão por objetivos, apresenta-se como instrumento suscetível de promover um alinhamento cada vez maior entre os objetivos contratualizados externamente e a missão das instituições de saúde, onde se deverão privilegiar os elementos que promovam ganhos efetivos em saúde e não apenas a produção de atos médicos. Trata-se de uma alteração de paradigma onde se pretende evoluir do tradicional modelo burocrático, de comando e controlo, para um modelo que introduz um maior rigor e

transparência, liberdade e autonomia responsabilizante e que permite alcançar ganhos de eficiência na gestão (Porporato *et al.*, 2017). O esforço e dedicação aplicados para melhorar a eficácia operacional constituem elementos importantes para qualquer organização, mas não são suficientes. Cada organização necessita de uma estratégia orientadora que defina os seus objetivos e propósitos, o «negócio ou negócios» nos quais irá operar, os serviços que vai oferecer e os caminhos que deve procurar para se distinguir dos seus semelhantes. A falta de estratégia numa organização implica uma incerteza na direção a prosseguir e, conseqüentemente, uma impossibilidade para atingir a verdadeira excelência. Sem direção e focalização é praticamente impossível ser verdadeiramente eficiente nas operações. A formulação e implementação de uma estratégia deverá começar, desde logo, por envolver e capacitar as pessoas que vão executá-la. Este paradigma substitui a abordagem de comando e controlo utilizado pelos gestores de topo durante a maior parte do século XX, visando uma nova perspetiva que implica partilhar as visões e estratégias de longo prazo, materializadas num instrumento de gestão, o BSC, como era referido por Kaplan e Norton. No entanto, o alinhamento da organização no sentido de uma visão partilhada e direção comum é um processo longo e complexo. Como refere Shutt (2003), a gestão de cuidados de saúde necessita de uma série de ferramentas efetivas, que permitam caminhar no sentido da obtenção dos objetivos organizacionais.

Seguindo um estudo sobre o processo de implementação do BSC (Inamdar e Kaplan, 2002) em várias instituições prestadoras de cuidados de saúde reconheceu-se que a determinação e o compromisso da gestão de topo é um aspeto determinante para o desenvolvimento e implementação de um processo que é longo, exigente e que se dirige a todos os níveis da organização. A afetação de tempo e a disponibilidade dos diferentes intervenientes constituem ainda um fator que não pode ser menosprezado. Finalmente, obter e interpretar dados de forma custo-efetiva e continuar a manter o BSC simples é algo que também requer esforço, no sentido em que exige uma forte capacidade de síntese e de concentração na informação que realmente interessa. O BSC apresenta diversos benefícios e mais-valias reconhecidas. Várias organizações de saúde, participantes no referido estudo (Inamdar e Kaplan, 2002) relatam, ainda, que o projeto de desenvolvimento deste processo força a clarificação e a consensualização da estratégia da organização, levando a focalizar e a alinhar todos os níveis hierárquicos. Por sua vez, o enquadramento proporcionado pelas quatro perspetivas do BSC é também apontado como um elemento que ajuda a criar uma lógica de causa-efeito,

fundamental para a tomada de decisão. Para além disso, os indicadores chave utilizados permitem que estas decisões sejam baseadas em factos e tomadas em tempo real. O estabelecimento de prioridades através da identificação, racionalização e alinhamento de atividades é também reconhecido como uma das mais-valias deste instrumento de gestão, permitindo a concentração da organização nas suas atividades nucleares e no lançamento de iniciativas que apoiem essas atividades. Por outro lado, o BSC apresenta-se ainda como um integrador de interesses (políticos, gestores e profissionais de saúde) com potencial para resolver conflitos interdepartamentais. A relação entre a estratégia e a atribuição de recursos, resultando numa associação entre planeamento estratégico, orçamentação e afetação de recursos, bem como a facilitação de uma maior *accountability*, especialmente quando ligada a planos de incentivos para a gestão, resumem os principais benefícios que podem ser conseguidos com a aplicação do BSC. Podemos referir que, o BSC é um instrumento de grande importância para medir os resultados das decisões estratégicas, pela sua abrangência, capacidade de evidenciar o desempenho e os desvios atempadamente. Mais do que isso, parece ainda revelar-se fundamental para a saúde, não apenas para resolver problemas, mas também para antecipar a mudança. Outra questão relevante, referenciada por vários autores, aponta para a imprescindibilidade de incluir as necessidades dos doentes como um elemento central para o BSC, ao invés, de continuar a privilegiar-se as componentes económico-financeiras. Naquilo que especificamente se refere à gestão hospitalar, o controlo dos resultados através da medição do desempenho e produtividade representa uma das influências mais visíveis na Nova Gestão Pública e tem assumido um papel crescente em vários países, por se entender que é este, de facto, o modelo que induz uma maior eficiência no sistema. De acordo com Kaplan e Porter (2011), o objetivo de qualquer sistema de prestação de cuidados de saúde é melhorar o valor entregue aos pacientes. O objetivo é, portanto, maximizar os resultados e minimizar as despesas. Os autores identificam oportunidades para melhorar o valor, por exemplo, contratando ativamente médicos, equipas clínicas, funcionários administrativos e profissionais de finanças na criação de mapas de processos e estimando os custos de recursos envolvidos no tratamento de pacientes ao longo do ciclo de cuidados (Kaplan e Porter, 2011).

2.4 Metodologia

O método aplicado neste trabalho foi de carácter qualitativo e recorreu ao estudo do caso. Pretende-se a elaboração de um caso pedagógico, que tem por objetivo caracterizar uma situação empresarial, identificando a empresa e a envolvente e apresentando um problema empresarial concreto bem como a respetiva nota pedagógica (Pereira, 2017).

Este estudo foi suportado na revisão de literatura em conjugação com a recolha e tratamento de dados.

Como técnica de recolha de dados, a investigação recorreu a:

- Análise documental do Hospital Garcia de Orta, (relatórios de produção, financeiros, planos de atividades dos serviços);
- Base de dados (BI) entre outros documentos internos e públicos;
- Foi ainda realizada a consulta à recolha de dados de entrevistas semiestruturadas, realizadas à estrutura de gestão de topo do HGO, sobre os contributos do BSC para a gestão, quais os impactos decorrentes da implementação de BSC, benefícios e dificuldades na implementação;
- Foi realizada a consulta dos documentos de Contratualização definidos pelo Ministérios da saúde para cada ano, metodologia de elaboração e contrato programa; bem como a consulta ao relatório e contas e do governo societário do HGO referente a vários anos.

Como tratamento de dados, essencialmente recorreu-se à análise de conteúdo para a organização dos dados, sua categorização e a inferência dos resultados (Bardin, 2009), e ainda à análise quantitativa (estatística descritiva simples), para consubstanciar a investigação.

Ainda em termos de enquadramento metodológico, no final deste trabalho pretende-se obter três momentos de análise do caso:

- 1) *AS WAS* – aquando da intenção de realizar um projeto de contratualização interna com metodologia BSC e que corresponde ao enquadramento de conteúdos para caso pedagógico;
- 2) *AS IS* – que serve de base à avaliação da implementação e resultados obtidos, e que estará patente na resolução do caso;

3) **TO BE** – análise crítica do que poderia ainda ser feito no âmbito desta implementação com ganhos na eficácia de implementação da estratégia definida e que estará presente nas ilações para a gestão apresentadas neste caso.

3. Ferramentas de Análise

Pela especificidade e adequação necessária para a implementação desta solução é possível que a mesma tenha abordagens distintas de acordo com as circunstâncias em que é implementada. Contudo é expectável que o aluno identifique e analise a informação que lhe é disponibilizada para o estudo numa vertente quantitativa e qualitativa. Relacionando os elementos apresentados para a definição adequada do modelo BSC, aplicado ao serviço específico.

A análise qualitativa deverá ser ajustada a cada serviço e poderá passar pela avaliação da:

- Evolução dos dados da produção, nas várias linhas de atividade (urgência, consultas, hospital de dia, internamento e MCDT);
- Evolução dos tempos médios de espera (consultas, cirurgias);
- Evolução de custos (consumo clínico, consumo farmacêutico e recursos humanos).

A análise qualitativa poderá utilizar a seguinte informação:

- Caracterização do contexto nacional da necessidade de contratualização interna, alinhada com a contratualização externa, como modelo de implementação da estratégia da organização e como instrumento de controlo de gestão;
- Para a resolução do caso solicita-se a construção de um BSC para os serviços referidos (Cardiologia, Cirurgia Geral e Medicina Nuclear), considerando a necessidade de alinhamento com a estratégia da organização e a missão do serviço;
- Solicita-se ainda a identificação dos fatores críticos, para o sucesso da implementação deste modelo na contratualização interna.

4. Suportes de animação

4.1 Plano de animação

O caso pedagógico tem três áreas problemáticas para resolução, construir um BSC para os serviços distintos (Cardiologia, Cirurgia Geral e Medicina Nuclear). Aos alunos será apenas solicitada a construção dos três BSC, com resposta as primeiras 6 questões colocadas, sem que se tenham de preocupar com o sistema de informação, damos este como um problema já resolvido, correspondendo às questões de 7 a 10, apesar de na situação real ter feito também parte do cenário a implementar. Desta forma o caso pode ser trabalhado de forma integral por 3 grupos, ou subdividido por subtemas por 6 grupos, cada grupo deverá ter no mínimo 4 pessoas e no máximo 6.

Há dois principais momentos pedagógicos que se pretendem criar neste caso:

- 1) Sistematização da informação recebida relativamente ao caso, a bibliografia de referência e aplicação das ferramentas *BSC*;
- 2) Sessão de análise e discussão crítica referente às soluções propostas.

Apresenta-se de seguida o quadro do planeamento deste caso pedagógico, com a explicitação de objetivos, meios a utilizar, método e tempo a utilizar por sessão.

Sessão	Objetivos	Meios	Método	Tempo
1ª Sessão	1- Breve Revisão da teoria BSC 2 - Introdução ao modelo de contratualização interna 3 - Introdução ao caso	1 – Visualização de filme do youtube, https://www.youtube.com/watch?v=M_IIOlywryw 2- Identificação pelo docente das fontes de informação a pesquisar pelos alunos 2.1 Termos de referência para contratualização de 2014 2.2 Dados evolutivos dos serviços para os quais se pretende a execução dos BSC 3 - Distribuição do caso aos alunos 4 - Distribuição de um BSC da instituição, como exemplo 5 - Resumo do caso pelo docente	Expositivo	90 min
Fora de Sessão	1 - Conhecer aprofundadamente o caso 2 - Elaborar respostas para as questões 1, 2 e 3	1 - Leitura e diagnóstico do caso 2 - Consulta do Site da instituição 3- Consulta da bibliografia indicada	Auto estudo individual (ativo)	120 min
2ª Sessão	1 - Revisitar o caso e	1- Discussão em turma e clarificação das questões	Participativo	90 min

	esclarecer duvida 2 - Definição de grupos de trabalho de 4 a 6 elementos	1, 2 e 3		ativo individual	
Fora de Sessão	1- Elaborar respostas para as questões 4,5 e 6	1 - Análise da informação existente no caso e na bibliografia referida 2 - Elaboração de slides de apresentação da resolução proposta		Ativo de grupo	180 min
3ª Sessão	1 -Apresentação de propostas de resolução elaboradas por cada grupo 2 - Melhorias às respostas dadas por cada grupo 3 - Esclarecimento de dúvidas e conclusões sobre o caso	1- Apresentação da resolução de cada grupo em 15 min 2 - Sugestões de melhorias, à resolução dada, pelo docente e restantes grupos 3 - Principais conclusões do caso por parte do docente		Participativo ativo grupo	90 min

4.2 Questões de animação

1. Considera que a metodologia de controlo de execução da estratégia aqui apresentada poderia ser replicada noutras unidades de saúde hospitalares?
2. Quais vos parecem ser as maiores dificuldades que vão encontrar na implementação deste modelo de gestão, numa unidade hospitalar?
3. Quais são na vossa opinião, os fatores críticos de sucesso da implementação do modelo BSC, nos hospitais públicos?
4. Que aspetos gostariam de ver tratados neste fórum, que não o tenham sido, ou não tenham sido suficientemente debatidos?

4.3 Resolução / Análise de Dados

Salienta-se que a implementação deste projeto teve divulgação prévia por parte do Conselho de Administração, de forma pública, a todo o hospital, tendo sido nesse momento, identificado os ganhos na implementação desta metodologia e solicitada a colaboração de todos, para o sucesso da sua implementação, este foi um fator crítico para o sucesso da implementação

Para cada serviço a contratualização e monitorização assenta num conjunto de indicadores de qualidade, assistenciais, de acessibilidade e de eficiência que determinam a taxa de execução

do processo de contratualização, definido no processo de avaliação como índice de desempenho global do serviço, encontrando-se assim em conformidade com a estratégia do hospital e com o seu contrato programa, cumprindo os seguintes princípios: promoção do acesso, melhoria da qualidade dos cuidados de saúde, satisfação dos utentes e obtenção de ganhos em saúde. Utilizando uma gestão criteriosa, com utilização eficiente dos recursos disponíveis, com vista a atingir a sustentabilidade financeira dos serviços e do hospital.

Para avaliação da implementação deste projeto, foi utilizada a análise de conteúdo a entrevistas estruturadas realizadas à gestão de topo e transcritas na tese de Dias (2014) sobre implementação de BSC num hospital público. Estas entrevistas tinham como objetivo recolher as opiniões dos entrevistados sobre quatro pontos: contributo do BSC para a gestão hospitalar, impactos na organização decorrentes da implementação do BSC, benefícios e dificuldades na implementação do BSC. Podemos verificar as ideias mais relevantes e as palavras-chaves, relativas a estes quatro tópicos de avaliação no anexo 6.

A análise dos resultados mais relevantes pode ser consultada no anexo 6 e permite-nos referir que a implementação deste modelo de gestão na contratualização interna do HGO, foi considerado um modelo de sucesso para a gestão do Hospitalar.

Como reconhecimento da aplicação de boas práticas de gestão e das mais-valias deste projeto, foram convidados a fazer apresentações públicas sobre a implementação do mesmo em vários fóruns seguidamente identificado.

- Pela APDH, para fazer a apresentação do tema no evento "Conversas de fim de tarde" subjacente ao tema "A contratualização interna nos hospitais", realizado no Centro hospitalar Barreiro Montijo;
- No âmbito do Projeto HOPE, foi também apresentado o modelo de contratualização interna em BSC ao grupo do projeto HOPE que visitou Portugal em 2014;
- Pela APAH para apresentação no evento "Healthcare Excellence, Best hospital administration practices for the future", 2014;



- Foi apresentado como exemplo de sucesso na implementação de BSC, num hospital público, no curso “Coordenação de Unidades de Saúde 4ª Edição 2014/2015” da Escola Superior de Saúde Egas Moniz, integrado na disciplina de avaliação e desempenho organizacional;
- Esta implementação foi ainda alvo do interesse para a realização de duas teses de mestrado, de duas instituições de ensino superior a UNL e o ISCTE.

Com base nos dados fornecidos, pretende-se que o público-alvo exercite, a discussão aberta sobre a implementação de BSC no sector da saúde, o sentido crítico na análise da informação para suporte na tomada de decisão e proatividade na sugestão de possíveis soluções, com a devida fundamentação das opções apresentadas.

De seguida apresenta-se de forma sucinta, o desenvolvimento da implementação do BSC em três serviços distintos: Cardiologia, Cirurgia Geral e Medicina Nuclear.

4.3.1 Implementação de BSC no serviço de Cardiologia

1. Identificação da equipa de desenvolvimento do BSC para a cardiologia



A equipa de projeto foi constituída por:

- Responsável pelo gabinete de planeamento e controlo de gestão, com a função de gestora de projeto,
- Administrador hospitalar do serviço,
- Diretor do serviço,
- Enfermeira chefe do serviço,

2. Metodologia utilizada

Em reunião realizada entre o gestor do projeto e o administrador do serviço, foi feita a apresentação pelo gestor do projeto, da estratégia global do HGO, a sua tradução em objetivos estratégicos e proposto através da utilização de um conjunto de indicadores já conhecidos, e outros criados de novo, de uma estrutura de BSC, para o serviço. Foi discutido entre todos a adequação dos indicadores selecionados para a monitorização da execução da estratégia por parte do serviço.

Foi nessa altura marcada reunião com os restantes membros da equipa, para lhes ser apresentado o trabalho realizado, ouvir e incorporar no mesmo as sugestões que tivessem, no sentido de todos ficarem confortáveis e se reverem com o desenho da estrutura que se estava a construir.

3. Passos na construção do BSC

1. Identificar a missão do serviço de cardiologia

A missão do serviço de cardiologia, à semelhança da missão do hospital visa prestar cuidados de saúde aos doentes da área de influência do hospital, bem como desenvolver atividades de investigação e formação pré e pós graduada de profissionais de saúde.

2. Identificar os objetivos do serviço e o seu alinhamento com a instituição

O serviço de cardiologia tem como objetivos: diagnosticar e tratar doenças do coração e sistema cardiovascular, aos doentes que se desloquem ao hospital. Quer seja a sua admissão de forma programada através da consulta, MCDT's, ou internamento, quer seja através da urgência.

Considerando os objetivos da instituição foram definidos os seguintes objetivos para o serviço de cardiologia, considerando o alinhamento necessário:

- Objetivo 1 - Aumentar o acesso dos doentes ao diagnóstico e o tratamento das doenças do foro cardíaco.
- Objetivo 2 - Melhorar o desempenho assistencial.
- Objetivo 3 - Melhorar a qualidade dos cuidados prestados.
- Objetivo 4 - Melhorar o desempenho económico-financeiro.

3. Identificar os indicadores de medida dos objetivos definidos

Para mensurar a execução dos objetivos específicos, acima descritos, foram identificados um conjunto de indicadores que constam no anexo 1.5.7, na coluna correspondente à Cardiologia, que já eram calculados pelo serviço, sem considerar o alinhamento, a focalização ou as relações causais entre si.

4. *Afetar os objetivos e os indicadores às perspetivas do BSC*

Após análise dos objetivos já identificados pelo serviço, procedeu-se à análise dos indicadores do seu alinhamento, da sua seletividade, focalização, integração e relações causais entre eles. Foram utilizados alguns indicadores já existentes e ainda definidos outros necessários à monitorização da prossecução da estratégia.

Pode verificar-se no anexo 1.5.2.1 o modelo de BSC desenhado para este serviço, os indicadores definidos para monitorizar cada objetivo, bem como qual a ponderação atribuída ao seu cumprimento, como fator ponderal para o desempenho global.

5. *Definir metas anuais para cada indicador*

Tendo por base os dados disponibilizados de atividade do serviço, foram definidas as metas anuais a atingir para cada um dos indicadores, conforme se pode verificar no BSC apresentado no anexo 1.5.2.1. Com vista a facilitar a definição destas metas, a aplicação específica para a implementação do BSC, disponibiliza a informação relativa aos três anos anteriores, para os indicadores correspondentes. Após a definição das metas para o ano corrente é gerado o mapa correspondente, para constar na contratualização, com os valores atingidos no ano anterior e as metas acordadas para o ano corrente. Este documento é assinado por ambas as partes, serviço e conselho de administração passando então a formalizar o mútuo compromisso para o plano de ação do ano a definir, como exemplo deste documento podemos verificar anexo 1.5.5 referente ao serviço de medicina nuclear, semelhante para todos os serviços no *layout* de apresentação.

6. *Definir periodicidade de monitorização e avaliação do desempenho*

Foi definida a periodicidade de monitorização para cada um dos indicadores de acordo com a sua criticidade para a obtenção do objetivo, ou seja da necessidade de ajustar medidas segundo o desempenho verificado, bem como de acordo com a disponibilidade de informação para o seu cálculo. Esta informação passa a estar monitorizada na aplicação com “semáforos”, de acordo com o seu desempenho para o período em análise, considerando o valor esperado para o período de execução decorrido. Na perspetiva *online* podemos visualizar o desempenho do período decorrido de forma acumulada com a análise do desempenho face ao valor previsto,

mas também o mês para o qual estamos a monitorizar. Podemos ainda alterar o período de análise para o período que pretendermos.

Para uma análise comparativa com o período homologo, dispomos de um mapa de monitorização que compara o desempenho face ao período homologo e também face ao contratualizado, o "*Dashboard* de indicadores acumulados", como exemplo temos o anexo 1.5.4.3, semelhante no *layout* para todos os serviços.

4.3.2 Implementação de BSC no serviço de Cirurgia Geral

1. Identificação da equipa de desenvolvimento do BSC para a cirurgia geral



A equipa de projeto foi constituída por:

- Responsável pelo gabinete de planeamento e controlo de gestão, com a função de gestora de projeto.
- Administrador hospitalar do serviço.
- Diretor do serviço.
- Enfermeira chefe do serviço.

2. Metodologia utilizada

Em reunião realizada entre o gestor do projeto e o administrador do serviço, foi feita a apresentação pelo gestor do projeto, da estratégia global do HGO, a sua tradução em objetivos estratégicos. Foi feita uma proposta inicial de BSC para o serviço, com objetivos específicos alinhados e focalizados monitorizados através da utilização de um conjunto de indicadores já conhecidos, e outros criados de novo. Foi discutido entre ambos a adequação dos indicadores selecionados para a monitorização da execução da estratégia por parte do serviço, bem como dos indicadores selecionados.

Foi nessa altura marcada reunião com os restantes membros da equipa, para lhes ser apresentado o trabalho realizado, ouvir e incorporar no mesmo as sugestões que tivessem no sentido de todos serem envolvidos e ficarem confortáveis com o desenho da estrutura que se estava a construir.

Passos na construção do BSC

1. Identificar a missão do serviço de cirurgia geral

A missão do serviço de Cirurgia Geral é prestar cuidados de saúde do foro da especialidade a doentes que acorram ao hospital, em situação programada ou de urgência. Tem ainda como missão promover a formação pré-graduada.

2. *Identificar os objetivos do serviço e o seu alinhamento com a instituição*

O objetivo do serviço de Cirurgia Geral é realizar o diagnóstico e tratamento de doentes passíveis de abordagem por procedimentos cirúrgicos, nomeadamente doenças do sistema digestivo, doenças endócrinas, da patologia da mama e das hérnias da parede abdominal, cirurgia da pele e tecido subcutâneo, a cirurgia laparoscópica e a cirurgia do trauma.

Considerando os objetivos da instituição foram definidos os seguintes objetivos para o serviço de cirurgia geral, considerando o alinhamento necessário

- Objetivo 1 - Aumentar o acesso dos doentes ao diagnóstico e o tratamento das doenças do foro da cirurgia geral.
- Objetivo 2 - Melhorar o desempenho assistencial.
- Objetivo 3 - Melhorar a qualidade dos cuidados prestados.
- Objetivo 4 - Melhorar o desempenho económico-financeiro.

3. *Identificar os indicadores de medida dos objetivos definidos*

Para mensurar a execução dos objetivos específicos, acima descritos, foram definidos um conjunto de indicadores que constam do anexo 1.5.7, na coluna correspondente à Cirurgia geral, que já eram calculados pelo serviço, sem considerar o alinhamento, a focalização ou as relações causais entre si.

4. *Afetar os objetivos e os indicadores às perspetivas do BSC*

Após análise dos objetivos já identificados pelo serviço, procedeu-se à identificação dos indicadores do seu alinhamento, da sua seletividade, focalização, integração e relações causais entre eles. Foram ainda definidos outros indicadores necessários à prossecução da estratégia e que até então não faziam parte do quadro habitual de análise.

Pode verificar-se no anexo 1.5.3.1 o modelo de BSC desenhado para este serviço, com os objetivos estratégicos e os indicadores definidos para a sua mensuração e ponderação para a estratégia global.

5. *Definir metas anuais para cada indicador*

Tendo por base os dados disponibilizados de atividade do serviço, foram definidas as metas anuais a atingir para cada um dos indicadores, conforme se pode verificar no anexo 1.5.3.1. Estes valores são carregados na aplicação gerando um mapa semelhante ao anexo 1.5.5, mas com a informação do serviço de cirurgia geral. Esta informação é impressa, o documento é assinado por ambas as partes, serviço e conselho de administração passando então a formalizar o mútuo compromisso, para o plano de ação do ano.

6. *Definir periodicidade de monitorização e avaliação do desempenho*

Foi definida a periodicidade de monitorização para cada um dos indicadores de acordo com a sua criticidade para a obtenção do objetivo, ou seja da necessidade de ajustar medidas segundo o desempenho verificado, bem como de acordo com a disponibilidade de informação para o seu cálculo. Esta informação passa a estar monitorizada na aplicação com “semáforos” indicativos do desempenho, permitindo de uma forma fácil identificar desvios positivos e negativos que careçam de ajustes nas ações a empreender com vista a executar a meta. Na perspetiva *online* podemos visualizar o desempenho do período decorrido de forma acumulada com a análise do desempenho face ao valor previsto, mas também o mês para o qual estamos a monitorizar. Podemos ainda alterar o período de análise para o período que pretendemos. Para uma análise comparativa com o período homologo, dispomos de um mapa de monitorização que compara o desempenho face ao período homologo e também face ao contratualizado, o "*Dashboard* de indicadores acumulados", anexo 1.5.6, como exemplo.

4.3.3 Implementação de BSC no serviço de Medicina Nuclear

1. Identificação da equipa de desenvolvimento do BSC para a medicina nuclear

A equipa de projeto neste serviço foi constituída apenas por:



- Responsável pelo gabinete de planeamento e controlo de gestão, com a função de gestora de projeto.
- Diretor do serviço.

2. Metodologia utilizada

Em reunião realizada entre o gestor do projeto e o administrador do serviço, foi feita a apresentação pelo gestor do projeto, da estratégia global do HGO, a sua tradução em objetivos estratégicos e respetivos indicadores de mensuração da execução dos objetivos. Foi proposto a criação de uma estrutura de BSC para o serviço, através da definição de objetivos estratégicos específicos, utilizando um conjunto de indicadores já conhecidos, e outros criados de novo. Foi discutido entre ambos a adequação dos indicadores selecionados para a monitorização da execução da estratégia por parte do serviço, considerando o alinhamento a focalização e as relações causa efeito que se podem estabelecer.

3. Passos na construção do BSC

1. Identificar a missão do serviço de medicina nuclear

A Missão do Serviço de Medicina Nuclear do HGO consiste em desenvolver a Medicina Nuclear na área de influência da Instituição, assegurando cuidados de saúde e promovendo formação e investigação, com eficiência e garantia de qualidade.

2. Identificar os objetivos do serviço e o seu alinhamento com a instituição

O serviço de medicina nuclear tem como objetivo o diagnóstico e tratamento de doenças com recurso a produtos radioativos, permitindo sobretudo o estudo de alterações funcionais e moleculares.

Considerando os objetivos da instituição foram definidos os seguintes objetivos para o serviço de medicina nuclear, considerando o alinhamento necessário

- Objetivo 1 - Melhorar a qualidade dos cuidados prestados.
- Objetivo 2 - Melhorar a organização e o modelo de gestão.
- Objetivo 3 - Aumentar a eficiência e a sustentabilidade.
- Objetivo 4 - Internalização da especialidade para a península de Setúbal.

3. Identificar os indicadores de medida dos objetivos definidos

Para mensurar a execução dos objetivos específicos, anteriormente descritos, foram definidos um conjunto de indicadores que podem ser identificados no anexo 1.5.7, na coluna correspondente à Medicina Nuclear, que já eram calculados pelo serviço, sem considerar o alinhamento, a focalização ou as relações causais entre si.

4. Afetar os objetivos e os indicadores às perspetivas do BSC

Após análise dos objetivos já identificados pelo serviço, procedeu-se à análise dos indicadores do seu alinhamento, da sua seletividade, focalização e integração bem como as relações causais entre eles. Foram ainda definidos outros indicadores necessários à prossecução da estratégia e que até então não faziam parte do quadro habitual de análise.

Pode verificar-se no anexo 1.5.4.1 o modelo de BSC desenhado para este serviço, com a identificação dos objetivos estratégicos definidos por perspetiva de BSC, dos indicadores para a mensuração de cada objetivo e da ponderação de cada um para a execução global da estratégia do serviço.

5. Definir metas anuais para cada indicador

Tendo por base os dados disponibilizados de atividade do serviço, foram definidas as metas anuais a atingir para cada um dos indicadores, conforme se pode verificar no anexo 1.5.4.1. Para a definição destas metas, a aplicação disponibiliza a informação relativa aos três anos anteriores, e gera mapa para constar na contratualização definida para o ano, com os valores atingidos no ano anterior e as metas acordadas para o ano em definição, conforme anexo 1.5.5, este documento é assinado por ambas as partes, serviço e conselho de administração passando então a formalizar o mútuo compromisso, para o ano.

6. Definir periodicidade de monitorização e avaliação do desempenho

Foi definida a periodicidade de monitorização para cada um dos indicadores de acordo com a sua criticidade para a obtenção do objetivo, ou seja da necessidade de ajustar medidas segundo o desempenho verificado, bem como de acordo com a disponibilidade de informação para o seu cálculo. Esta informação passa a estar monitorizada na aplicação com semáforos, de acordo com o seu desempenho para o

período em análise, considerando o valor esperado para o período de execução decorrido. Na perspetiva *online* podemos visualizar o desempenho do período decorrido de forma acumulada com a análise do desempenho face ao valor previsto, mas também o mês para o qual estamos a monitorizar. Podemos ainda alterar o período de análise para o período que pretendermos,

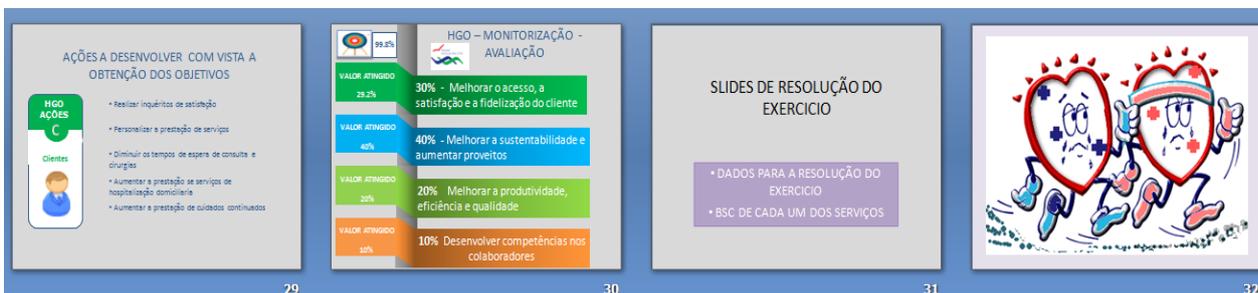
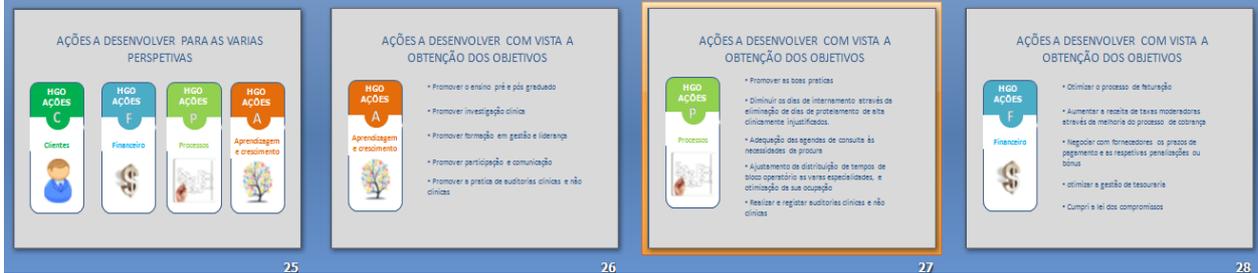
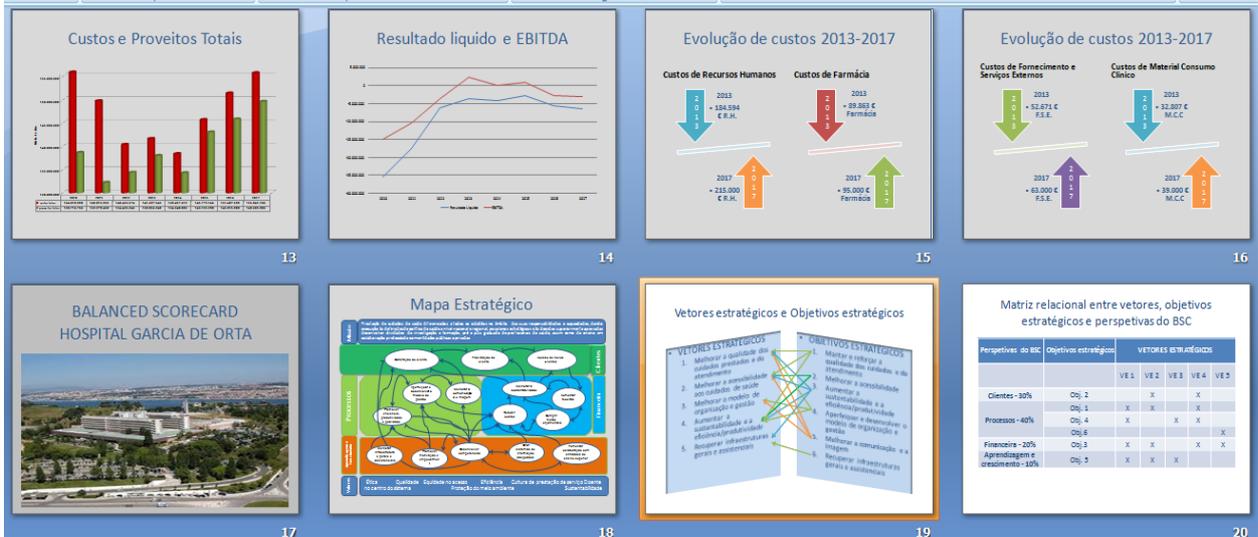
Para uma análise comparativa com o período homologo, dispomos de um mapa de monitorização que compara o desempenho face ao período homologo e também face ao contratualizado, o "*Dashboard* de indicadores acumulados", anexo 1.5.6.

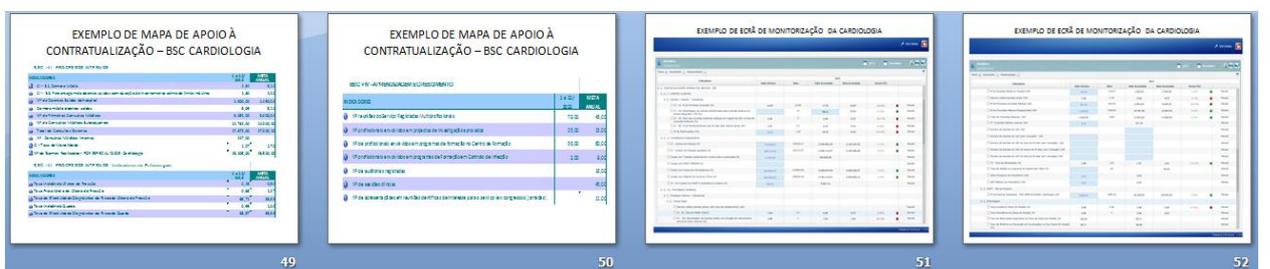
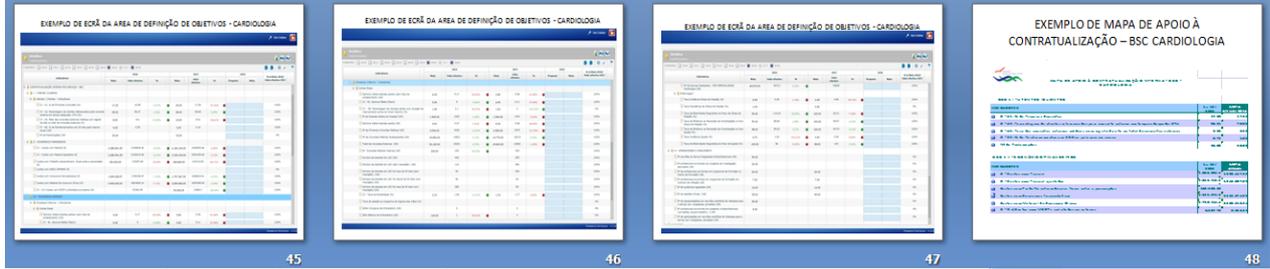
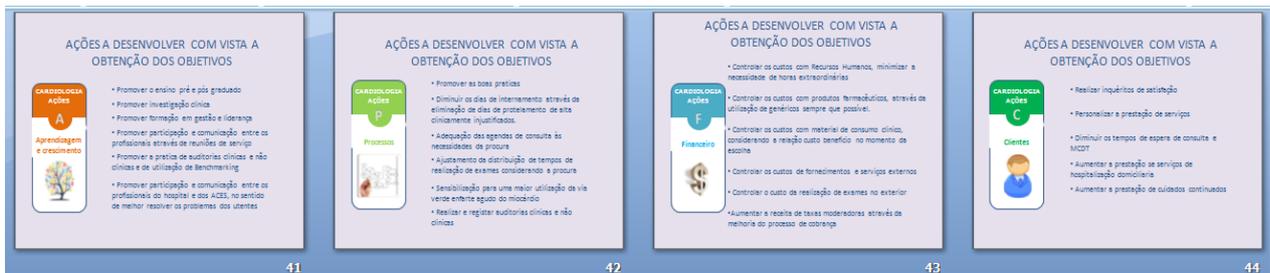
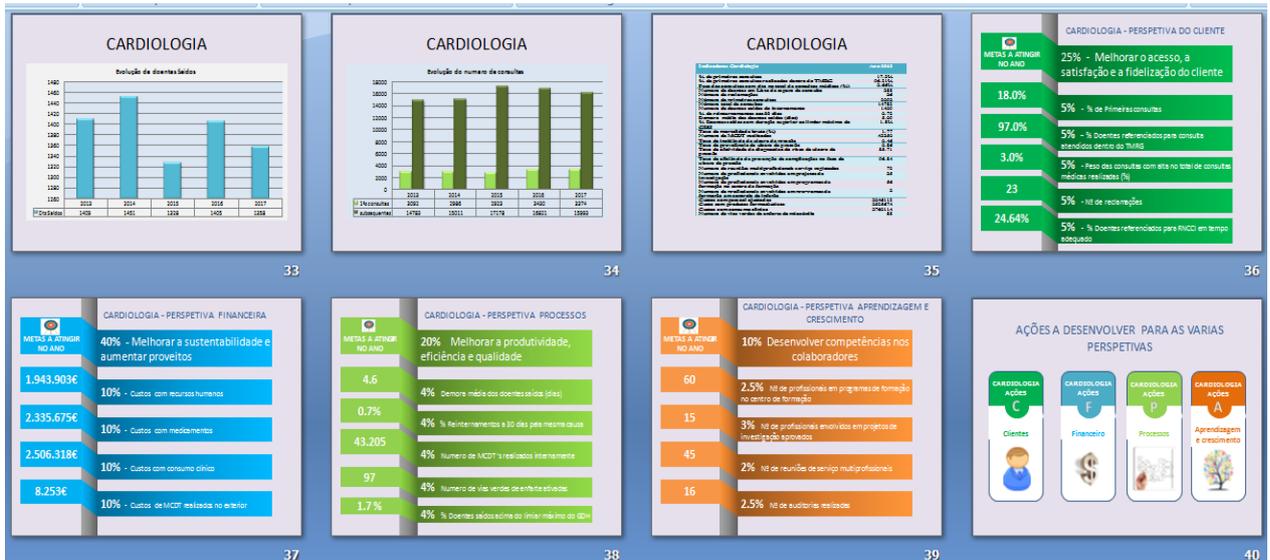
4.4 Slides de resolução

Seguidamente apresentam-se os slides a utilizar como material pedagógico, para breve revisão sobre BSC, enquadramento do caso com os dados de caracterização, o mapa estratégico, o BSC institucional do HGO seguidos dos slides de resolução dos exercícios propostos.

The image displays a series of 12 educational slides, numbered 1 through 12, arranged in a 3x4 grid. Each slide contains text, diagrams, or data visualizations related to the Balanced Scorecard (BSC) at Hospital Garcia de Orta.

- Slide 1: PLANO PEDAGÓGICO** - Lists topics for a BSC overview, case framing, and exercise resolution.
- Slide 2: Breve revisão sobre Balanced Scorecard** - Includes a YouTube link: https://www.youtube.com/watch?v=M_1l0lywrvw
- Slide 3: Sequencia do BSC** - A flowchart showing the process from 'MISSÃO' to 'VALORES', 'VISÃO', 'ESTRATÉGIA', and finally 'BALANCED SCORECARD'.
- Slide 4: Questões essenciais** - Four key questions regarding performance, contribution, and alignment.
- Slide 5: O BSC como sistema de gestão estratégica** - A circular diagram showing the integration of various strategic areas.
- Slide 6: Numero de cidadãos utilizadores do Hospital** - A funnel chart showing user numbers: 80,006 URGÊNCIA, 80,000 CONSULTA, 18,399 INTERNAMENTO, and 8,170 HOSPITAL DE DIA.
- Slide 7: O Hospital em Infraestruturas** - A circular diagram of hospital infrastructure including services like 'SAÚDE PÚBLICA' and 'SAÚDE PRIVADA'.
- Slide 8: Os Recursos Humanos do Hospital** - A circular diagram of human resources including 'SAÚDE PÚBLICA' and 'SAÚDE PRIVADA'.
- Slide 9: Um dia no hospital 2013 – 2017** - A circular diagram comparing hospital activities between 2013 and 2017.
- Slide 10: Atendimentos Urgentes** - A bar chart showing urgent attendances for General, Obstetric/Gynecological, and Pediatric departments in 2013 and 2017.
- Slide 11: Lista de espera cirúrgica** - A bar chart showing the number of patients on the surgical waiting list (LC+TMR) in days.
- Slide 12: Nº Cirurgias Convencionais, Ambulatórias e de urgência** - A bar chart showing the number of conventional, ambulatory, and urgent surgeries.





5. Ilações do caso para a gestão

Tal como refere Bernardino (2017), os serviços de saúde são organizações diferentes que exigem respostas singulares a reiterados desafios importantes e imprevistos. O objetivo da gestão é criar as condições para, sem perda de eficiência, majorar a flexibilidade e a capacidade de adaptação aos processos contínuos de mudança, nas organizações. A contratualização visa introduzir um modelo mais eficaz para atingir o desempenho e *accountability* definindo um conjunto de serviços juntamente com um orçamento. A contratualização interna apresenta-se como a ferramenta para promover o alinhamento com os objetivos da contratualização externa e a missão institucional. Trata-se de uma alteração de paradigma onde se pretende evoluir do tradicional modelo burocrático, de comando e controlo, para um modelo que introduz um maior rigor e transparência, liberdade e autonomia responsabilizante, que permite alcançar ganhos de eficiência na gestão, tal como refere Porporato *et al.*, 2017. São estes princípios defendidos na literatura e a conjuntura do momento, com uma necessidade de utilização da inovação tecnológica e conhecimento cada vez maior, associada a uma população cada vez mais idosa, com mais e mais complexa patologia, com grau de exigência também maior, fruto de mais conhecimento dos seus direitos, com uma crise económica e financeira que nos afetou a todos, que emerge a necessidade premente de "melhor gerir", melhor gerir os meios disponíveis, para atingir tão simplesmente o que se pretende nesta área de atividade - ganhos em saúde, mas fazê-lo de forma universal, transparente e sustentável.

Neste contexto o *Balanced Scorecard* destaca-se como sendo uma ferramenta de gestão estratégica que promove o alinhamento das várias dimensões que criam valor, com relações causa-efeito, e que permite o controlo e avaliação de desempenho organizacional, promovendo o envolvimento dos profissionais incrementa o seu empenho e motivação.

Na avaliação desta implementação de contratualização interna com BSC, verificou-se que foi considerável o contributo deste instrumento para a gestão, consolidando o sistema de gestão, sistematizando a informação, difundindo a estratégia e uniformizando conceitos. Criou dinamismo e empenho nos profissionais, estão hoje mais disponíveis e empenhados na gestão, porque têm informação que compreendem, de forma integrada, disponível em qualquer lugar da organização e atempada. Conseguem monitorizar o desempenho do seu serviço, tomar ações corretivas quando necessário, e discuti-lo com a gestão de topo, conseguem perceber a

sua responsabilidade e contributo para o desempenho do hospital. O BSC induziu e fomentou a aprendizagem de todos os colaboradores, melhorou a comunicação interna e o entendimento entre profissionais de várias áreas de atividade clínica, não clínica e de gestão. Criou uma cultura de monitorização do desempenho nos vários serviços, que permitiu medir informação relevante e objetiva sobre a organização, orientar comportamentos, tomar decisões, motivar profissionais, melhorar resultados, em suma melhorar a gestão do hospital, através do alinhamento estratégico do hospital com as atividades dos serviços, cumprindo desta forma o que tinha sido o objetivo do Conselho de administração no lançamento deste projeto. A minha proposta de desenvolvimento futuro para complementar este projeto, passa pela integração neste modelo da informação de recursos humanos. Com possibilidade de avaliação de desempenho mas também de registo de competências e que permita cada colaborador ter o seu próprio BSC, integrado no seu serviço.

No contexto deste caso pedagógico, o que se pretende efetivamente, mais do que a avaliação do projeto em causa é a utilização de um caso de sucesso de implementação da metodologia BSC na contratualização interna de um hospital público, como instrumento pedagógico, para que possa ser utilizado para outras implementações. Desta forma, explanou-se neste trabalho as várias fases de desenvolvimento desta implementação, o como fazer, que dificuldades se vão encontrando e como as fomos contornando, qual o objetivo a atingir e o respetivo *timing*. Tal como é referido na revisão de literatura, o patrocínio da gestão de topo, a liderança do projeto, a definição clara da sua abrangência, os meios com que se pode contar, são fatores de sucesso para a implementação deste instrumento. Fatores como a definição clara da necessidade de um sistema de informação onde se desenhe o modelo e onde este seja em grande parte alimentado de forma automática através de integração de várias aplicações, com informação da produção, dos consumos, dos dados financeiros, dos registos de enfermagem entre outros, a possibilidade de identificar de forma simples o cumprimento ou não dos objetivos definidos para cada mês decorrido, fazem a diferença na adesão ao modelo.

Para futuras implementações em organizações de saúde, este trabalho pode servir como exemplo de uma implementação de sucesso, no entanto é importante não esquecer, a necessidade de envolvimento da gestão de topo, da escolha de um gestor de projeto, de preferência conhecedor da instituição, do instrumento a utilizar mas também que seja um líder dentro da organização, que seja reconhecido pelos colaboradores, que seja um bom

negociador e que saiba manter a motivação e entusiasmo para o desenvolvimento do projeto, só assim se conseguem ultrapassar momentos de dificuldade que por vezes parecem inultrapassáveis.

É importante referir que o desenvolvimento e implementação de qualquer projeto, nas organizações hospitalares, devem ter em conta que estas organizações como burocracias profissionais que são, devem considerar que a implementação com sucesso deste tipo de projetos só se consegue se esta se realizar de forma emergente, *bottom-up*, apesar da estratégia ser definida numa perspetiva *top-down* a execução dela terá de ser *bottom-up*. O sentimento de necessidade, deste tipo de instrumento, o reconhecimento das mais-valias, a disponibilidade e o empenho dos profissionais dos serviços, é absolutamente determinante para o sucesso e a qualidade da implementação. Cada serviço ou unidade funcional são estruturas únicas poderíamos dizer com “personalidade” própria, incorporando as características de cada um dos seus colaboradores, desta forma qualquer BSC que seja construído para um serviço, com a colaboração de toda a sua equipa, será sempre único, mesmo com algumas características idênticas a outros serviço, terá sempre uma identidade própria a satisfação gerada nos profissionais será tanto maior quando maior for a fidelização do BSC ao serviço. A implementação deste ou outros projetos de gestão faz-se com pessoas e para as pessoas, não chega seguir o que está definido na literatura, como formas corretas e fases de implementação a cumprir, é necessário, que todos os intervenientes conheçam, acreditem nos ganhos, queiram fazer este caminho e que haja alguém, que não os deixe desmotivar ou desistir.

Se o conseguirem, acreditem, que é uma enorme satisfação apresentá-lo como um pequeno contributo, que não deixa de o ser, para que uma organização de saúde possa melhorar o seu desempenho e dar mais um passo para atingir a sua missão.

6. Referências Bibliográficas

A.C.S.S., 2012. CP-2013-HGO.

A.C.S.S., 2012a . Metodologia_HH_ULS_2013.

Abo-hamad, W., Arisha, A. 2014. Multi-criteria approach using simulation-based *Balanced Scorecard* for supporting decisions in health-care facilities: An emergency department case study. *Health Systems*, 3(1), 43-59.

Aidemark, L. 2010. Cooperation and competition: *Balanced Scorecard* and hospital privatization. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 23(8), 730-48.

Bardin, L. 2009. *Análise de Conteúdo*. Lisboa: Edições 70

Barros, P. 2013. *Economia da Saúde. Conceitos e Comportamentos*. 3ª ed. Revista. Coimbra: Almedina.

Barros, P., Pereira, J., Simões, J. 2007. *A sustentabilidade financeira do Serviço Nacional de Saúde*. Lisboa: Ministério da saúde.

Bernardino, M. 2017. *Gestão em Saúde Organização interna dos Serviço*. E. Almedina Ed.

Buathong, S., & Bangchokdee, S. 2017. The use of the *performance* measures in Thai public hospitals. *Asian Review of Accounting*, 25(4), 472-485.

Catuogno, S., Arena, C., Saggese, S., Sarto, F. 2017. Balanced *performance* measurement in research hospitals: the participative case study of a haematology department. *BMC Health Services Research*, 17. doi: <http://dx.doi.org/10.1186/s12913-017-2479-6>

Chang W., Tung Y., Huang C., Yang M. 2008, Performance improvement after implementing the Balanced Scorecard: A large hospital's experience in Taiwan, *Journal Total Quality Management and Business Excellence*

Christina, P. 2006. Strategic Management of Health Care Organisations. Fifth Edition: By Linda E Swayne, W Jack Duncan and Peter M Ginter. *International Journal of Leadership in Public Services*, 2(3), 50-51. doi:10.1108/17479886200600035

Collins, J., Porras, J. 1996. Building your company's vision, *Harvard Business Review*

Costa F., Teixeira I., Duarte-Ramos F., Proença L., Pedro A., Furtado C., Silva J., Cabrita J., 2016, 'Effects of economic recession on elderly patients' perceptions of access to health care and medicines in Portugal, *International Journal of Clinical Pharmacology*. Published on-line, 09 December

Dimitropoulos, P. E. 2017. *Performance* Management in Healthcare Organizations: Concept and Practicum. *Advances in Experimental Medicine and Biology*, 989, 11-19. doi: 10.1007/978-3-319-57348-9_2

- Edward A., Kumar B., Kakar F., Salehi A., Burnham G., Peters D., 2011 Configuring Balanced Scorecards for Measuring Health System Performance: Evidence from 5 Years - Evaluation in Afghanistan. *Plos Medicine*
- England, R., 2000. Contracting and *performance* management in the health sector : some pointers on how to do it. London : Health Systems Resource Centre. Institute for Health Sector Development. *UK Department for International Development*, April
- Epstein, M., Manzoni, J. 1998. Implementing Corporate Strategy: From Tableaux de Bord to Balanced Scorecards, *European Management Journal*, 16: 190-203.
- Feuerriegel, S. 2016. Decision support in healthcare: Determining provider influence on treatment outcomes with robust risk adjustment. *Journal of Decision Systems*, 25(4), 371-390.
- Ghaffari S., Abolhallaj M., Ghafouri A., 2010. DRG, BSC and EBM: time to work with one Another. *BMC Health Services Research*
- Giraldes, M. 2007. Avaliação da eficiência e da qualidade em hospitais EPE e SPA. *Acta Médica Portuguesa*, 20, 471-490.
- Sanchez, B., Broccardo, L., Pires, A., 2017. The use and design of the BSC in the health care sector: A systematic literature review for Italy, Spain, and Portugal. *International Journal of Health Planning and Management*. doi: 10.1002/hpm.2415
- Gramani, M. C. 2014. Inter-regional *performance* of the public health system in a high-inequality country. *PLoS One*, 9(1), e86687.
- Grove J., Brown J., Setel P., 2013. Making the most of common impact metrics: promising approaches that need further study. *BMC Public Health*
- Gruson, B., 2002, L'expérience d'une structure de gestion décentralisée aux hôpitaux universitaires de Genève. *Gestion Hospitalières*. 416 353-356.
- Gumbus, A., & Lussier, R. N. 2006. Entrepreneurs Use a *Balanced Scorecard* to Translate Strategy into *Performance* Measures. *Journal of Small Business Management*, 44(3), 407-425.
- Harfouche, A. 2012. *Opções políticas em saúde. Efeitos sobre a eficiência hospitalar*. Coimbra: Edições Almedina.

http://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2016/07/2012-11-30_Metodologia_HH_ULS_2013.pdf Acedido a 08/12/2017

http://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2017/11/Termos-Referencia-Contratualizacao-SNS_2018.pdf Acedido a 08/12/2017

https://www.gulbenkian.pt/wpcontent/uploads/2016/03/PGIS_BrochuraRelatorioCompletoHealthPortugues.pdf Acedido a 08/12/2017

https://www.youtube.com/watch?v=M_IIOlywryw Acedido a 07/02/2018

Inamdar, N. Kaplan, R. 2002. Applying the Balanced Scorecard in Healthcare Provider Organizations, *Journal of Healthcare Management*, Vol. 47, N.º 3, pp. 179-195.

Jordan, H., Neves, J., Rodrigues, J. A., 2002. *O Controlo de Gestão – Ao serviço da Estratégia e dos Gestores*. 4ª Edição. Lisboa: Áreas Editora.

Kaplan, R., 2010. Conceptual Foundations of the Balanced Scorecard, *Harvard Business School, Harvard University*

Kaplan, R.; Norton, D. 1992. The *Balanced Scorecard* : measures that drive performance. *Harvard Business Review*. 70 : 1 71-79.

Kaplan, R., Norton, D. 1996. The *Balanced Scorecard* : translating strategy into action. Boston, Massachusetts : *Harvard Business School Press*,

Kaplan, R., Norton, D. 1996a. Linking the Balanced Scorecard to Strategy, *California Management Review*, p.53-76

Kaplan, R., Norton, D. 1997. Why does Business need a Balanced Scorecard? *Journal of Cost Management* 111: 5-11

Kaplan, R., Norton, D. 2000. Having trouble with your strategy? then map it. *Harvard Business Review*, Vol.78, No.5, pp.167-180, september/october.

Kaplan, R., Norton, D. 2000b The strategy-focused organization, how balanced scorecard companies thrive in the new business environment, *Harvard Business School Press*

Kaplan, R., Norton, D. 2001. Strategic Performance Measurement and Management in Nonprofit Organizations, *Nonprofit Management & Leadership*, *Harvard Business School Press*, 11(3): 353-370

Kaplan, R., Norton, D. 2005. The office of strategy management, *Harvard Business Review*: 72-80

Kaplan, R., Norton, D. 2005a. Measuring the strategic readiness of intangible assets, *Harvard Business Review*: 52-63

Kaplan, R., Norton, D. 2006. Alignment - Using the Balanced Score-card to create Corporate Synergies, *Harvard Business School Press*

Kaplan, R., Norton, D. 2008. Mastering the Management System, *Harvard Business Review*: 63-77

- Kaplan, R., Norton, D. 2008a. The execution premium linking strategy to operations for competitive advantage: *Harvard Business School Publishing Corporation*.
- Kaplan, R., Porter, M. 2011. The Big Idea: How to Solve the Cost Crisis in Health Care, *Harvard Business review*
- Kazemi, A., Shokohyand, S., Azimian, M. 2016. A *Balanced Scorecard* Approach to Determine Accreditation Measures with Clínicl Governance Orientation: A Case Study of Sarem Women's Hospital. *American Journal of Management*, 16(1), 80-91.
- Koumpouros, Y. 2013. *Balanced Scorecard*: Application in the general panarcadian hospital of tripolis, greece. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 26(4), 286-307.
- Lupi S., Verzola A., Carandina G., Salani M., Antonioli P., Gregorio P., 2011. Multidimensional evaluation of performance with experimental application of balanced scorecard: a two year experience. *Cost effectiveness and resource allocation*
- Malo, J. 1995. Les tableaux de bord comme signe d'une gestion et d'une comptabilité à la française. In *Mélanges en l'honneur du professeur Claude Pérochon*. Paris: Foucher: 357-376.
- Montalan, M., Vincent, B. 2013. Un modèle d'évaluation de la *performance* multidimensionnelle d'une organisation hospitalière transversale. *Revue Management & Avenir*, (61), 190-207.
- Meena, K., Thakkar, J. 2014. Development of *Balanced Scorecard* for healthcare using Interpretive Structural Modeling and Analytic Network Process. *Journal of Advances in Management Research*, 11(3), 232-256.
- Meliones, J. 2000, "Saving Money, Saving Lives", *Harvard Business Review*, 78: 57-62
- Nascimento, G., Nunes, F. 2015. *Os cuidados continuados de saúde em Portugal: perspectiva internacional, experiência do paciente na transição e sobrecarga dos cuidadores informais*. Dissertação apresentada para a obtenção do grau de Doutor em Gestão com Especialização em Recursos Humanos e Comportamento Organizacional. ISCTE-IUL.
- Niven, P. 2014. *Balanced Scorecard Evolution A Dynamic Approach to Strategy Execution*
- Norreklit, H. 2000. "The balance on the balanced scorecard – a critical analysis of some of its assumptions", Management Accounting Research. Vol.11. *Academic Press*, 65-88.
- O.P.S.S., 2013. *Relatorio Primavera 2013* (m. d. palavra Ed.).
- OECD. 2017. **Health at a Glance**.

- Pereira, H. 2017. Complementos pedagógicos para Seminário de Investigação em Gestão ISCTE Business School.
- Perkins, M., Grey, A., Remmers, H. 2014. What do we really mean by "*Balanced Scorecard*"? *International Journal of Productivity and Performance Management*, 63(2), 148-169.
- Pinto, F. 2007. *Balanced Scorecard – Alinhar Mudança, Estratégia e Performance nos Serviços Públicos* (1.ª Edição). Lisboa: Edições Sílabo
- Porporato, M., Tsasis, P., Marin Vinuesa, L. 2017. Do hospital *Balanced Scorecard* measures reflect cause-effect relationships? *International Journal of Productivity and Performance Management*, 66(3), 338-361.
- Porter, M. 1996. What is Strategy? Harvard *Business Review*, 61-78.
- Porter, M.; Teisberg, E. 2006 — Redefining health care : creating value-based competition on results. Boston, MA: *Harvard Business School Press*
- Rabbani F., Lalji S., Abbas F., Jafri s, Razzak J, Nabi N, Jahan F., Ajmal A, Petzold M, Mats Brommels M., Tomson G. 2011. Understanding the context of Balanced Scorecard Implementation: a hospital-based case study in Pakistan. *Implementation science*
- Ribeiro, C.M.S. 2008. *O controlo de gestão nas unidades de saúde: o Balanced Scorecard*, TOC 100, pp. 61-67
- Ribeiro, J., Barreto, A., Varanda, J., Penedo, J., Caiado, J., Nunes, J., Santos, N., Boto, P. 2011. *Relatório Final realizado pelo Grupo Técnico para a Reforma Hospitalar - SNS* criado pelo Despacho N.º 10.601/2011 do Ministro da Saúde, publicado em Diário da República N.º 162, 2ª Série, de 24 de Agosto de 2011
- Rigby, D., Bilodeau, B., 2015. Management Tools & Trends 2015, *Bain Brief*
- Romero, M., Vivas-Consuelo, D., Alvis-Guzman, N. 2013. Is Health Related Quality of Life (HRQoL) a valid indicator for health systems evaluation? *SpringerPlus*, 2(1), 664. doi: 10.1186/2193-1801-2-664
- Russo, J. 2015 *Balanced Scorecard para PME e Pequenas e Médias Instituições*, Lidel 6ª edição atualizada
- Sandra, C., Adriana, P., Cheryl, R. 2017. Hospital *performance* dashboards: a literature review. *Journal of Health Organization and Management*, 31(3), 385-406. doi: 10.1108/JHOM-04-2017-0088
- Santos, A. 2008 *Gestão Estratégica, Conceitos, modelos e instrumentos*, Escolar Editora
- Saude 2015 - *Reflexões sobre os caminhos do sistema de saúde* - Relator Pedro Pita Barros, Nova School of Business & Economics, Janeiro 2012

-
- Schmitd J., 2006. *Fundamentos de Gestão Estratégica de Custos*, Coleção resumos de contabilidade, Atlas editora
- Seal W., Ye L. 2014. The balanced scorecard and the construction of a management control discourse, *Journal of Accounting and Organizational Change* 10 (4), 466-485
- Selected Committee on the Longterm Sustainability of the NHS, 2017. *The Long-term Sustainability of the NHS and Adult Social Care*, House of Lords
- Shutt, J. , 2003 Balancing the health care scorecard. *Managed Care*.
- Si, S., You, X., Liu, H., Huang, J. 2017. Identifying Key *Performance* Indicators for Holistic Hospital Management with a Modified Dematel Approach. *Int J Environ Res Public Health*, 14(8). doi: 10.3390/ijerph14080934
- Smith, M., John. 2016. Exploring strategic execution. *Journal of Strategy and Management*, 9(4), 406-428.
- Swayne L., Duncan W., Ginter, P. 2008. *Strategic management of health care organizations*. San Francisco : Jossey Bass.
- Tan, J., Wen. H., Awado, N. 2005. Health care and services delivery systems as complex adaptive systems. *Communications of the ACM*. 48 : 5 36-44.
- Teixeira, S. 2005 *Gestão das Organizações*, Mc Graw Hill, 2ª edição
- Weir E., d'Entremont N., Stalker S., Kurji1 K., Robinson V, 2009. Applying the balanced scorecard to local public health performance measurement: deliberations and decisions. *BMC Public Health*
- WHO Regional Office for Europe, 2016, *Towards Environmentally Sustainable Health Systems in Europe. A review of the evidence*. WHO, Copenhagen

Anexos

Anexo I - Resultados das entrevistas de avaliação da implementação do BSC no HGO

Ideias mais relevantes relativas ao contributo do BSC para a gestão do HGO	Palavras-chave
" A monitorização continua permite de forma rápida e eficaz identificar desvios que estão a acontecer e focaliza-nos na implementação de medidas corretivas no que está menos bem de forma a cumprir os objetivos"	Monitorização continua Identificar os desvios Medidas corretivas
"(...) hoje temos um grau de empenho e participação maior dos serviços e melhores lideranças"	Participação
"(...) incentivou uma maior cultura de gestão, existindo atualmente uma consciência da tradução dos custos das atividades e existe um melhor conhecimento do desempenho dos serviços. Os profissionais passaram a ser responsabilizados e a ter que prestar contas relativamente à sua produção "	Cultura de gestão Responsabilizados
"(...) o facto de promover a prestação de cuidados de saúde de qualidade, com maior satisfação do utentes,(...) melhorou os processos de gestão	Melhorou os processos de gestão
"a instituição tem hoje um melhor desempenho do ponto de vista do planeamento e controlo de custos"	Melhor desempenho

Tabela 1 - Quadro resumo das ideias mais relevantes dos contributos do BSC para a Gestão

Ideias mais relevantes relativas aos impactos na organização decorrentes da implementação do BSC no HGO	Palavras-chave
" a principal diferença é haver um maior conhecimento do desempenho dos serviços, esta tudo alinhado, ou seja sabe-se a estratégia do hospital, os serviços sabem o que lhes é pedido"	Conhecimento
"as pessoas ficaram mais comprometidas, havendo uma maior responsabilização dos serviços relativamente à sua produção e melhorou a confiança entre as pessoas"	Responsabilização Confiança
"(...) conseguimos ter os objetivos alinhados e ajustados com aquilo que é a estratégia do hospital"	Objetivos alinhados Estratégia
"(...) existe uma maior aproximação e comunicação das diferentes categorias profissionais, tradicionalmente separadas"	Aproximação

Tabela 2 - Quadro resumo de ideias mais relevantes dos impactos na organização da implementação do BSC

Ideias mais relevantes relativas aos benefícios da implementação do BSC no HGO	Palavras-chave
" Melhorou a comunicação e a linguagem organizacional dos serviços, porque passamos a falar a mesma linguagem. Temos serviços mais eficientes e eficazes e no fundo melhor qualidade"	Comunicação Linguagem institucional
"(...) introduz alguma dinâmica entre os serviços do hospital fomentando a motivação dos colaboradores"	Motivação dos colaboradores

"(...) um dos grandes benefícios foi a integração de dados de várias áreas e a possibilidade de olhar para a produção, custos e a qualidade dos cuidados de uma forma global, porque antes as pessoas olhavam para os custos mas tinham de ir a várias aplicações informáticas, não havia um agregador de informação"	Integração de dados
"(...) houve um maior enfoque para a sensibilização dos processos, circuitos o que se tem traduzido numa melhoria continua nos serviços"	Melhoria continua
"(...) O BSC possibilita a medição do desempenho organizacional através de um sistema coerente, pois permite ter uma noção em tempo real do desempenho dos serviços e permite acompanhar a sua evolução"	Ter em tempo real o desempenho dos serviços

Tabela 3 - Quadro resumo das ideias mais relevantes dos benefícios para a organização da implementação do BSC

Ideias mais relevantes relativas as dificuldades detetadas na implementação do BSC no HGO	Palavras-chave
" quando lhes foi explicado que se estava a avaliar não só os aspetos financeiros mas também vários aspetos não financeiros caíram por terra as desconfianças	Desconfiança
" verificou-se um pouco aversão ao controlo por parte de alguns profissionais, mas depois viram a vantagem de verem as coisas evidentes e facilmente se adaptaram à ferramenta"	Aversão ao controlo
"(...) como estamos a analisar dados que vêm de várias aplicações informáticas, tivemos que validar a integração dos dados ou seja se a integração da informação foi coerente"	Validar a integração dos dados
"uma dificuldade foi o tempo de implementação, pois exigiu a disponibilidade de muitas pessoas"	Tempo de implementação

Tabela 4 - Quadro resumo das ideias mais relevantes das dificuldades encontradas na implementação

Anexo II – Declarações de autorização dos autores para utilização das entrevistas dadas em 2014

Pedido de autorização para a utilização de dados de entrevista realizada em 2014


21.5.2018


Exmo. Sr. Presidente do Conselho
de Administração do Hospital
Garcia de Orta, Dr. Daniel Ferro

Eu, Iria Cristina Martins Manangão Velez, Pós graduada em Gestão de Serviços de Saúde, Licenciada em informática de Gestão e Bacharel em Enfermagem, neste momento a frequentar o Mestrado em Gestão de Empresas no ISCTE - Instituto Universitário de Lisboa, venho por este meio requerer autorização para, a utilização da informação constante da entrevista por si dada no âmbito da realização da tese de mestrado realizada sobre o tema BSC no HGO, pelo aluno do ISCTE Vasco Dias em 2014. Esta informação será utilizada no desenvolvimento do meu trabalho de investigação no âmbito da avaliação da implementação do *Balanced Scorecard* no Hospital Garcia de Orta., com vista a aquisição do grau de mestre em Gestão de Empresas

Neste sentido solicito autorização para a referida recolha de dados e referência ao Hospital Garcia de Orta como a instituição onde se desenvolveu o projeto de investigação.

Peço deferimento,

Almada, 21 de Maio de 2018

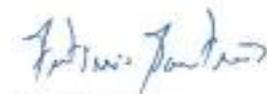
Iria Cristina Velez

Autorização para a utilização de dados de entrevista realizada em 2014

Exmo. Sra, Dra. Iria Velez

Eu, António Manuel Gonçalves Martins, Licenciado em Economia com Especialização em Administração Hospitalar, autorizo a utilização da informação constante da entrevista por mim dada no âmbito da realização da tese de mestrado realizada sobre o tema BSC no HGO, pelo aluno do ISCTE Vasco Dias em 2014. Para o desenvolvimento do trabalho de investigação no âmbito da avaliação da implementação do *Balanced Scorecard* no Hospital Garcia de Orta, com vista a aquisição do grau de mestre em Gestão de Empresas no ISCTE - Instituto Universitário de Lisboa.

Lisboa, 22 de Maio de 2018



António Martins

Pedido de autorização para a utilização de dados de entrevista realizada em 2014

Exmo. Sr. Administrador
Hospitalar, Dr. Luis Pombo

Eu, Iria Cristina Martins Manangão Velez, Pós graduada em Gestão de Serviços de Saúde, Licenciada em informática de Gestão e Bacharel em Enfermagem, neste momento a frequentar o Mestrado em Gestão de Empresas no ISCTE - Instituto Universitário de Lisboa, venho por este meio requerer autorização para, a utilização da informação constante da entrevista por si dada no âmbito da realização da tese de mestrado realizada sobre o tema BSC no HGO, pelo aluno do ISCTE Vasco Dias em 2014. Esta informação será utilizada no desenvolvimento do meu trabalho de investigação no âmbito da avaliação da implementação do *Balanced Scorecard* no Hospital Garcia de Orta, com vista a aquisição do grau de mestre em Gestão de Empresas

Neste sentido solicito autorização para a referida recolha de dados e referência ao Hospital Garcia de Orta como a instituição onde se desenvolveu o projeto de investigação.

Peço deferimento,
Almada, 29 de Maio de 2018
Iria Cristina Velez

Autógrafa
Luis Pombo
Administrador
29/5/2018

Pedido de autorização para a utilização de dados de entrevista realizada em 2014

Exma. Sra. Diretora do Serviço de
Medicina Nuclear do Hospital
Garcia de Orta, Doutora Ana
Isabel Santos

Eu, Iria Cristina Martins Manangão Velez, Pós graduada em Gestão de Serviços de Saúde, Licenciada em informática de Gestão e Bacharel em Enfermagem, neste momento a frequentar o Mestrado em Gestão de Empresas no ISCTE - Instituto Universitário de Lisboa, venho por este meio requerer autorização para, a utilização da informação constante da entrevista por si dada no âmbito da realização da tese de mestrado realizada sobre o tema BSC no HGO, pelo aluno do ISCTE Vasco Dias em 2014. Esta informação será utilizada no desenvolvimento do meu trabalho de investigação no âmbito da avaliação da implementação do *Balanced Scorecard* no Hospital Garcia de Orta., com vista a aquisição do grau de mestre em Gestão de Empresas.

Neste sentido solicito autorização para a referida recolha de dados e referência ao Hospital Garcia de Orta como a instituição onde se desenvolveu o projeto de investigação.

Peço deferimento,

Almada, 21 de Maio de 2018

Iria Cristina Velez

Autorizo o uso dos dados solicitados

Almada, 22/05/2018

Dr.ª ANA ISABEL SANTOS
Directora do
Serviço de Medicina Nuclear

Pedido de autorização para a utilização de dados de entrevista realizada em 2014

Exma. Sra. Gestora de Serviços de
Saúde, Dra. Alexandra Santos

Eu, Iria Cristina Martins Manangão Velez, Pós graduada em Gestão de Serviços de Saúde, Licenciada em informática de Gestão e Bacharel em Enfermagem, neste momento a frequentar o Mestrado em Gestão de Empresas no ISCTE - Instituto Universitário de Lisboa, venho por este meio requerer autorização para, a utilização da informação constante da entrevista por si dada no âmbito da realização da tese de mestrado realizada sobre o tema BSC no HGO, pelo aluno do ISCTE Vasco Dias em 2014. Esta informação será utilizada no desenvolvimento do meu trabalho de investigação no âmbito da avaliação da implementação do *Balanced Scorecard* no Hospital Garcia de Orta., com vista a aquisição do grau de mestre em Gestão de Empresas

Neste sentido solicito autorização para a referida recolha de dados e referência ao Hospital Garcia de Orta como a instituição onde se desenvolveu o projeto de investigação.

Peço deferimento,

Almada, 21 de Maio de 2018

Iria Cristina Velez

*Leio, concordo e
autorizo para os
devidos efeitos
21.5.2018*

Alexandra Santos
Gestora Hospitalar

Pedido de autorização para a utilização de dados de entrevista realizada em 2014

Exma. Sra. Administradora
Hospitalar, Dra. Fernanda Santos

Eu, Iria Cristina Martins Manangão Velez, Pós graduada em Gestão de Serviços de Saúde, Licenciada em informática de Gestão e Bacharel em Enfermagem, neste momento a frequentar o Mestrado em Gestão de Empresas no ISCTE - Instituto Universitário de Lisboa, venho por este meio requerer autorização para, a utilização da informação constante da entrevista por si dada no âmbito da realização da tese de mestrado realizada sobre o tema BSC no HGO, pelo aluno do ISCTE Vasco Dias em 2014. Esta informação será utilizada no desenvolvimento do meu trabalho de investigação no âmbito da avaliação da implementação do *Balanced Scorecard* no Hospital Garcia de Orta, com vista a aquisição do grau de mestre em Gestão de Empresas

Neste sentido solicito autorização para a referida recolha de dados e referência ao Hospital Garcia de Orta como a instituição onde se desenvolveu o projeto de investigação.

Peço deferimento,

Almada, 21 de Maio de 2018

Iria Cristina Velez

Eu, Maria Fernanda Santos, dou-lhe autorização
a utilização de entrevista que deu
em 2014 ao aluno do ISCT Vasco Dias.

Maria Fernanda Santos
Fernanda Santos

2018.05.22

Administradora Hospitalar

Anexo III – Declarações de autorização dos Diretores de Serviço para a utilização dos respetivos serviços como exemplo de implementação de BSC

Exmo. Sr. Doutor Helder Pereira,
Diretor do Serviço de Cardiologia do
Hospital Garcia de Orta

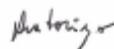
Eu, Iria Cristina Martins Manangão Velez, Pós graduada em Gestão de Serviços de Saúde, Licenciada em informática de Gestão e Bacharel em Enfermagem, a frequentar o Mestrado em Gestão de Empresas no ISCTE - Instituto Universitário de Lisboa, encontro-me neste momento na fase final do meu trabalho de investigação, essencial para a aquisição do grau de mestre, tendo por base o projeto de implementação de *Balanced Scorecard* no Hospital Garcia de Orta. Este trabalho desenvolver-se-á tendo como metodologia "Caso pedagógico" e passará a constar da base de dados pedagógica do ISCTE, como caso de sucesso na implementação de *Balanced Scorecard* num hospital público, podendo vir a ser utilizado como referência pedagógica para alunos de Mestrado, ou como referência para projetos de implementações semelhantes. Um dos serviços que seleccionei para exemplificação deste modelo de implementação, foi o serviço de Cardiologia.

Neste sentido solicito autorização para a utilização do seu serviço como modelo de implementação da referida metodologia, para constar na tese de mestrado bem como em artigos científicos que possam vir a realizar-se na sequência deste trabalho.

Peço deferimento,

Almada, 15 de Julho de 2018

Iria Cristina Velez



Hospital Garcia de Orta, E.P.E.
MINISTÉRIO DA SAÚDE
Director Serviço Cardiologia
Dr. Helder Pereira

Exmo. Sr. Professor Doutor Paulo
Costa, Diretor do Serviço de Cirurgia
Geral do Hospital Garcia de Orta

Eu, Iria Cristina Martins Manangão Velez, Pós graduada em Gestão de Serviços de Saúde, Licenciada em informática de Gestão e Bacharel em Enfermagem, a frequentar o Mestrado em Gestão de Empresas no ISCTE - Instituto Universitário de Lisboa, encontro-me neste momento na fase final do meu trabalho de investigação, essencial para a aquisição do grau de mestre, tendo por base o projeto de implementação de *Balanced Scorecard* no Hospital Garcia de Orta. Este trabalho desenvolver-se-á tendo como metodologia "Caso pedagógico" e passará a constar da base de dados pedagógica do ISCTE, como caso de sucesso na implementação de *Balanced Scorecard* num hospital público, podendo vir a ser utilizado como referência pedagógica para alunos de Mestrado, ou como referência para projetos de implementações semelhantes. Um dos serviços que seleccionei para exemplificação deste modelo de implementação, foi o serviço de Cirurgia Geral.

Neste sentido solicito autorização para a utilização do seu serviço como modelo de implementação da referida metodologia, para constar na tese de mestrado bem como em artigos científicos que possam vir a realizar-se na sequência deste trabalho.

Peço deferimento,

Almada, 13 de Julho de 2018

Iria Cristina Velez

Concordo, com interesse para o Serviço



Paulo Costa

Diretor de Serviço Cirurgia Geral

Exma. Sra. Doutora Ana Isabel Santos,
Diretora do Serviço de Medicina
Nuclear do Hospital Garcia de Orta

Eu, Iria Cristina Martins Manangão Velez, Pós-graduada em Gestão de Serviços de Saúde, Licenciada em Informática de Gestão e Bacharel em Enfermagem, a frequentar o Mestrado em Gestão de Empresas no ISCTE - Instituto Universitário de Lisboa, encontro-me neste momento na fase final do meu trabalho de investigação, essencial para a aquisição do grau de mestre, tendo por base o projeto de implementação de *Balanced Scorecard* no Hospital Garcia de Orta. Este trabalho desenvolver-se-á tendo como metodologia "Caso pedagógico" e passará a constar da base de dados pedagógica do ISCTE, como caso de sucesso na implementação de *Balanced Scorecard* num hospital público, podendo vir a ser utilizado como referência pedagógica para alunos de Mestrado, ou como referência em projetos de implementações semelhantes. Um dos serviços que seleccionei para exemplificação deste modelo de implementação, foi o serviço de Medicina Nuclear.

Neste sentido solicito autorização para a utilização do seu serviço como modelo de implementação da referida metodologia, para constar na tese de mestrado bem como em artigos científicos que possam vir a realizar-se na sequência deste trabalho.

Peço deferimento,

Almada, 15 de Julho de 2018

Iria Cristina Velez

Autorizado.

Almada, 18 de julho de 2018

Assinado por: ANA ISABEL VALENTE DA CRUZ E
SANTOS FERREIRA
Num. de Identificação Civil: B0060041951
Data: 2018/07/18 13:25:34 +0100



Ana Isabel Santos, MD, PhD
Assistente Graduada Sênior de Medicina Nuclear – Diretora do Serviço de Medicina Nuclear
Hospital Garcia de Orta, E.P.E.

Anexo IV – Autorização do HGO para a realização deste estudo



PARECER E AUTORIZAÇÃO PARA REALIZAÇÃO DE ESTUDO

Hospital Garcia de Orta EPE
Centro de Investigação Hospital Garcia de Orta

Título:
A Implementação do Balanced Scorecard - Caso Pedagógico

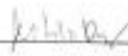
Investigador Principal: Dra. Jara Velaz

A Comissão de Ética para a Saúde do Hospital Garcia de Orta informa que o trabalho em epígrafe obteve parecer positivo por unanimidade maioria em reunião do dia 24/07/2018, com o voto que o estudo submetido foi aprovado para ser feito como "caso pedagógico" e não como "estudo de investigação".

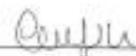
Estiveram presentes:

- Nome: Dra. Natália Dias (Presidente)
- Nome: Dra. Ana Soares
- Nome: Dra. Benedita Nunes
- Nome: Dra. Cátia Gradil
- Nome: Dra. Isabel Peresinha
- Nome: Dr. José Luís Metello
- Nome: Dra. Maria Gomes Ferreira
- Nome: Dr. Miguel Rodrigues
- Nome: Enf.ª Teresa Chambel

A CES solicita ao Investigador Principal que quando da conclusão deste estudo, lhe seja enviada uma síntese dos resultados e conclusões do mesmo.


Dra. Natália Dias
Presidente da Comissão de Ética

O Estudo em epígrafe foi aprovado pelo Conselho de Administração em reunião do dia 02/08/2018


1.ª Dra. Ana Jorge
Presidente do Centro Garcia de Orta

Almada, 07 de Agosto de 2018