



Estudo para a implementação do *Balanced Scorecard* no Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental

Study for the implementation of the *Balanced Scorecard* in the Hospital Center of West Lisbon

Paula Alexandra Rocha Gomes dos Santos¹

Carlos Pedro dos Santos Pinho²

Florentina Iulia Spînzurici Leonte³

Resumo

Portugal continua a gastar mais no setor da saúde, em termos relativos, que a maioria dos outros países (OCDE, 2015). Assim, é urgente tornar aquelas instituições mais eficientes. O presente artigo tem como objetivo apresentar uma proposta de *Balanced Scorecard* para o Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, evidenciando a importância que pode assumir na gestão da atividade. Com o estudo, foi possível concluir que a introdução da perspectiva de Aprendizagem e Crescimento, permite valorizar os recursos humanos e atribuir responsabilidades pelo desempenho, em todos os níveis da organização. Melhorando o planeamento e a gestão do capital humano assegura-se maior produtividade, menor desperdício de recursos financeiros e uma utilização mais racional dos meios disponíveis, bem como o aumento da efetividade dos cuidados de saúde, com o aumento do número de consultas, a melhoria dos tempos de espera e uma redução do custo médio por consulta.

Palavras-chave: Gestão Hospitalar. Balance Scorecard. Planeamento.

¹Doutora em Gestão, Instituto Superior de Contabilidade e Administração de Lisboa, Av. Miguel Bombarda, 20, 1069-035, Lisboa, Portugal. E-mail: pasantos@iscal.ipl.pt Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-2192-8855>

²Doutor em Gestão, Universidade Aberta, Palácio Ceia, Rua da Escola Politécnica, 147, 1269-001, Lisboa, Portugal. E-mail: carlos.pinho@uab.pt Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-5509-2921>

³Mestre em Contabilidade, Instituto Superior de Contabilidade e Administração de Lisboa (ISCAL), Av. Miguel Bombarda, 20, 1069-035, Lisboa, Portugal. E-mail: florentinaleonte@gmail.com

Abstract

Portugal continues to spend more on the health sector, in relative terms, than most other countries (OECD, 2015). Thus, it is urgent to make those institutions more efficient. This article aims to present a Balanced Scorecard proposal for the Lisboa Oeste Hospital Center, highlighting the importance it can assume in the management of the activity. With the study, it was possible to conclude that the introduction of the Learning and Growth perspective allows valuing human resources and assigning responsibilities for performance, at all levels of the organization. Improving the planning and management of human capital ensures greater productivity, less waste of financial resources and a more rational use of available resources, as well as an increase in the effectiveness of health care, with an increase in the number of consultations, improvement waiting times and a reduction in the average cost per visit.

Keywords: Hospital Management. Balance Scorecard. Planning.

Introdução

A despesa com a saúde representava 9,9% do Produto Interno Bruto em 2011 e 9,1% em 2013, e a dívida hospitalar ascendia a 1.625 milhões de euros em 2012 (OCDE, 2015). Apesar da tendência decrescente das despesas com a saúde verificada nos últimos anos, Portugal continua a gastar mais neste setor, em termos relativos, que a maioria dos outros países (OCDE, 2015). A escassez dos recursos financeiros públicos leva a que a administração das organizações públicas, que têm a obrigação de satisfazer as necessidades dos cidadãos, tenham cada vez mais cuidado na afetação dos recursos que utilizam e na qualidade dos serviços que prestam (Caldeira, 2010).

Uma das características mais marcantes dos hospitais públicos, é a falta de uma competição real entre eles (Matos e Ramos, 2009). Este facto deriva, não só do financiamento garantido aos hospitais, como da organização, administração e controlo do setor hospitalar no âmbito do Serviço Nacional de Saúde (SNS). É de salientar que esta característica se poderá traduzir numa limitação decorrente da sujeição a políticas públicas e, por consequência, ao constrangimento dos recursos financeiros, limitados à “capacidade financeira da população [como contribuintes fiscais] que terá sempre que suportar este encargo” (Torres, 2010, p.71).

Os hospitais públicos são financiados tendo por base objetivos definidos pela tutela e a medição do desempenho é definida pelo cumprimento dos objetivos (CHLO, 2016; Miranda, 2015). Daqui resulta a necessidade de aplicar ferramentas de gestão que permitam, de forma fácil e objetiva, a medição daquele desempenho (Torres, 2010).

Objetivos e Metodologia do Estudo

O objetivo do estudo é apresentar uma proposta de *Balanced Scorecard (BSC)* para o Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental (CHLO), considerando os atuais sistemas centralizados de monitorização do desempenho que responda, simultaneamente, às necessidades de informação da Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS) e da Entidade Reguladora da Saúde (ERS).

O trabalho caracteriza-se como exploratório e descritivo, seguindo uma abordagem qualitativa. Os dados foram recolhidos através dos sítios das diversas entidades administradoras e reguladoras da saúde em Portugal, bem como do CHLO.

O Balanced Scorecard nas Organizações do Setor Público

3.1 O Balanced Scorecard

O *Balanced Scorecard (BSC)* foi apresentado por Kaplan e Norton como um instrumento integrado que permite uma melhor gestão dos processos mais críticos, através da utilização de medidas financeiras e não financeiras, permitindo integrar um sistema de informação disponível a todos os trabalhadores, em vários níveis hierárquicos (Kaplan e Norton, 1996).

O *BSC* operacionaliza a visão e a estratégia de uma entidade a longo prazo, de acordo com quatro perspetivas: financeira, clientes, processos internos e aprendizagem e crescimento, munindo os gestores com uma ferramenta que permite medir o desempenho em fatores críticos que possuem uma relação causa/efeito com os objetivos estratégicos da organização e, consequentemente, com o seu desempenho financeiro (Major e Vieira, 2009; Kaplan e Norton, 1996; Jordan, Neves e Rodrigues, 2008 e Torres, 2010).

3.2 Particularidades do Modelo *BSC* no Setor Público

O *BSC* foi inicialmente pensado e aplicado nas organizações com fins lucrativos, onde a perspetiva financeira se encontra no topo dos interesses estratégicos. As organizações públicas têm como objetivo satisfazer as necessidades dos cidadãos (clientes) e são condicionadas por restrições orçamentais, que são sentidas como um constrangimento e não como um incentivo à melhoria dos processos e aumento da eficiência (Matos e Ramos, 2009). Assim, nestas entidades, as quatro perspetivas são consideradas numa ordem diferente,

assumindo os clientes o papel principal (Caldeira, 2010; Kaplan, 1999; Matos e Ramos, 2009 e Pinto, 2009).

O desenvolvimento do BSC nas entidades públicas, inicia-se com a definição da missão da organização, e não dos objetivos financeiros como nas com fins lucrativos (Matos e Ramos, 2009). As relações de causalidade dependerão da estratégia e da natureza da atividade, contribuindo para identificar as competências que devem ser desenvolvidas, de modo a suportar os processos internos e a satisfazer os clientes. Na Figura 1 apresenta-se a relação causa/efeito no Setor Público.



Figura 1 Relação causa/efeito no Setor Público

Fonte: Adaptado de Silva (2012).

Um *BSC* bem organizado explicita a missão e descreve a estratégia através dos objetivos e dos indicadores escolhidos. Estes devem estar ligados entre si, numa cadeia de relacionamentos de causa/efeito entre os objetivos estratégicos e as medidas das diversas perspetivas.

Para Russo (2009), as medidas políticas tomadas nos últimos anos no sentido de transformar os serviços hospitalares em atividades empresariais, levaram à criação de melhores condições para a determinação de objetivos económico-financeiros e de equilíbrio orçamental. No setor público, uma gestão baseada em *BSC* pode contribuir para uma utilização mais eficiente dos recursos públicos, para um maior equilíbrio entre as obrigações do Estado perante os cidadãos e para satisfazer as necessidades sociais. No Quadro 1 são apresentadas algumas características das quatro perspetivas do *BSC* nas organizações do setor público.

| Cliente/Utente | |
|---|---|
| Russo (2010) Caldeira (2010) Pinto (2009) | O cliente/utente decorre da missão da entidade. Assumindo o papel principal, esta perspetiva é orientada para a satisfação das necessidades dos clientes/utentes. Estes são diversificados e compostos por várias entidades com diferentes interesses. A questão que se coloca é como deve a organização atuar para satisfazer as necessidades desses clientes. |
| Financeira e orçamento | |
| Russo (2010) Caldeira (2010) Pinto (2009) | O desempenho financeiro é um meio para conseguir a satisfação dos utentes. Os indicadores financeiros definem restrições de âmbito financeiro e permitem avaliar a eficiência na gestão dos recursos disponíveis. Impõe restrições, fixa limites e a necessidade de atingir um nível de eficiência superior para se conseguir atingir os objetivos e cumprir com a missão. A questão que se coloca é saber que objetivos deve a organização atingir para otimizar os recursos e corresponder às expectativas dos clientes. |
| Processos Internos | |
| Russo (2010) Caldeira (2010) Pinto (2009) Matos e Ramos (2009) | Identifica os processos internos que oferecem maior valor e satisfação aos utentes. Tem por base a eficiência operacional que é determinada pelo alinhamento estratégico dos processos. Deriva dos objetivos e indicadores definidos na perspetiva dos clientes. Nesta perspetiva, a inovação assume um papel importante no desenvolvimento de novos produtos e serviços. A questão que se coloca é saber quais são os objetivos que se devem atingir e o nível de eficiência necessária, de modo a otimizar os recursos disponíveis nos processos internos que terão maior impacto na satisfação das expectativas dos clientes. |
| Aprendizagem e Crescimento | |
| Russo (2010) Caldeira (2010) Pinto (2009) Kaplan (2010) | Contribui para o desenvolvimento da organização. O sucesso na melhoria dos processos depende das capacidades, competências dos recursos humanos e das ferramentas que utilizam como suporte da sua atividade. Implica incentivar, motivar e reconhecer o valor dos colaboradores, dada a exigência de um aperfeiçoamento contínuo dos procedimentos e processos que deriva da escassez dos recursos financeiros. A questão que se coloca é como deve a organização atuar para conseguir desenvolver as suas capacidades e como gerir os seus colaboradores, a tecnologia, a cultura e o clima organizacional, de modo a contribuir positivamente para o cumprimento dos objetivos estratégicos e da missão. |

Quadro 1 Perspetivas do BSC no Setor Público

O Sistema de Avaliação do Desempenho Hospitalar

4.1 Controlo da Gestão Hospitalar em Portugal

A estrutura hierárquica e funcional do SNS, tem o Ministério da Saúde (MS) como responsável pelo planeamento e pela elaboração do Plano Nacional de Saúde, da Estratégia Nacional de Qualidade em Saúde e da regulação do SNS, delegando nas suas Administrações Regionais de Saúde (ARS) e na Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS), a responsabilidade pela definição, implementação de políticas, normalização, regulamentação, planeamento e cumprimento dos objetivos nacionais, tendo a responsabilidade pelos cuidados primários e hospitalares (OCDE, 2015). A regulação e supervisão da atividade dos prestadores de cuidados de saúde é feita pela Entidade Reguladora da Saúde (ERS).

Neste contexto, é de salientar a figura dos Contratos-Programa celebrados pelos hospitais com a ARS respetiva. A contratualização pode ser definida como o relacionamento

que se estabelece entre financiadores, compradores e prestadores dos cuidados de saúde, no qual se explicitam os resultados de saúde que se desejam para os níveis de financiamento que se disponibilizam (ACSS, 2016). O processo de contratualização assenta num acordo em que são previstos os objetivos a cumprir e os indicadores monitorizados pela ACSS que determinam o nível de qualidade exigido. A ACSS é responsável por definir o modelo de financiamento adequado à contratualização e pelo acompanhamento e execução dos Contratos-Programa com os hospitais do SNS (ACSS, 2016).

A transformação dos hospitais com a natureza de sociedade anónima de capitais exclusivamente públicos em Entidades Públicas Empresariais (EPE), foi feita pela publicação do Decreto-Lei n.º 93/2005, de 7 de junho e do Decreto-Lei n.º 233/2005, de 29 de dezembro, pretendendo-se introduzir no setor público da saúde melhorias ao nível de gestão, pela aplicação de regras e instrumentos de gestão empresarial privada. De acordo com o Decreto-Lei n.º 133/2013, de 3 de outubro, as EPE são um conjunto de unidades produtivas do Estado criadas para a prossecução dos seus fins, organizadas e geridas de forma empresarial. Este modelo de gestão contribuirá para a melhoria do desempenho organizacional ao nível da qualidade e concentração no utente, da eficiência, inovação e melhoria dos resultados.

4.2 Evolução do Sistema de Avaliação do Desempenho Hospitalar

De acordo com Matos e Ramos (2009), a saúde é a indústria que consome mais recursos públicos em Portugal. Apesar do objetivo principal do sistema de saúde ser o de contribuir para a melhoria da saúde dos cidadãos, o sistema de avaliação não deve incidir apenas na verificação do estado de saúde da população, sendo necessário garantir que o desempenho decorre dentro de parâmetros de planeamento e controlo financeiro ajustados às capacidades dos seus financiadores (Torres, 2010).

A medição e gestão do desempenho nos serviços públicos já existia há mais de dez anos, em diversos países, como a Finlândia ou a Suécia, antes que tivessem sido publicados os primeiros trabalhos sobre o *BSC* nos anos 90 (Pinto, 2009).

No setor hospitalar, a avaliação de desempenho foi introduzida nos anos 90 pela *Joint Commission on Accreditation of Health Care Organization* (Matos e Ramos, 2009), que utilizou um conjunto de 224 indicadores para acreditar e certificar mais de 21 mil organizações nos EUA. Um outro sistema de avaliação surgiu em 1985, promovido pela Associação dos Hospitais do Maryland (AHM), o *International Quality Indicator Project*, que utilizava cerca de 250 indicadores (Matos e Ramos, 2009). Em 2002, o *Health Care Quality Indicator*, um projeto da OCDE, utilizou um conjunto de indicadores de qualidade para avaliar o impacto de

fatores específicos sobre a qualidade dos serviços de saúde (com o objetivo de medir e comparar aquela qualidade nos diferentes países). No Quadro 2 apresentam-se, de forma resumida, algumas experiências internacionais ligadas à avaliação do desempenho hospitalar.

| Experiência | Área de influência | Autores | Avaliação |
|--|---------------------------|--|--|
| <i>Best Hospitals</i> | Estados Unidos da América | Health US News & world report (2015) ⁴ . | Avaliação da qualidade dos serviços em 5 áreas: cirurgia cardíaca, traumatismo de anca, traumatismo de joelho, insuficiência cardíaca e doença pulmonar obstrutiva crónica |
| <i>100 Top Hospitals</i> | | Truven Health Analytics (2015) ⁵ . | Reduzida taxa de mortalidade; N.º reduzido de complicações; Reduzida taxa de demora (permanência no internamento); Taxas reduzidas de readmissões (30 dias) |
| <i>Risk-Adjusted Quality Outcomes Measures</i> | | Forthman, M., Gold. R.S., Dove, H., G. e Henderson, R., D. (2010). | Taxa de mortalidade N.º de complicações Taxa de readmissões Segurança do utente |

Quadro 2 Experiências internacionais sobre a avaliação do desempenho hospitalar

As experiências anteriores permitem perceber a importância que tem sido atribuída, internacionalmente, à monitorização do nível de qualidade e às melhorias do nível dos serviços de saúde, com uma grande preocupação relativamente à taxa de mortalidade, número de complicações e taxa de readmissões. Aquela importância pode dever-se ao facto de os hospitais dos EUA não terem um mercado garantido pelo Estado, devendo identificar e estimular padrões de qualidade na prestação dos cuidados de saúde, tendo sempre presente a necessidade de investir na eficiência e eficácia e disputar, permanentemente, um mercado concorrencial, de forma a atrair e satisfazer os clientes. Salienta-se que os hospitais públicos portugueses integrados no SNS têm, à partida, o seu mercado garantido através das áreas de influências previamente definidas (Lei n.º 2011 de 2 de abril 1946; Lei n.º 27/2002, de 8 de novembro), a preços homogêneos, contratualizados e assegurados pelo Estado.

O Regime Jurídico da Gestão Hospitalar (Lei n.º 27/2002, de 8 de novembro) refere aspetos de eficiência, efetividade da prestação dos serviços e da informação prestada ao público, omitindo, no entanto, relações com o plano de avaliação do sistema de saúde (Costa e Lopes, 2015).

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

⁴ Disponível em <http://www.health.usnews.com/best-hospitals/hospital-ratings>

⁵ Disponível em <http://www.100tophospitals.com/methodologies>

possibilitou a monitorização de indicadores de cariz financeiro, de eficiência dos processos e de produtividade (salienta-se que esta monitorização decorre da necessidade dos hospitais cumprirem os objetivos que tenham sido contratualizados).

Enquanto o *TdB* é uma ferramenta de gestão mais rápida, onde os objetivos que se pretendem alcançar são estabelecidos de forma subjetiva, os objetivos do *BSC* ligam as atividades operacionais à estratégia, identificando os fatores críticos ao cumprimento destes objetivos, estabelecendo metas que simultaneamente clarificam a missão e a estratégia (Jordan *et al.*, 2008 e Russo, 2009).

4.3 *Balanced Scorecard* vs. Atuais Sistemas de Avaliação Hospitalar

As diferentes metodologias de medição do desempenho atualmente aplicáveis aos hospitais públicos apresentam algumas diferenças face ao *BSC* (elencadas no Quadro 3), e permitem compreender que, enquanto os sistemas de gestão da ERS, ACSS e ARS são, fundamentalmente, caracterizados para um reporte histórico às entidades que enquadram a atividade hospitalar nas suas várias vertentes, o *BSC* permite a implementação de mecanismos de gestão com vista a facilitar uma cultura de melhoria permanente que, se bem concebida e implementada pode, de forma automatizada, dar resposta às necessidades de reporte asseguradas pelos sistemas atuais.

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

responsabilidades pelo desempenho a todos os níveis da organização.

atual modelo de sistema de avaliação (Correia Carapinheiro, Silva e Vieira, 2015).

Quadro 3 Diferenças entre o BSC e os atuais sistemas de avaliação

É de salientar que o *BSC* facilita as políticas de gestão de recursos humanos, ao permitir o envolvimento de toda a estrutura nos diversos níveis de gestão e a avaliação do seu desempenho, responsabilizando-o e estimulando-o, o que é ignorado nos sistemas atuais de avaliação. A ausência quase total de utilização do *BSC* deve-se, entre outros aspetos, ao facto de as instituições do Estado não estarem, de um modo geral, habilitadas a uma gestão dinâmica que reaja rapidamente às flutuações do seu mercado, estando antes de mais direccionadas para o controlo e gestão dos recursos financeiros.

No que respeita à implementação do *BSC* nos hospitais públicos portugueses, em 2012 apenas quatro o utilizavam como ferramenta de gestão estratégica e com indicadores em todas as perspetivas (Costa, 2012). Na Figura 2 apresenta-se a distribuição dos indicadores utilizados por aqueles hospitais, por perspetiva. Constata-se a importância conferida às perspetivas “Processos Internos” e “Financeira”, com 34% e 31% dos indicadores, respetivamente.

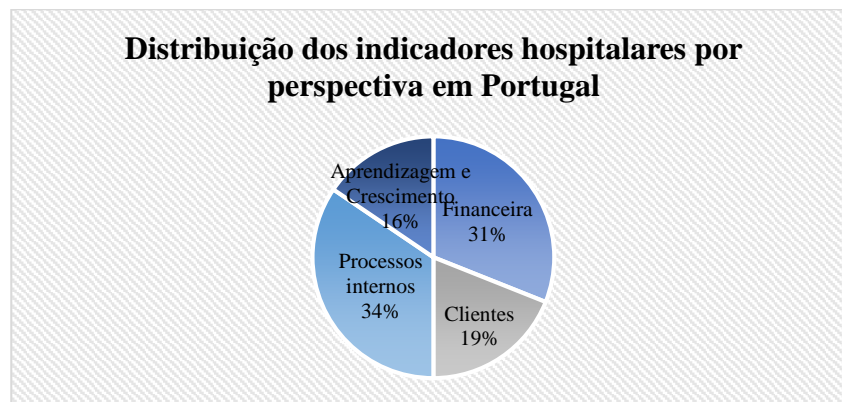


Figura 2 Distribuição dos indicadores hospitalares por perspetiva em Portugal

Fonte: Adaptado de Costa (2012).

Num estudo sobre a implementação do *BSC* nos hospitais dos EUA, em 2002, promovido por Inamdar, Noorein e Kaplan *apud* Matos e Ramos (2009)⁶, verificou-se que os indicadores relacionados com os clientes correspondiam a 33% do total, 27% respeitavam aos processos internos, 23% traduziam objetivos financeiros e 17% os de aprendizagem e crescimento.

⁶ Inamdar, S., N., Kaplan, R., S., (2002). Applying the balanced scorecard in healthcare provider organizations. In *Journal of Healthcare Management*, 47(3), pp. 179-195.

Salienta-se que os hospitais dos EUA valorizam mais os fatores de qualidade orientados para o cliente, enquanto os hospitais portugueses dão maior importância à eficiência operacional e aos fatores financeiros.

Segundo Correia *et al.* (2015), os sistemas de avaliação atualmente implementados em Portugal têm um cariz predominante financeiro e foram desenhados em resultado das necessidades de reduzir a despesa em saúde. A partir de 2011, foram impostas medidas que, apesar de mostrarem melhorias a nível económico e financeiro, tiveram algum impacto negativo na qualidade dos serviços. Deste modo, foram colocadas em segundo plano dimensões qualitativas e a satisfação dos profissionais com a sua própria situação e com o estado atual da saúde (Correia *et al.*, 2015).

O *Balanced Scorecard* no Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental (CHLO)

5.1 Caracterização do CHLO

O CHLO foi constituído em 2005, através do Decreto Lei n.º 233/2005, integrando os Hospitais de Egas Moniz, São Francisco Xavier e Santa Cruz, e rege-se pelo regime jurídico aplicável às EPE. Intervém de acordo com as áreas de influência, cumprindo os Contratos-Programa celebrados, em articulação com as instituições integradas na rede de prestação de cuidados de saúde. O centro hospitalar tem como objetivos estratégicos:

1. Garantir a sustentabilidade económica e financeira a médio longo prazo, pelo aumento da eficiência e eficácia num quadro de equilíbrio económico e financeiro;
2. Assegurar a prestação assistências com elevados padrões de qualidade e diferenciação técnica;
3. Investigação e ensino ao nível dos melhores hospitais do SNS.

Os dados operacionais, financeiros e dos recursos humanos mais recentes, relativos às atividades do CHLO, são apresentados no Quadro 4.

| | | 2014 | 2015 | N/N-1 | Previsto 2015 | Var. R/P |
|------------------------|--|-------------|-------------|---------|---------------|----------|
| Dados Financeiros | Nº de utentes | 992.915 | 992.915 | | 992.915 | |
| | Resultado operacional | -6.800.376 | -6.796.166 | -0,06% | -6.481.335 | 4,8% |
| | Prestação de Serviços | 195.092.721 | 200.692.132 | 2,87% | 200.339.312 | 0,1% |
| | Custos com produtos farmacêuticos | 48.232.888 | 50.700.846 | 5,12% | 46.320.032 | 9,4% |
| | Subcontratos | 5.888.689 | 6.444.382 | 9,44% | 6.003.592 | 7,3% |
| | Gastos com o Pessoal (médicos) | 23.663.146 | 24.655.172 | 4,19% | 27.815.800 | -11% |
| Dados de produção | Custo com horas extraordinárias (médicos) | 3.855.970 | 3.460.694 | -10,25% | 3.737.577 | -7% |
| | Nº. de reclamações | 1.204 | 1.184 | -1,66% | - | - |
| | Lotação | 795 | 782 | -1,64% | 803 | -2,6% |
| | Doentes saídos (internamento) | 27.221 | 27.198 | -0,1% | 27.467 | -1% |
| | Demora média para internamento (dias) | 9,3 | 9,5 | 2,15% | 8,8 | 8% |
| | N.º dias de internamento | 238.816 | 243.005 | 1,75% | - | - |
| | % cirurgias programadas | 77,3% | 76,9% | -0,4 pp | 80% | -3,1pp |
| | % cirurgias ambulatorias | 50,1% | 51,1% | 1 pp | 75% | -23,9pp |
| | Urgências | 153.831 | 151.222 | -1,70% | 134.666 | 12,3% |
| | Doentes Internados na urgência | 12.739 | 12.453 | -2,25% | 11.799 | 5,5% |
| | Tempo médio de espera para cirurgia (dias) | 149 | 144 | -3,36% | - | - |
| | Taxa de ocupação | 80,3% | 83,8% | 3,5 pp | - | - |
| | Primeiras consultas | 105.271 | 108.481 | 3,05% | 110.052 | -1,4% |
| | Consultas subsequentes | 360.531 | 353.626 | -1,92% | 343.860 | 2,8% |
| | Total de consultas | 465.802 | 462.107 | -0,79% | 468.246 | -1,3% |
| CTH programadas | 43.126 | 45.025 | 4,40% | 46.727 | -3,6% | |
| CTH realizadas a tempo | 67,81% | 68,58% | 0,77 pp | 85% | -16,42pp | |
| Recursos Humanos | N.º de profissionais | 3.741 | 3.807 | 1,76% | | |
| | N.º de Médicos | 522 | 502 | -3,83% | | |
| | N.º Enfermeiros | 1.207 | 1.235 | 2,32% | | |
| | Outro pessoal | 2.012 | 2.070 | 2,88% | | |

| | | | |
|-----------------------------|-------|--------|---------|
| Volume de formação (h) | 9.266 | 17.296 | 86,66% |
| Total de formandos externos | 79 | 74 | -6,33% |
| Total de formandos internos | 795 | 2 840 | 257,23% |
| - médicos | 125 | 217 | 73,60% |
| - enfermeiros | 537 | 2.170 | 304,10% |
| - outro pessoal | 133 | 453 | 240,60% |
| Absentismo | 8,7% | 9,9% | 1,2 pp |

Quadro 4 Dados relativos à atividade do CHLO

Fonte: Elaboração própria, adaptado de CHLO (2014a; 2015a;2015b)

5.2 Medidas de Avaliação de Desempenho Atuais

O CHLO utiliza um sistema de avaliação assente em indicadores essenciais para o cumprimento dos objetivos estratégicos (apresentados no Quadro 5), no âmbito da contratualização com a ARS de Lisboa e Vale do Tejo, tendo um sistema de incentivos relacionado com o grau de cumprimento dos objetivos financeiros. A avaliação centralizada é feita pela ACSS com recurso a um sistema dinâmico e pela ERS mediante submissão da candidatura.

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

Quadro 5 Perspetivas de avaliação de desempenho do CHLO

Salienta-se que os sistemas de avaliação existentes, geridos por várias entidades de forma institucional e individualizada, poderão conduzir ao consumo de recursos financeiros e humanos superiores ao que seria necessário e a debilidades da própria informação. Segundo Miranda (2015, p. 45), «a informação tratada é de natureza administrativa cujos dados poderão apresentar problemas de qualidade devido à falta de precisão [dos registos]».

A situação seria diferente caso os sistemas de informação estivessem integrados num único, com um elevado nível de automatização e cujos dados ficariam à disposição de todos os interessados, diferenciando-se apenas o respetivo nível de acesso (Kaplan e Norton, 1996; Torres, 2010).

O CHLO, no âmbito da contratualização, monitoriza indicadores de ordem financeira, de produção, de atividade e de processos. No Quadro 6 apresentam-se as perspetivas e os

indicadores monitorizados pelos sistemas de avaliação atuais, num conjunto de 123 indicadores.

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

Quadro 6 Distribuição dos indicadores segundo o BSC

No sistema atual, assume uma grande relevância a perspetiva de eficiência dos processos e da qualidade dos serviços prestados, salientando-se a inexistência de indicadores da perspetiva de Aprendizagem e Crescimento, o que indicará a pouca importância dada à motivação, satisfação e formação dos profissionais de saúde, corroborando as conclusões do estudo de Correia *et al.* (2015).

5.3 Definição da Estratégia

O diagnóstico e definição da estratégia efetuados, utilizando uma matriz de análise *SWOT* (Forças, Fraquezas, Oportunidades e Ameaças), apresentada no Quadro 7, com o objetivo de minimizar as fraquezas e converter em oportunidades as ameaças detetadas, permitiu identificar as seguintes linhas de ação:

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

| | | |
|--|--|--|
| Envelhecimento do quadro médico do hospital. | | |
| Indefinição de carreiras médicas. | | |
| Deficiente resposta dos cuidados continuados. | | |
| Envelhecimento da população assistida pelo hospital. | | |
| Contexto económico desfavorável. | | |

Quadro 7 Análise SWOT

Fonte: Adaptado de CHLO (2014b).

5.4 Definição do *Balanced Scorecard*

Na definição do *BSC* foi utilizado um modelo baseado em Kaplan (1999) e Caldeira (2010), por se considerar que, no caso das organizações dos cuidados de saúde, a perspetiva dos clientes deve surgir no topo uma vez que o objetivo principal dos prestadores é a satisfação das expetativas dos clientes através da prestação de cuidados de saúde de qualidade (Torres, 2010).

5.4.1 Mapa estratégico

As grandes linhas estratégicas representam o caminho a seguir pela organização para que a sua missão seja concretizada. Assim, definiram-se as seguintes:

1. Melhoria do nível assistencial;
2. Melhoria dos níveis de eficiência dos recursos e otimização dos custos;
3. Reforço das áreas de diferenciação e dos serviços de complexidade técnica;
4. Investigação e ensino;
5. Elevar os padrões de qualidade.

De acordo com estas linhas estratégicas, foram definidos três objetivos nas perspetivas de “clientes” e “aprendizagem e crescimento”, e quatro nas perspetivas de “processos internos” e “financeira”, num total de 14 objetivos estratégicos.

A relação causa-efeito entre as perspetivas e objetivos, apresentada na Quadro 8, permite a concretização da missão e da estratégia do centro hospitalar.

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

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

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

Quadro 8 Mapa estratégico

Exemplifica-se a leitura do mapa estratégico, relativamente às duas perspetivas menos valorizadas pelos atuais sistemas de monitorização e avaliação do setor hospitalar em Portugal, designadamente as perspetivas de Aprendizagem e Crescimento e dos Clientes:

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

5.4.2 Indicadores e metas

Os indicadores foram selecionados de acordo com as linhas estratégicas a seguir, resultantes da análise *SWOT* e das possibilidades de melhoria encontradas. No quadro 9 são apresentados os indicadores e as respetivas metas anuais definidas para cada objetivo, que constam do Contrato-Programa para 2016. No entanto, para alguns indicadores não financeiros não foi possível definir metas devido à insuficiência de informação.

| Perspetivas | Nº. | Objetivos e Indicadores | Frequências | Peso % | Meta anual % |
|----------------------------|------------|--|-------------|--------|--------------|
| Clientes | O1 | Melhoria da acessibilidade | | | |
| | I1 | N.º de consultas externas no total das consultas | Mensal | 75 | 25 |
| | I2 | N.º de reclamações | Mensal | 25 | - |
| | O2 | Implementação de projetos de prestação de cuidados de saúde em ambulatório e ao domicílio | | | |
| | I3 | N.º. de consultas por especialidade | Mensal | | - |
| | O3 | Aumentar a eficácia clínica dos serviços prestados | | | |
| | I4 | Diminuição do absentismo dos doentes | Mensal | | - |
| | I5 | Diminuição dos internos nos serviços | Trimestral | | - |
| | | | | 31 | |
| Financeira | O4 | Melhorar a efetividade e eficiência da prestação | | | |
| | I1 | Tx de reinternamento em 30 dias | Mensal | 100 | 3,8 |
| | O5 | Controlo do equilíbrio financeiro | | | |
| | I2 | Custos com medicamentos | Trimestral | 25 | 61 |
| | I3 | Honorários com prestação de serviços médicos/ Custos com o Pessoal | Trimestral | 50 | -3 |
| | I4 | Custo das horas extraordinárias | Trimestral | 25 | 10,2 |
| | O6 | Diminuir a incerteza quanto a segurança clínica | | | |
| | I5 | Meios de diagnóstico complementares/FSE Subcontratos | Mensal | 100 | 65 |
| | O7 | Minimizar o impacto da hospitalização | | | |
| | I6 | Tx. de cirurgias programadas/total de cirurgias | Mensal | 100 | 78 |
| | | | | 19 | |
| Processos internos | O8 | Recuperar as listas de espera | | | |
| | I1 | Aumento do n.º da 1ª consulta | Mensal | 100 | 2 |
| | O9 | Aumentar o nível de utilização das Tecnologias e dos Sistemas de Informação | | | |
| | I2 | Tx. de complicações cirúrgicas (codificação) | Trimestral | 35 | 4 |
| | I3 | N.º. de CTH | Mensal | 65 | 87 |
| | O10 | Reforço da gestão e do posicionamento do CH nas suas áreas de referência no contexto do SNS | | | |
| | I4 | N.º de profissionais c/especialização | Mensal | 40 | 3 |
| | I5 | Demora média/especialidade | | 60 | 8,7 |
| | O11 | Melhorar as condições das instalações | | | |
| | I6 | Taxa de ocupação | Mensal | 75 | 85 |
| | I7 | Taxa de infeção/especialidade (internamento) | Mensal | 25 | - |
| | | | | 28 | |
| Aprendizagem e Crescimento | O12 | Valorização do mérito e maior satisfação dos profissionais | | | |
| | I1 | Absentismo/grupo profissional | Mensal | 50 | 8,9 |
| | I2 | N.º de horas extraordinárias/especialidade | Mensal | 20 | -7 |
| | I3 | Rotação do pessoal | | 30 | - |
| | O13 | Aumentar os níveis de investigação clínica | | | |
| | I4 | N.º de tratamentos inovadores | Trimestral | | - |

| | | | | | |
|--|------------|--|------------|----|---|
| | I5 | N.º de trabalhos científicos publicados | Trimestral | | - |
| | O14 | Formação profissional, pré e pós-graduada e desenvolvimento dos profissionais | | | |
| | I6 | N.º Horas de formação orientador/interno | Trimestral | | - |
| | | | | 22 | |

Quadro 9 Indicadores e metas

5.4.3 Iniciativas e resultados

O *BSC* vai possibilitar que o CHLO consiga apurar os desvios do seu plano estratégico e as respetivas causas, mas também a análise do nível de concretização dos objetivos de modo a avaliar a eficácia da estratégia. Tendo o CHLO cumprido a maior parte dos objetivos definidos pela entidade gestora, a análise das iniciativas e resultados (Quadro 10) foi orientada para a identificação das áreas passíveis de melhorias a nível operacional e financeiro, como a gestão das horas de trabalho por médico, o ajustamento das suas capacidades, o n.º atendimentos por médico e a melhoria do nível de motivação e satisfação dos profissionais.

| Perspetiva | Objetivos | Iniciativas | Resultados |
|-------------------|--|--|--|
| Clientes | <p>Melhoria da acessibilidade.</p> <p>Implementação de projetos de prestação de cuidados de saúde em ambulatório e ao domicílio.</p> <p>Aumentar a eficácia clínica dos serviços prestados.</p> | <p>Dar resposta adequada aos doentes via Consulta a Tempo e Horas com maior oferta e primeiras consultas.</p> <p>Reforçar uma cultura de transparência entre os clientes e os serviços possibilitando procedimentos imediatos e céleres de agradecimento ou reclamações por meio de aplicações eletrónicas para preenchimento de questionários de satisfação.</p> | <p>Pelo aumento do número de consultas melhora-se a oferta reduzindo, simultaneamente, os tempos de espera como também os custos por consulta. Por exemplo, com uma variação positiva de 1,5%, prevê-se conseguir aumentar o número total de consultas em 6.931.</p> <p>O seguimento do registo das reclamações confere oportunidades de melhoria ao nível do acesso aos cuidados, tempo de espera, adequação dos cuidados recebidos e procedimentos necessários ao atendimento, uma vez que estas representam mais de 80% do total de reclamações recebidas (CHLO, 2015a).</p> <p>Com este indicador são exetáveis melhores ajustamentos dos custos ao nível das especialidades.</p> <p>Não podendo atuar diretamente ao nível do absentismo dos doentes, terão de ser adotadas medidas alternativas como seja, por exemplo, colocar em alerta um número de doentes equivalente à taxa média do absentismo identificado para que os serviços tenham o total da sua capacidade preenchida.</p> <p>Monitorização do absentismo dos doentes permite tomar medidas que conduzem a uma melhoria da produtividade.</p> <p>O estabelecimento de uma taxa máxima de internos nos serviços irá garantir a manutenção da qualidade do atendimento e uma maior satisfação do doente.</p> |
| Financeira | <p>Melhorar a efetividade e eficiência da prestação.</p> <p>Controlo do equilíbrio financeiro.</p> <p>Diminuir a incerteza quanto a segurança clínica.</p> <p>Mínimizar o impacto da hospitalização.</p> | <p>Diminuir o impacto da hospitalização através da articulação com as redes de cuidados primários e cuidados integrados e estabelecer contactos regulares com os serviços de especialidade de modo a rentabilizar a capacidade instalada, e diminuir o número de urgências (CHLO 2014a; IASIST, 2015).</p> | <p>Melhoria da atividade clínica quer pela prescrição, quer pela garantia através de ações de sensibilização para que os doentes acompanhem, com rigor, essas mesma prescrições e orientações recebidas.</p> <p>Reduzindo os custos de aquisição dos medicamentos, por via de melhores condições de aquisição, gestão de <i>stocks</i> e controlo dos consumos teria, conseqüentemente, impacto nos resultados. Como exemplo, prevê-se que uma redução de 2,7% nos custos com os medicamentos possa conduzir a uma diminuição destes custos em 1.368.923€.</p> <p>Melhorando a gestão dos Recursos Humanos assegura-se maior produtividade e menor desperdício de recursos financeiros.</p> <p>Um melhor planeamento dos efetivos conduz, conseqüentemente, à redução do custo com o trabalho extraordinário. Estima-se que com uma redução 3%, com a prestação de serviços médicos se consegue diminuir o custo com aquele pessoal em 739.655€.</p> <p>A melhoria das práticas clínicas conduz a uma utilização mais racional dos meios de diagnóstico complementares conseguindo, assim, uma melhoria dos resultados.</p> <p>Uma melhoria da taxa das cirurgias programadas conduz a uma maior utilização dos recursos instalados, aumentando, deste modo, a produtividade e, por consequência, o resultado operacional.</p> |

| Perspetiva | Objetivos | Iniciativas | Resultados |
|-----------------------------------|---|---|--|
| Processos Internos | <p>Recuperar as listas de espera.</p> <p>Aumento do nível de utilização das tecnologias e sistemas de informação.</p> <p>Reforço da gestão e do posicionamento do centro hospitalar nas suas áreas de referência no contexto SNS.</p> <p>Melhorar as condições das instalações.</p> | <p>Adotar modelos de tecnologias e sistemas de informação mais adequados que permitem um acompanhamento melhor e mais rigoroso da situação clínica dos doentes e que integre a informação necessária para gestão.</p> <p>Renovação e remodelação das áreas degradadas sendo por isto necessário inserir as respetivas atividades de conservação no plano de investimento.</p> | <p>Aumentar o número de consultas a partir de uma melhor gestão de recursos afetos ou criando outros recursos específicos, devidamente integrados em planos de recuperação de listas de espera.</p> <p>Através da melhoria das práticas clínicas e da própria codificação, reduz-se a taxa das complicações cirúrgicas.</p> <p>Desenvolvimento de ações de análise de casos e posteriores ações corretivas, inseridas na formação profissional da área clínica, poderá reduzir a taxa de reincidências.</p> <p>Melhorar o tempo de consulta aumenta o número de consultas, bem como o resultado operacional.</p> <p>Melhorar a gestão dos recursos humanos com vista a uma melhor adequação da quantidade e especialização dos profissionais.</p> <p>Melhorar o planeamento das atividades com vista a reduzir a demora por especialidade.</p> <p>a renovação e remodelação das instalações assegura-se uma maior taxa de ocupação contribuindo, também, para uma diminuição do número de casos de infeção. Como exemplo, com uma variação positiva de 1,2% na taxa de ocupação (que significam 6.504 dias de internamento), poderia obter-se um impacto positivo nos rendimentos de 1.333.320€.</p> |
| Aprendizagem e Crescimento | <p>Valorização do mérito e maior satisfação dos profissionais.</p> <p>Aumento do nível de investigação clínica.</p> <p>Melhorar o nível de formação profissional, pré e pós-graduada e desenvolvimento dos profissionais.</p> | <p>Ações de formação específica e adequada; alinhar os objetivos individuais com os objetivos institucionais através de definição de incentivos associados ao nível de desempenho individual; possibilitar a definição de um plano de carreiras de modo a criar melhores condições para atração e contratação de clínicos de especialidade.</p> | <p>O absentismo dos trabalhadores provocado por acidentes do trabalho ou doenças traduzem-se num impacto significativo na produtividade como também nos resultados.</p> <p>o aumento da produtividade consegue-se um impacto positivo ao nível do atendimento dos doentes.</p> <p>otatividade tem impactos sobre o resultado da empresa considerando os custos associados com as despesas do processo de recrutamento e seleção, com as despesas com formação e integração. Ao reduzir a taxa de rotatividade pode diminuir-se a perda de produtividade com reflexo na qualidade dos serviços de cuidados de saúde prestados.</p> <p>O aumento dos tratamentos inovadores integrados num plano clínico conduz ao aumento da qualidade dos serviços.</p> <p>A publicação de um maior número de trabalhos científicos valoriza os colaboradores, conferindo um estímulo para fortalecer a ligação com a organização.</p> <p>O controlo da proporção entre as horas de formação de cada orientador por interno, torna mais efetivas as ações de formação e, por consequência, a qualidade dos cuidados prestados aos doentes.</p> |

Quadro 10 Iniciativas e resultados

Conclusões

6.1 Principais Conclusões

O CHLO prossegue uma estratégia de diferenciação na prestação de serviços, sujeito a políticas públicas e a constrangimentos financeiros. O *BSC* proposto responde às necessidades de informação das entidades gestoras e reguladoras do setor, permitindo obter informação de uma forma mais eficiente. Contrapõe, ao modelo de aplicação generalizado baseado em critérios estandardizados, um modelo alternativo caracterizado por critérios seletivos, permitindo identificar as estratégias adotadas e os processos em que as melhorias são mais relevantes, permitindo melhorias de qualidade dos processos e da relação com os seus recursos humanos e, bem assim, a consequente relação gastos/rendimentos.

O *BSC* permitiu identificar diversas oportunidades de melhoria. Por exemplo, com o aumento do número de consultas melhora-se a oferta reduzindo, simultaneamente, os tempos de espera e os custos por consulta. O seguimento das reclamações também se traduz em oportunidades de melhoria ao nível do acesso aos cuidados de saúde, tempo de espera, adequação dos cuidados recebidos e procedimentos necessários ao atendimento. Será, ainda, possível a redução dos custos de aquisição dos medicamentos, por via de melhores condições de aquisição, gestão de *stocks* e controlo dos consumos, o que terá, necessariamente, impacto nos resultados.

Assim, através da melhoria de gestão do capital humano, identificou-se a possibilidade de aumentar a produtividade e utilizar de forma mais racional os meios disponíveis, bem como aumentar o número de consultas, melhorar os tempos de espera e reduzir o custo médio por consulta.

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

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

Note-se que os benefícios que podem resultar das suas potencialidades, como ferramenta de gestão estratégica, podem ser condicionados por se tratar de uma entidade do setor público.

Assim, os constrangimentos financeiros e os sistemas de avaliação sem ligação aos objetivos e desempenho e aos prémios e incentivos, poderão limitar os benefícios da sua utilização.

Tendo em conta as condições económicas que o país atravessa, mais premente se torna a implementação do *BSC*. Sendo os cuidados de saúde uma necessidade cada vez mais evidente, é necessário iniciar um novo rumo estratégico, nomeadamente no que respeita à valorização dos recursos humanos, em contraste com a metodologia até agora seguida.

6.2 Limitações do Trabalho

A limitação mais sentida, foi a falta de acesso às diversas bases de dados e sistemas de informação utilizados pelo CHLO para verificação dos pressupostos necessários à implementação do *BSC*, o que não permitiu validar o modelo proposto.

Referências

- ACSS. (2016). *Contrato-Programa 2016*. Lisboa: Administração Central do Sistema de Saúde, I.P.
- Caldeira, J. (2010). *Implementação do Balanced Scorecard no Estado*. Coimbra: Almedina.
- CHLO. (2014a). *Relatório de gestão e contas para 2014*. Lisboa: Centro Hospitalar Lisboa Ocidental.
- CHLO. (2014b). *Relatório de boas praticas de Governo Societário adotadas em 2014*. Lisboa: Centro Hospitalar Lisboa Ocidental.
- CHLO. (2015a). *Relatório de gestão e contas para 2015*. Lisboa: Centro Hospitalar Lisboa Ocidental.
- CHLO. (2015b). ***Relatório Analítico da Atividade Assistencial e Desempenho Económico-Financeiro***. Lisboa: Centro Hospitalar Lisboa Ocidental.
- CHLO. (2016). ***Relatório Analítico da Atividade Assistencial e Desempenho Económico-Financeiro***. Lisboa: Centro Hospitalar Lisboa Ocidental.
- Correia, T., Carapinheiro, G., Silva, J. e Vieira, J. (2015). *O sistema de saúde português no tempo da Troika: a experiencia dos médicos*. Lisboa: ISCTE-IUL e Ordem dos Médicos.

- Costa, C. e Lopes, S. (2015). *Avaliação do desempenho dos hospitais públicos (internamento) em Portugal Continental*. Lisboa: Escola de Saúde Pública.
- Costa, M. (2012). *Nível de implementação do Balanced Scorecard nos hospitais: O caso português*. Dissertação de Mestrado. Lisboa: Instituto de Economia de Gestão.
- Forthman, M., Gold, R., Dove, H. e Henderson, R. (2010). “Risk-Adjusted Indices for Measuring the Quality of Inpatient Care”. *Quality Management in Health Care*, Vol. 19, no. 3, pp. 265-277 [Em linha]. Disponível em <http://comparionanalytics.com/assets/PDF/Publications/Risk-Models-CMA.pdf> [Consult. 08 jul. 2016].
- IASIST. (2015). *Desempenho clinico dos hospitais do SNS em 2008 e 2014*. Portugal: IASIST
- Jordan, H., Neves, J. e Rodrigues, A. (2008). *O Controlo de gestão ao serviço da estratégia e dos gestores*. 8.^a ed. Lisboa: Áreas Editora.
- Kaplan, R. (1999). *The balanced scorecard for public-sector organizations*. Boston Massachusetts: Harvard Business School Publishing.
- Kaplan, R. (2010). *Conceptual foundation of the balanced scorecard*. Boston Massachusetts: Harvard Business School Publishing.
- Kaplan, R. e Norton, D. (1996). *The balanced scorecard: translating strategy into action*. Boston Massachusetts: Harvard Business School Press.
- Major, M. e Vieira, R. (2009). Sistemas de medição do desempenho e o *balanced scorecard*. In *Contabilidade e controlo de gestão: teoria, metodologia e prática* (pp. 301-329). Lisboa: Escolar Editora.
- Matos, L. e Ramos, I. (2009). *Medir para gerir. O Balanced Scorecard em Hospitais*. Edições Sílabo.
- Miranda, C. (2015). *Modelo de previsão para identificar fatores de risco dos reinternamentos hospitalares em 30 dias*. Lisboa: NOVA Information Management School. Instituto Superior de Estatística e Gestão de Informação
- OCDE. (2015). *Review of health care quality: Portugal raising standards*. Paris: OECD Publishing.
- Pinto, F. (2009). *Balanced Scorecard: Alinhar mudança, estratégia e performance nos serviços públicos*. Lisboa: Edições Silabo.
- Russo, J. (2009). *Balanced Scorecard para PME e pequenas e médias instituições*. 5.^a ed. Lisboa: Lidel.
- Silva, I. (2012). *Gestão estratégica: Balanced Scorecard para uma entidade hospitalar*. Porto: Instituto Politécnico do Porto.

Silvestre, H. e Araújo, J. (2009). *A gestão por resultados no sector público: o caso dos Hospitais EPE*. [Em linha]. Disponível em <https://www.repository.utl.pt/bitstream/10400.5/515/4/605.pdf> [Consult. 03 jul. 2016].

Torres, A. (2010). *Caminhos da gestão: em serviços de saúde*. Mafra: Edição do Autor.

Legislação

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

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

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

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

Submetido em: 02.05.2023

Aceito em: 06.06.2023