

**UNIVERSIDADE DO ALGARVE**

**FACULDADE DE ECONOMIA**

**AVALIAÇÃO DO DESEMPENHO SEGUNDO A  
METODOLOGIA DO *BALANCED SCORECARD*.  
APLICAÇÃO À GESTÃO HOSPITALAR NO ALGARVE.**

Dissertação para a Obtenção do Grau de Mestre em  
Gestão Empresarial

**JOÃO JOSÉ GUEGUÉS SILVA DIAS**

FARO

2004



**JOÃO JOSÉ GUEGUÉS SILVA DIAS**

**FACULDADE DE ECONOMIA**

Orientadores: **PROF. DOUTOR EFIGÉNIO REBELO**  
**PROF. DR. CARLOS SARAIVA ALVES**

29 de Novembro de 2004

**AVALIAÇÃO DE DESEMPENHO SEGUNDO A  
METODOLOGIA DO *BALANCED SCORECARD*.  
APLICAÇÃO À GESTÃO HOSPITALAR NO ALGARVE.**

Juri:

Presidente: **PROF. DOUTOR EFIGÉNIO REBELO**

Vogais: **PROF. DOUTOR HENRIQUE O'NEILL**

**PROF. DR. CARLOS SARAIVA ALVES**

26 08 05 62784  
658  
DIA \*Ava

336 2 T.

4

## DEDICATÓRIA

A meus pais, esposa e filhos.

# ÍNDICE GERAL

	Página
Índice de Quadros.....	vi
Índice de Figuras.....	vii
Lista de Abreviaturas.....	viii
Agradecimentos.....	ix
Resumo.....	x
<i>Abstract</i> .....	xi
Capítulo 1. INTRODUÇÃO .....	1
Capítulo 2. O SECTOR DA SAÚDE EM PORTUGAL .....	4
2.1. Do Financiamento Retrospectivo ao Prospectivo .....	4
2.2. A Empresarialização dos Hospitais .....	5
2.3. Evolução face ao passado .....	8
2.4. Comparação face à União Europeia .....	9
2.5. As Organizações de Serviços de Saúde. Análise SWOT .....	9
2.5.1. Análise Externa .....	18
2.5.1.1. Envolvente Global .....	18
2.5.1.2. Forças Competitivas do Sector .....	19
2.5.2. Análise Interna .....	20
2.5.2.1. A Cadeia de Valor .....	20
2.5.2.2. Capacidades e Competências .....	21
2.6. O Sector da Saúde no Algarve .....	22
2.6.1. O Hospital Distrital de Faro .....	22
2.6.2. O Hospital do Barlavento Algarvio .....	24
Capítulo 3. PLANO ESTRATÉGICO .....	27
3.1. Missão .....	28
3.2. Valores .....	30
3.3. Visão .....	30
3.4. Estratégia .....	31

3.5. Revisão da literatura e Planeamento Estratégico .....	36
3.5.1. Metodologia do <i>Balanced Scorecard</i> .....	40
3.5.1.1. Perspectiva Financeira .....	46
3.5.1.2. Perspectiva do Cliente .....	47
3.5.1.3. Perspectiva do Processo Interno .....	48
3.5.1.4. Perspectiva da Aprendizagem e Crescimento ....	49
3.5.2. Avaliação do <i>Balanced Scorecard</i> .....	51
3.5.3. Factores Chave de Êxito .....	51
3.6. <i>Balanced Scorecard</i> e Outros Modelos de Gestão .....	53
3.6.1. Custeio Baseado nas Actividades .....	53
3.6.1.1. Características fundamentais do ABC .....	55
3.6.1.2. Princípios do ABM .....	58
3.6.2. Modelo de Medição da Qualidade EFQM .....	58
3.6.3. Sistema de Gestão por Incentivos .....	59
Capítulo 4. APLICAÇÃO DO BALANCED SCORECARD Á GESTÃO HOSPITALAR NO ALGARVE .....	60
4.1. <i>Balanced Scorecard</i> e Compensação por Objectivos .....	64
4.1.1. Painel Estratégico para o Internamento Hospitalar ....	66
4.1.2. Painel Estratégico para o Ambulatório .....	67
4.2. Aplicação do Sistema ABC na determinação de Custos e Preços de Partos e Diárias de Maternidade.....	68
4.2.1. Aspectos relacionados com a Formação de Preços em Instituições Hospitalares .....	68
4.2.2. Etapas a seguir no levantamento das Actividades e Custos e na definição dos Preços .....	69
4.2.3. Análise de Resultados .....	71
4.2.4. Recomendações Finais .....	75
Capítulo 5. CONCLUSÃO .....	76
5.1. Sugestões para Trabalhos Futuros .....	77
Referências Bibliográficas .....	78
Glossário .....	84

## LISTA DE QUADROS

	Página
2.1 Localização dos Hospitais S. A. ....	5
2.2 Análise SWOT ao Sector da Saúde no Algarve .....	15
2.3 Orientações Estratégicas .....	16
2.4 Matriz SWOT .....	17
3.1 Plano Estratégico para os Serviços de Saúde no Algarve .....	27
3.2 Escolas do Pensamento Estratégico .....	31
3.3 Indicadores Passados e Futuros da Actividade .....	40
3.4 Indicadores de Avaliação da Qualidade Global .....	45
3.5 Indicadores Financeiros .....	46
3.6 Indicadores dos Clientes .....	47
3.7 Indicadores do Processo Interno .....	48
3.8 Indicadores da Aprendizagem e do Crescimento .....	50
3.9 ABC / Sistemas Clássicos de Custeio .....	55
4.1 Exemplos de Metas .....	65
4.2 Exemplos de Pagamentos .....	65
4.3 Painel Estratégico para o Internamento Hospitalar .....	66
4.4 Painel Estratégico para o Ambulatório .....	67
4.5 Determinação dos Direcçionadores de Recursos .....	71
4.6 Cálculo do Custo das Actividades .....	72
4.7 Grupos de Trabalho e Actividades com Respective Custos .....	73
4.8 Cálculo do Preço Fixo por Parto .....	74
4.9 Cálculo do Preço das Diárias .....	74

## LISTA DE FIGURAS

	Página
2.1 Criação de Valor pela Estratégia .....	20
3.1 Os Dois Momentos Principais na Evolução do Pensamento Estratégico Organizacional .....	32
3.2 <i>Balanced Scorecard</i> .....	39
3.3 Modelo Expandido do ABC .....	56
3.4 Modelo da Gestão Baseada nas Actividades .....	57
3.5 Modelo de Medição da EFQM .....	58
4.1 Gestão Eficiente dos Processos .....	62
4.2 Esquema do Processo de Parto .....	69
4.3 Esquema do Cálculo do Custo das Actividades .....	69
4.4 Esquema do Cálculo do Preço Fixo por Parto .....	70

## LISTA DE ABREVIATURAS

<b>ABC</b>	<i>ACTIVITY-BASED COSTING</i>
<b>ABM</b>	<i>ACTIVITY BASED MANAGEMENT</i>
<b>ARS</b>	ADMINISTRAÇÃO REGIONAL DE SAÚDE
<b>CRI</b>	CENTROS DE RESPONSABILIDADE INTEGRADOS
<b>CRM</b>	<i>COSTUMER RELATIONSHIP MANAGEMENT</i>
<b>EFQM</b>	<i>EUROPEAN FOUNDATION FOR QUALITY MANAGEMENT</i>
<b>ERP</b>	<i>ENTERPRISE RESOURCE PLANNING</i>
<b>GDA</b>	GRUPOS DE DOENTES DE AMBULATÓRIO
<b>GDH</b>	GRUPOS DE DIAGNÓSTICO HOMOGÉNEOS
<b>HBA</b>	HOSPITAL DO BARLAVENTO ALGARVIO
<b>HDF</b>	HOSPITAL DISTRITAL DE FARO
<b>JIT</b>	<i>JUST-IN-TIME</i>
<b>OCDE</b>	ORGANIZAÇÃO PARA A COOPERAÇÃO E DESENVOLVIMENTO ECONÓMICO
<b>PIB</b>	PRODUTO INTERNO BRUTO
<b>PECLEC</b>	PROGRAMA ESPECIAL DE COMBATE ÀS LISTAS DE ESPERA CIRÚRGICAS
<b>PPP</b>	PARCERIAS PÚBLICO-PRIVADOS
<b>SA</b>	SOCIEDADE ANÓNIMA
<b>SPA</b>	SECTOR PÚBLICO ADMINISTRATIVO
<b>SNS</b>	SISTEMA NACIONAL DE SAÚDE
<b>SWOT</b>	<i>STRENGTHS, WEAKNESSES, OPPORTUNITIES, THREATS</i>
<b>TQM</b>	<i>TOTAL QUALITY MANAGEMENT</i>
<b>UCI</b>	UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS

## AGRADECIMENTOS

Ao Prof. Doutor Efigénio Rebelo, exemplo de ética e comportamento académico, com notório saber, cuja convivência só fez aumentar a sua admiração e reconhecimento, por o ter honrado com a orientação da presente dissertação, permitindo que beneficiasse dos seus conhecimentos.

Ao Prof. Dr. Carlos Saraiva Alves, cuja erudição e maturidade seriam fundamentais na realização da tarefa que se propunha realizar e que teve a gentileza de aceitar coadjuvar na orientação da presente dissertação, pelo apoio ensinamentos e motivação transmitidos, que permitiram a elaboração da presente dissertação.

A todos os professores que leccionaram o IIIº Mestrado em Gestão Empresarial na Faculdade de Economia da Universidade do Algarve, pelos ensinamentos transmitidos.

A todos os colegas do IIIº Mestrado em Gestão Empresarial, com quem teve o prazer de partilhar conhecimentos em diferentes áreas do saber e pela sua convivência que nos uniu num espírito de grupo motivador.

Às funcionárias do secretariado do mestrado Elsa, Telma e Anabela, pela disponibilidade e apoio que sempre manifestaram.

## RESUMO

As organizações procuram novas formas de gestão para enfrentar o actual ambiente globalizado de alta competitividade e acérrima concorrência.

O *Balanced Scorecard* ao combinar os indicadores económico-financeiros tradicionais com indicadores não-financeiros que avaliam o desempenho através de três perspectivas adicionais – do cliente, do processo interno e do crescimento e desenvolvimento, revela-se como uma ferramenta capaz de atender às novas exigências de gestão dentro de cenários económicos em constante mutação. A presente dissertação tem por objectivo a identificação de indicadores estratégicos de gestão hospitalar. Para tal, faz-se a revisão da literatura mais significativa em termos de evolução recente do sistema de saúde e do sistema de avaliação de performance segundo a metodologia do *Balanced Scorecard*. Em termos empíricos, foi definido o *Balanced Scorecard* global hospitalar.

Com o crescimento dos gastos na área de saúde, torna-se necessário a adopção de um sistema que forneça informações úteis. Conhecendo os verdadeiros custos dos serviços prestados, a organização estará em condições de cortar desperdícios, melhorar os seus serviços, avaliar incentivos de qualidade e impulsionar para o melhoramento contínuo através da Gestão Baseada nas Actividades (ABM). Neste trabalho é abordada a importância de se substituírem os sistemas tradicionais de contabilidade pelo Custeio Baseado nas Actividades (ABC), que possibilita melhor e mais racional rastreio dos custos indirectos, demonstrando como é importante no sector hospitalar uma gestão profissional, detentora de uma visão dinâmica e futurista.

**Palavras chave:** *Balanced Scorecard*; Indicadores de desempenho; Gestão Estratégica; Gestão Baseada nas Actividades; Custeio Baseado nas Actividades

## **ABSTRACT**

*Organizations search new management strategies, in order to face the current situation provoked by globalization effects: high competitiveness and crude competition style.*

*The Balanced Scorecard supplemented traditional financial ratios with non-financial indicators that measured performance from three additional perspectives – those of customers, internal business processes and learning and growth, reveals itself as a tool which is able to satisfy new management requirements, in economical context taken for a continuous process of changes. The purpose of this dissertation is the identification of strategic performance indicators applied to a public hospital. For this, the most significant bibliography is reviewed concerning the recent evolution of the health care system and the performance evaluation system based on the approach of the Balanced Scorecard. Thus, the overall Balanced Scorecard for the hospital was empirically constructed.*

*With the growth of the expense in the health area, it makes it necessary the adoption of a system to provide useful information. Knowing the true costs of rendered services, the organization will be able to eliminate waste, to produce improved services, to evaluate quality incentives and impel towards, progressive improvement, through Activities Based Management (ABM). In this research there is an approach to the importance of replacing the accounting traditional systems and adopt Activities Based Costing (ABC), that makes possible a better and more reasonable track of indirect costs, showing how important is in this sector a dynamic and futuristic vision at the level of professional management.*

**Key-words:** *Balanced Scorecard; Performance Measuring; Strategic Management; Activities Based Management; Activities Based Costing*

# 1. INTRODUÇÃO

A crise do “Estado-Providência”, com o aumento das exigências dos cidadãos e a ineficiência e disfuncionalidade de uma administração pública desmesuradamente grande, com organizações piramidais de gestão fortemente regulada, impõe a necessidade de um novo paradigma organizacional que leve à prática novos modelos de gestão, culturais e organizacionais. Este novo tipo de postura exige um novo tipo de organização, mais flexível e adaptável às novas exigências, mais qualificante em si mesma. As pessoas que gerem têm que estar interessadas e motivadas. Os gestores públicos raramente são bem escolhidos, preparados e motivados. Não há recompensa pelo mérito.

O hospital tem um valor económico e social próprio, porque cria e mantém locais de trabalho, adquire serviços e consome produtos. A ponderação ética do gestor hospitalar obriga-o a comparar valores pessoais com valores sociais: por um lado, a satisfação profissional daqueles que querem dar o melhor aos doentes, por outro, a satisfação do doente que regressa recuperado à comunidade, garantindo a melhor rentabilização dos recursos. No entanto, sendo o hospital uma empresa que consome avultados recursos financeiros, impõe-se uma gestão eficaz e responsável evitando os desperdícios e rentabilizando os recursos de que dispõe de uma forma equilibrada.

Gerir, hoje mais do que nunca, é um complexo processo de liderança das pessoas e de gestão dos recursos. Há que adoptar modelos, mecanismos ou instrumentos de gestão inovadores, que facilitem a reestruturação organizacional e a implementação de medidas que racionalizem de forma eficiente e efectiva o funcionamento dos serviços, motivando os seus profissionais e criando oportunidades de recompensar, de forma

diferente, o trabalho e dedicação. A inovação é o desafio. Trabalho, investigação, abertura à mudança, disponibilidade e risco são as soluções.

Face aos problemas crescentes dos últimos anos no sector da saúde, com a desorganização e degradação progressiva do Serviço Nacional de Saúde, o crescimento descontrolado das despesas públicas alcançando, segundo dados do Ministério da Saúde, seis mil e quinhentos milhões de euros com défices elevadíssimos entre 1500 a 2000 milhões de euros, associados à frustração dos direitos dos cidadãos ao acesso mais rápido e de melhor qualidade aos cuidados de saúde, resultando em níveis de 70 a 80% de insatisfação, impõe-se a adopção de instrumentos de gestão que respondam de forma eficiente e com efectividade. Foi interpretando esta realidade, que surge este trabalho no domínio do controlo de gestão, com o objectivo de identificar e definir indicadores estratégicos de gestão com aplicação à gestão hospitalar no Algarve.

A presente dissertação está estruturada em oito capítulos. O Presente e futuro do sector da saúde em Portugal é caracterizado no capítulo dois, dando especial atenção às organizações de saúde no Algarve.

O capítulo três, é dedicado à análise das forças, fraquezas, ameaças e oportunidades das organizações de serviços de saúde em Portugal, com o objectivo de formular a estratégia mais adequada para o sector da saúde no Algarve.

No capítulo quatro, determinando a missão, valores e visão mais adequadas à realidade do sector da saúde no Algarve e procedendo à análise externa com a envolvente geral e forças competitivas do sector e à análise interna com identificação da cadeia de valor e capacidades e competências, elabora-se o plano estratégico para os serviços de saúde no Algarve.

O capítulo cinco é dedicado ao sistema de avaliação de desempenho segundo a metodologia do *Balanced Scorecard*. Este consiste num instrumento de implementação estratégica que avalia o desempenho organizacional segundo quatro perspectivas: a financeira, a do cliente, a do processo interno e a da aprendizagem e desenvolvimento. Neste capítulo é apresentada a metodologia e os indicadores de desempenho propostos por esta metodologia, bem como a avaliação do método e os factores chave de êxito.

No capítulo seis, descrevem-se outros modelos de gestão, nomeadamente o sistema de Custeio Baseado nas Actividades (ABC) e o Modelo Europeu de Gestão da Qualidade Total da EFQM, que associados à metodologia do *Balanced Scorecard* complementam-se, tendo por objectivo a obtenção da excelência na gestão.

A parte empírica desta dissertação encontra-se no capítulo sete e teve por objectivo a aplicação da metodologia do *Balanced Scorecard* à gestão hospitalar no Algarve. Propõe-se a aplicação em cascata do *Balanced Scorecard*, integrado com o Sistema de compensações por objectivos, a implementar na gestão do futuro Hospital Central do Algarve. Neste capítulo procedeu-se também à aplicação do sistema ABC na determinação de custos e preços de partos e diárias na maternidade.

O trabalho realizado revela que as metodologias desenvolvidas no presente estudo têm aplicabilidade no Algarve.

## **2. O SECTOR DA SAÚDE EM PORTUGAL**

De acordo com Sá (2003), dados os problemas actualmente existentes no sector da saúde, esta é a prioridade das prioridades nacionais. Tudo o resto empalidece de importância face ao que se passa neste sector.

### **2.1. Do Financiamento Retrospectivo ao Prospectivo**

Os Grupos de Diagnósticos Homogéneos (GDH) foram introduzidos em Portugal em 1984, mas a sua aplicação só se efectivou em 1997. O pagamento passou a resultar da combinação de uma componente histórica e uma componente ajustada pela produção (GDH), com preços diferenciados em função de cinco grupos de hospitais.

Foi iniciado nalguns hospitais o uso experimental de um sistema equivalente aos GDH, para o sector ambulatório, os chamados Grupos de Doentes de Ambulatório (GDA), sendo que, a sua utilização na vertente de pagamento está ainda longe de produzir resultados práticos, nomeadamente pelas dificuldades de obtenção de dados de actividade e de custos que o sistema exige. Como fase intermédia, foram definidos preços para um conjunto de GDH na área da cirurgia de ambulatório.

O financiamento dos hospitais assumiu durante anos a forma de um modelo retrospectivo, caracterizado pelo pagamento baseado nas despesas do ano anterior, tendo em conta a inflação. Portugal, encontra-se actualmente no topo dos países com despesas em saúde mais elevadas, sendo que, os hospitais representam mais de 50% da despesa do serviço nacional de saúde.

*“A Saúde é um bem e um direito dos cidadãos, constituindo um investimento nas pessoas e um poderoso factor da coesão e do desenvolvimento económico e social.” (Martins, 2003).*

Há que evitar o desperdício, com um funcionamento mais eficiente dos serviços de saúde, sem gastar mais, gastando melhor, devendo este objectivo ser assumido por todos os níveis hierárquicos e técnicos do hospital.

De acordo com Sá (2003), um dos objectivos primordiais da gestão é a adaptação, dificilmente compatível com o monoformismo público.

## 2.2. A Empresarialização dos Hospitais

A empresarialização de 34 unidades hospitalares, transformadas em 31 Sociedades Anónimas, de capitais exclusivamente públicos, teve por objectivo introduzir maior eficácia, flexibilização e responsabilização na sua gestão.

**QUADRO 2.1 - LOCALIZAÇÃO DOS HOSPITAIS S.A.**

<b>NORTE (11)</b>	<b>LISBOA E VALE DO TEJO (11)</b>
IPO – Porto	IPO – Lisboa
Hospital de Santo António –Porto	Hospital de Santa Maria - Lisboa
Hospital de Barcelos	Hospital de Pulido Valente – Lisboa
Hospital de Bragança	Hospital de Egas Moniz – Lisboa
Hospital de Guimarães	Hospital de Santa Cruz – Lisboa
Unidade Local de Saúde de Matosinhos	Hospital S. Francisco Xavier – Lisboa
Hospital do Vale de Sousa	C. H. Médio Tejo Abrantes /Tomar / Torres Novas
G. H. Alto Minho Viana Castelo/Ponte Lima	Hospital Garcia da Orta (Almada)
Hospital de Vila Nova de Famalicão	Hospital do Barreiro
C. Hosp. Vila Real / Peso da Régua	Hospital de Santarém
Hospital de Amarante	Hospital de Setúbal
<b>CENTRO (7)</b>	<b>ALENTEJO (1)</b>
IPO – Coimbra	Hospital de Beja
Hospital de Aveiro	<b>ALGARVE (1)</b>
C. H. Cova da Beira Covilhã / Fundão	Hospital do Barlavento Algarvio - Portimão
Hospital da Figueira da Foz	
Hospital de Leiria	
Hospital de Santa Maria da Feira	
Hospital de Viseu	

(Fonte: Ministério da Saúde, 2003)

Nos últimos anos, os grupos empresariais privados começaram a actuar na área da prestação de serviços médicos ambulatoriais e de cuidados continuados para a terceira idade. Uma oportunidade gerada pela procura crescente dos utentes e pela própria incapacidade de resposta dos hospitais públicos.

De acordo com a Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (OCDE, 2002), Portugal possui a taxa mais elevada de despesa privada com a saúde da união europeia, correspondente a 70% do ambulatório e consultas da especialidade, 6% da saúde hospitalar e 24% da despesa com medicamentos.

Actualmente, os grupos privados já financiam 23% da saúde em Portugal, através dos seguros, onde a Médis, do grupo Banco Comercial Português lidera. Cerca de 10% da população portuguesa tem actualmente seguro de saúde. O crescimento médio anual deste mercado, entre 1992 e 2002, foi de 17%, evoluindo de um valor de cerca de 54 milhões de euros em 1992, para cerca de 259 milhões de euros em 2002. O peso do mercado de seguros de saúde, medido em percentagem do PIB, praticamente triplicou nesse período, espelhando a crescente importância deste ramo do sector segurador na economia nacional. Este mercado cresceu 15,2 % no primeiro semestre de 2003, face ao período homólogo do ano anterior.

No primeiro semestre de 2003, a Médis realizou 47377 novos seguros de saúde, detendo no total em carteira 532664 pessoas seguras, o que corresponde a mais 18,4% em relação aos primeiros seis meses de 2002.

Também a seguradora Fidelidade-Mundial, do grupo Caixa Geral de Depósitos, com o seguro de saúde Multicare, com 280000 segurados em 2002, obteve um aumento de 21%, no número de novos contratos no primeiro semestre deste ano.

A rede hospitalar pública tem 110 hospitais, dos quais 34 foram convertidos, no final do ano passado, em 31 sociedades anónimas de capitais públicos. Embora não tendo uma gestão privada, estes hospitais-empresa passam a ser geridos por critérios empresariais, tendo autonomia para contratar pessoal e adquirir bens e serviços.

Mais arrojado do que isto será o modelo de parceria entre estado e privados, em que estes assumirão o risco do investimento inicial, através da construção e financiamento das infra-estruturas, em regime de *Project Finance*, ganhando como contrapartida a concessão da gestão dos hospitais por um certo período de tempo. Estas parcerias, correspondem à introdução de um modelo de serviço de *Contracting Out* na saúde em que o operador privado presta o serviço ao utente do Sistema Nacional de Saúde (SNS), através da contratação. O estado assume progressivamente o papel de financiador-moderador, deixando para os privados a prestação dos cuidados de saúde.

Teve lugar em 12 de março de 2003, a assinatura do protocolo de colaboração entre o ministério da saúde e as autarquias de Loulé e Faro, tendo em vista o lançamento do futuro Hospital Central do Algarve e a cedência de terrenos, no complexo do parque das cidades, onde será construída esta unidade de saúde.

Esta nova unidade de saúde da região algarvia, implantada numa área com cerca de treze hectares e destinada a acolher meio milhar de camas, nasce da necessidade de dar resposta à procura de cuidados de uma significativa população flutuante, designadamente no período de verão no tocante aos serviços de urgência e da deficiente rede de oferta de cuidados hospitalares existentes actualmente no Algarve. Este é um dos 10 hospitais previstos pelo governo em todo o país e que irá nascer de uma parceria público-privada.

Estes hospitais passarão a fazer parte da rede nacional de cuidados hospitalares, a qual integrará não só as infra-estruturas construídas e geridas pelo estado, mas também pela iniciativa privada.

Os 90 hospitais do sector público administrativo (SPA) vão ser sujeitos a um contrato com objectivos e metas quantitativas do plano de actividades do hospital no âmbito da prestação de serviços e cuidados de saúde. Esta é uma das novidades mais importantes da Lei de Gestão Hospitalar publicada em Diário da República (D.L. Nº 188/2003 de 20 de Agosto). Segundo o documento, que na prática equipara, neste aspecto, estes hospitais aos empresarializados, os hospitais do (SPA) terão também um *case-mix* – um ponderador das doenças mais tratadas e da especificidade do hospital – para efeitos de pagamento e definição de objectivos, para além de poderem receber contrapartidas financeiras especiais em função dos resultados obtidos ou da criação de incentivos de produtividade e da prestação mais eficiente de cuidados.

### **2.3. Evolução face ao passado**

#### Melhorou:

- No aumento do acesso à saúde - mais em quantidade do que em qualidade
- No desenvolvimento do sector privado - mais oportunidades e concorrência e novos métodos de gestão

#### Piorou:

- No aumento da ineficiência e maior desperdício de recursos
- Na deterioração da gestão – mais desorganização com desmotivação

O crescimento do sector privado, deu origem a novos problemas:

- Pressão dos *lobbies*
- Conflitos de interesse
- Dilemas éticos

## 2.4. Comparação face à União Europeia

### Estamos semelhantes:

- Na qualidade dos médicos e enfermeiros – ao nível da preparação, generosidade e capacidade de adaptação
- Nas listas de espera

### Estamos pior:

- Na ausência de planeamento
- Na organização e gestão
- Na ética
- Na investigação e desenvolvimento
- Nos recursos humanos – em número, remunerações e envelhecimento

(Fonte: Sá, 2003)

## 2.5. As Organizações de Serviços de Saúde. Análise SWOT

O aumento contínuo das despesas de saúde, a que se assistiu nos últimos anos em Portugal, sem que lhe correspondam necessariamente melhores resultados ou ganhos em saúde, permite concluir que não será por injectar mais recursos no sistema que se promoverá a eficiência dos serviços e organizações.

### Sintomas de crise, sinais de necessidade de mudança:

- Frustração e desmotivação dos profissionais
- Insatisfação dos doentes
- Persistência de elevados défices
- Existência de listas e tempo de espera elevado
- Produção inferior ao desejável em quantidade e qualidade
- Insatisfação associada à falta de autonomia ao nível da gestão.

### Problemas:

- **No enquadramento**, ou ausência de enquadramento, do hospital no sistema de cuidados de saúde
- **Na organização interna**, pouco flexível e sem elasticidade, que não lhe permite acompanhar a evolução tecnológica e as inovações que a procura possa assumir
- **Nos recursos humanos**, em que os constrangimentos financeiros determinam modelos burocráticos inadequados à satisfação rápida das necessidades imprevisíveis
- **Nas aquisições**, pelo recurso a procedimentos viscosos e burocratizados e que privilegiando uma aparente segurança, subalternizam em absoluto a economia e a racionalidade dos procedimentos e a optimização na utilização dos recursos
- **Na área financeira**, em que desagua uma parte substancial destas ineficiências, onerando os custos e desvirtuando preocupações de produtividade
- **Na gestão**, transformada numa rotina sem objectivos, sem motivação e por isso, necessariamente desresponsabilizada.

A procura inapropriada dos serviços hospitalares, em especial do serviço de urgência, não é desencorajada, verificando-se tendência para substituir cuidados primários e continuados por cuidados hospitalares, ficando prejudicada a actividade programada. Como consequência aumenta a insatisfação dos doentes, sujeitos a demoras de atendimento e realização de actos médicos, com serviços de urgência superlotados, ambientes pouco amigáveis e carência de informação relevante.

O mesmo se passa com os profissionais, sujeitos por vezes a burocracias sem sentido, em instituições públicas frequentemente sem projecto, desenvolvendo uma actividade rotineira e considerada, comparativamente com a actividade privada, mal remunerada.

Os sistemas de classificação de serviço e avaliação de desempenho encontram-se profundamente desvalorizados como instrumentos de gestão de recursos humanos e promoção profissional.

### **Organização do trabalho:**

O papel dinamizador das chefias é de enorme importância na gestão de recursos humanos. A falta de vocação para a gestão associa-se muitas vezes a desconhecimento de aspectos básicos de organização, sendo então com naturalidade que se constata a inexistência de objectivos e a não orientação para resultados.

A gestão de horários é outro problema, com a dificuldade em implementar o desfasamento de horários, de modo a abranger o período da tarde. O pessoal concentra-se essencialmente no período da manhã, em condições de sobreutilização de espaços e equipamentos, com a consequente subutilização durante a tarde.

### **Sistema de compensação:**

A ausência de mecanismos remuneratórios complementares aos salários que premeiem resultados de produtividade, eficiência e qualidade, associado à ausência de objectivos assistenciais, vem perpetuando uma cultura desresponsabilizante nos serviços e nas instituições.

A ausência de reconhecimento dos bons desempenhos, dos serviços e profissionais, contribui para aumentar o desinteresse, a desmotivação e o sentimento de não realização profissional.

### **Enquadramento da mudança:**

Pretendem-se atingir os seguintes objectivos:

- Melhorar a eficiência e qualidade dos serviços prestados
- Melhorar o acesso
- Aumentar a satisfação dos doentes e profissionais
- Instituir o reconhecimento público e prémios de gestão
- Desenvolver o sistema de informação e informatização adequados às necessidades de gestão, à facilitação da produção e reengenharia hospitalar
- Estabelecer um sistema de avaliação interno dos serviços

- Instituir auditorias de qualidade e fomentar a acreditação e certificação de serviços e hospitais
- Mobilizar o pessoal para projectos de redução sistemática do desperdício, para todo o pessoal, em todos os actos e de modo contínuo
- Estimular a utilização de *benchmarking* entre hospitais e serviços semelhantes, como método de procura contínua de aperfeiçoamento
- Avaliar periodicamente o desempenho, de índole económico-financeira e de gestão

As alterações, deverão consistir em:

- O modelo centralista e verticalizado, com linhas hierárquicas demasiado explícitas e rígidas e pesadamente burocratizado, deverá ser substituído por um modelo mais leve, flexível e descentralizado
- Introduzir progressivamente uma cultura orientada para objectivos e resultados
- Redefinição de horários e organização do trabalho
- Introduzir modificações profundas no ambulatório hospitalar,
- Adequada política remuneratória que incremente a produtividade, ou seja, a par da remuneração prevista na carreira, deverá existir um complemento remuneratório associado à actividade realizada
- Desenvolvendo a hospitalização de dia e reformulando a consulta e a urgência
- Introduzir risco, avaliar e responsabilizar os gestores de todos os níveis, reconhecendo e premiando os bons resultados
- Reconhecer e recompensar os bons serviços e profissionais, através de um sistema de incentivos
- Promover a avaliação sistemática da satisfação dos profissionais
- Avaliar sistematicamente a satisfação dos doentes
- Avaliar a qualidade do atendimento e personalização dos contactos

Os Centros de Responsabilidade Integrados (CRI), conjugados com uma política remuneratória associada à produção, poderá permitir a obtenção de melhores indicadores de produtividade, eficiência e qualidade.

É necessário libertar os hospitais das regras actuais da administração pública, eliminando a burocracia e aumentando a capacidade de resposta, permitindo maior flexibilização e implementando sistemas de incentivos, recompensando e responsabilizando os gestores pela obtenção de resultados.

O descontrolo da despesa hospitalar tende a produzir consequências negativas na economia, baixa eficiência macroeconómica, reconhecendo-se que o peso da saúde no Produto Interno Bruto (PIB) é superior ao esperado, face ao nível de desenvolvimento do país.

De acordo com a OCDE, os gastos da saúde pública e privada em Portugal em 2000, representaram 8,2% do PIB, valor este que se tem vindo a aproximar da média da União Europeia (8,1%). As despesas públicas com a saúde em Portugal representam 5,7% do PIB do país, correspondendo a 7500 milhões de euros ao ano.

O modelo de financiamento retrospectivo dos hospitais, utilizado até um passado muito recente, incentivou a subprodução, convidou ao desperdício e não promoveu a qualidade. É essencial utilizar melhor os recursos disponíveis, com vista a uma eficiente e efectiva racionalidade global.

O estado não deverá ter simultaneamente a função de regulamentador, regulador, financiador, gestor, prestador e avaliador de cuidados. Há necessidade de um sistema de informação eficaz e sistemas de avaliação dos cuidados, dos serviços e da gestão.

### **Do Financiamento Prospectivo à Contratualização:**

A separação do financiamento e da prestação de cuidados de saúde e a criação de mecanismos reguladores de concorrência orientados para a qualidade e baseados no preço, bem como a compra e venda de serviços, com base no modelo de contratualização, cria um novo paradigma com modelos de pagamento prospectivo, orientado para a produção, para a qualidade, para a inovação e para a eficiência técnica.

A utilização de mecanismos de monitorização com indicadores de desempenho, de qualidade e de satisfação dos clientes, constituem requisitos básicos para a introdução de regras de mercado no sistema de saúde. Sendo exemplos de indicadores de desempenho e de qualidade:

- Índice de *case-mix*
- Demora média esperada
- Número de admissões
- Número de dias inapropriados
- Taxa de readmissões nos Grupos de Diagnóstico Homogéneo cirúrgicos
- Taxa de mortalidade nos Grupos de Diagnóstico Homogéneo
- Taxa de complicações

#### **Condicionantes Externas ao funcionamento dos hospitais:**

- O estatuto hospitalar dificulta a tomada de medidas de gestão inovadoras
- O subfinanciamento
- A afluência exagerada de utentes às urgências – em parte justificada pela dificuldade no acesso às consultas externas.

Certamente que o bom funcionamento dos hospitais resultará da sua capacidade de organização interna, mas dependerá muito da envolvente externa.

#### **Especificidades da Saúde em termos estritamente Económicos:**

Do lado da procura, o constante envelhecimento da população e a melhoria do nível médio de vida, requerem mais e melhores serviços de saúde. Do lado da oferta, a constante descoberta e comercialização de medicamentos mais eficazes e a introdução de novas técnicas de tratamento e de novos equipamentos, constituem no seu conjunto, uma força de pressão no sentido do aumento da despesa a ritmos superiores ao da criação da riqueza dos países.

É prioritária uma correcta organização e gestão de hospitais e centros de saúde, com a interligação entre hospitais e médicos de família, eliminando a burocracia e aumentando a produtividade, promovendo a investigação e o desenvolvimento.

A ética, a disciplina e a motivação, são fundamentais para reduzir o absentismo.

Perante a ineficiência do sistema público de saúde, foram tomadas medidas drásticas. Entre as mais importantes e controversas, estão: a aprovação de uma nova lei de gestão hospitalar, que introduz uma cultura empresarial nos hospitais públicos e o lançamento de um programa de parcerias público-privadas (PPP) para a construção de dez novos hospitais do agora designado Sistema Nacional de Saúde (SNS).

Assume especial relevância a questão da acessibilidade, designadamente através de sérios esforços na diminuição de listas de espera e na contenção dos mecanismos informais de acesso aos serviços.

Há que criar um novo paradigma centrando o sistema nos clientes, com uma verdadeira cultura organizacional, de humanização e personalização dos cuidados, de simplificação e desburocratização, de adaptação do funcionamento das instituições às necessidades e ao controlo dos seus utilizadores.

#### QUADRO 2.2 - ANÁLISE SWOT AO SECTOR DA SAÚDE NO ALGARVE

<b>Pontos Fracos</b> 1 – Serviços caros 2 – Baixa produtividade 3 – Fraca qualidade 4 – Fraca capacidade de resposta 5 – Atendimento despersonalizado 6 – Presença de listas de espera 7 – Falta de recursos humanos	<b>Ameaças</b> 1 – Possibilidade de nova competência 2 – Instabilidade do euro face ao dólar 3 – Clima político-social turbulento
<b>Pontos Fortes</b> 1 – Predisposição para a mudança 2 – Capacidade logística 3 – Tecnologia avançada	<b>Oportunidades</b> 1 - Política governamental de apoio à gestão empresarial 2 – Economia em retoma

Combinando pontos fortes e fracos com oportunidades e ameaças podemos chegar a quatro tipo de orientações estratégicas (Quadro 2.3):

**QUADRO 2.3 - ORIENTAÇÕES ESTRATÉGICAS**

	<b>Oportunidades</b>	<b>Ameaças</b>
<b>Pontos Fortes</b>	Estratégias Ofensivas	Estratégias Defensivas
<b>Pontos Fracos</b>	Estratégias Adaptativas ou de Reorientação	Estratégias de Sobrevivência

- **Estratégia S-O ou Maxi-Maxi – Estratégias Ofensivas:** constitui a situação mais desejável para a organização, em que as suas forças internas podem ser exploradas ao máximo, para retirar vantagens das oportunidades presentes no ambiente externo.
- **Estratégia S-T ou Maxi-Mini – Estratégias Defensivas:** baseia-se no aproveitamento de uma posição forte da organização para reduzir as ameaças e transformá-las, se possível em oportunidades.
- **Estratégia W-O ou Mini-Maxi – Estratégias Adaptativas ou de Reorientação:** constitui um plano de desenvolvimento que pretende converter as fraquezas em forças, dadas as oportunidades presentes no ambiente externo.
- **Estratégia W-T ou Mini-Mini – Estratégias de Sobrevivência:** pretende minimizar as ameaças externas e as fraquezas internas.

Pode-se formular a estratégia para o sector da saúde no Algarve, através da seguinte matriz (Quadro 2.4):

**Formulação da Estratégia para o Sector da Saúde no Algarve:**

**QUADRO 2.4 - MATRIZ SWOT**

	<p><b>Forças Internas (S)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Localização geográfica de fácil acesso</li> <li>- Grande capacidade instalada</li> <li>- Utilização de tecnologia de ponta</li> <li>- Tradição e experiência</li> <li>- Excelente relação qualidade/preço dos serviços</li> <li>- Prática de salários moderados</li> </ul>	<p><b>Fraquezas Internas (W)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Incapacidade de resposta atempada</li> </ul>
<p><b>Oportunidades Externas (O)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Exploração de novos mercados</li> </ul>	<p><b>Estratégia S-O Maxi-Maxi</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Investimento em tecnologia e recursos humanos especializados</li> </ul>	<p><b>Estratégia W-O Mini-Maxi</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Investimento em sistema de informação interno</li> <li>- Implementação de sistema de gestão tipo <i>Balanced Scorecard</i> articulado com sistema de contabilidade tipo ABC</li> </ul>
<p><b>Ameaças Externas (T)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Concorrência de hospitais e clínicas privadas</li> </ul>	<p><b>Estratégia S-T Maxi-Mini</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Criação de gabinete técnico de controlo permanente da qualidade</li> <li>- Criação de gabinete técnico de controlo de custos</li> </ul>	<p><b>Estratégia W-T Mini-Mini</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Programas constantes de formação dos recursos humanos</li> </ul>

## 2.5.1. Análise Externa

### 2.5.1.1. Envoltente Global

Avaliando o impacto, nos serviços de saúde do Algarve, através das variáveis:

- Macroeconómicas
- Sociais
- Tecnológicas
- Político-Legais

#### A) – Variáveis Macroeconómicas:

Avaliando a influência de parâmetros tais como:

- Inflação
- Crescimento do produto interno bruto (PIB)
- Tipos de interesse
- Paragem do trabalho
- Globalização dos mercados
- Produtividade
- Crescimento económico
- Barreiras
- Recursos energéticos
- Política industrial

#### B) – Variáveis Sociais:

Avaliando a influência de parâmetros tais como:

- Clima social
- Mercado de trabalho
- Demografia
- Sindicatos ou representantes dos trabalhadores
- Aptidão e atitude das pessoas
- Adequação das empresas de distribuição da zona

#### C) – Variáveis Tecnológicas:

Avaliando a influência de parâmetros tais como:

- Processos e métodos de produção
- Sistemas de informação
- Sistemas de comunicação
- Apoio das instituições à investigação e ao desenvolvimento
- Conhecimentos científicos e tecnológicos
- Infraestrutura científica e tecnológica

#### D) – Variáveis Político-Legais:

Avaliando a influência de parâmetros tais como:

- Situação política
- Política económica
- Fiscalidade
- Legislação

## 2.5.1.2. Forças Competitivas do Sector

Avaliando o impacto, nos serviços de saúde do Algarve, das cinco forças competitivas descritas por Michael Porter:

- Rivalidade global do sector
- Ameaça de novos competidores
- Ameaça de produtos substitutivos
- Poder de negociação dos fornecedores
- Poder de negociação dos compradores

### A) – Rivalidade Geral do Sector:

Avaliando a influência de parâmetros tais como:

- Número total de competidores no sector
- Equilíbrio entre competidores
- Crescimento global do sector
- Estrutura de custos – custos fixos
- Nível de diferenciação dos serviços
- Custo da mudança de fornecedor
- Capacidade total instalada
- Barreiras de saída do sector

### B) – Ameaça de Novos Competidores:

Avaliando a influência de parâmetros tais como:

- Economia de escala
- Curva de aprendizagem
- Diferenciação do serviço
- Necessidades de capital
- Custo da mudança de fornecedor
- Facilidade de acesso a canais

### C) – Ameaça de Serviços Substitutivos:

Avaliando a influência de parâmetros tais como:

- Existência de sectores substitutivos
- Relação qualidade/preço de substitutivos
- Custo da mudança para serviços substitutivos

### D) – Poder de Negociação dos Fornecedores:

Avaliando a influência de parâmetros tais como:

- Grau de concentração de fornecedores
- Proporção das compras a fornecedores relativamente às vendas totais
- Diferenciação do produto dos fornecedores
- Custo de mudança de fornecedor
- Possibilidade de integrar-se verticalmente para a frente

### E) – Poder de Negociação dos Compradores:

Avaliando a influência de parâmetros tais como:

- Grau de concentração dos utilizadores dos serviços
- Diferenciação dos serviços
- Grau de conhecimento por parte dos clientes da estrutura de custos do prestador de serviços.

## 2.5.2. Análise Interna

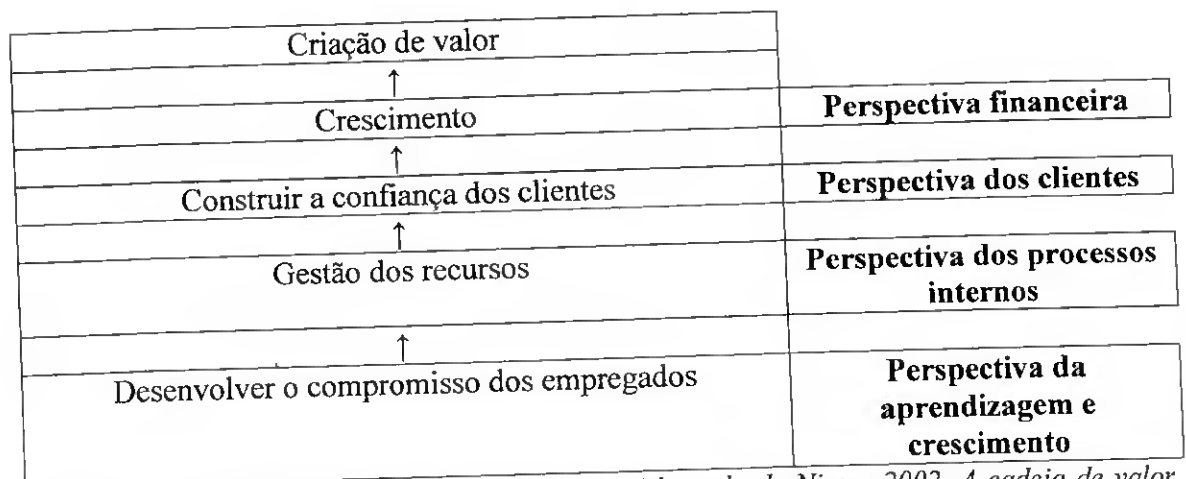
Avaliando o impacto, nos serviços de saúde do Algarve, das seguintes variáveis:

- Infraestrutura da empresa
- Administração dos recursos humanos
- Desenvolvimento tecnológico
- Abastecimento
- Logística
- Operações
- Serviço
- *Marketing* e vendas

### 2.5.2.1. A Cadeia de Valor

A cadeia de valor, proposta por Michael Porter demonstra como a organização constrói a sua estratégia e adquire vantagem competitiva.

**FIGURA 2.1 - CRIAÇÃO DE VALOR PELA ESTRATÉGIA**



(Figura 2.1 - Criação de Valor pela Estratégia. Adaptado de Niven, 2002. A cadeia de valor analisada com base na Metodologia do Balanced Scorecard, deve começar pela perspectiva da Aprendizagem e Crescimento e ir subindo pela cadeia)

## 2.5.2.2. Capacidades e Competências

O conhecimento é hoje reconhecido como um activo fundamental na sobrevivência e afirmação das organizações. A importância deste activo corresponde à necessidade de uma gestão interna com vista à criação e sustentabilidade das vantagens competitivas.

O principal objectivo e valor da aprendizagem organizacional é promover criatividade, empreendedorismo e autonomia, elementos essenciais de suporte para estratégias competitivas pró-activas e flexíveis.

As competências pessoais, definidas como a capacidade de agregar conhecimento ao património da organização, são visualizadas pelo desempenho.

Desta forma, deverá ser avaliado o impacto, nos serviços de saúde do Algarve, das seguintes variáveis:

- Capacidades e habilidades do pessoal
- Visão de futuro
- *Know-how*
- Qualidade das relações internas
- Aprendizagem colectiva
- Recursos económicos
- Estrutura organizativa

## **2.6. O Sector da Saúde no Algarve**

A região de saúde do Algarve está formada por uma rede de 16 centros de saúde, com 68 extensões de saúde e 3 hospitais: o Hospital Distrital de Faro que constitui o hospital de referência na região, o Hospital do Barlavento Algarvio S.A. e o Hospital de Lagos. Para além dos cuidados ao nível do ambulatório e dos serviços de urgência dos hospitais, há ainda a referir a existência de Serviços de Atendimento Permanente, em 13 dos 16 concelhos.

O Algarve debate-se com algumas carências ao nível da saúde. A maior carência na região é a inexistência de camas de retaguarda. A rede de cuidados continuados, agora regulada por diploma próprio, irá possibilitar uma melhor gestão das camas hospitalares com o restabelecimento dos doentes mais próximo dos seus familiares. É também evidente a necessidade premente de uma unidade de radioterapia no Algarve, evitando a deslocação dos doentes a Lisboa para realização de tratamentos que poderiam ser efectuados na região.

### **2.6.1. O Hospital Distrital de Faro**

A área de influência do Hospital Distrital de Faro (HDF), com uma lotação de 525 camas, abrange uma população residente de 253.000 habitantes, assegurando ainda em algumas especialidades a cobertura da população do barlavento algarvio, como instituição de referência nas valências de neurocirurgia, nefrologia e cirurgia plástica. No que diz respeito à diferenciação técnica, o HDF dispõe de três unidades de cuidados intensivos, a UCI polivalente, UCI coronários e a UCI neonatais e pediátricos, as quais mercê do equipamento com que estão dotadas podem ser equiparadas às melhores unidades europeias.

Está dotado das seguintes valências: anestesiologia, cardiologia, cirurgia geral, cirurgia plástica, dermatologia, estomatologia, fisioterapia, gastroenterologia, ginecologia e obstetrícia, medicina interna, oncologia médica, nefrologia, neurocirurgia, neurologia, oftalmologia, otorrinolaringologia, ortopedia, pediatria, pneumologia, psicologia, psiquiatria, senologia e urologia.

Conta com 1.898 profissionais: 311 médicos, 33 técnicos superiores, 114 técnicos de diagnóstico e terapêutica, 565 enfermeiros, 181 administrativos e 527 auxiliares. Existem consultas externas em todas as valências referidas, sendo diariamente realizadas em média 502 consultas. Também disponibiliza especialistas de psiquiatria, dermatologia, obstetrícia e ginecologia, para consultas em centros de saúde localizados na região do sotavento.

O HDF realizou um protocolo de colaboração com a Administração Regional de Saúde ARS do Algarve no programa PECLEC e tem em curso o sistema de “triagem de Manchester”, que permite o acesso à urgência por prioridades de acordo com a gravidade clínica.

#### **Movimento assistencial:**

No período de verão existe uma média de cerca de 340 atendimentos/dia, representando um acréscimo de mais 25 doentes por dia em relação aos restantes períodos do ano. Em 68% dos casos os motivos são por doença, quedas 10%, gravidez 7%, acidentes pessoais 6%, acidentes de trabalho e viação 6%. Dos doentes atendidos no serviço de urgências 12,5% ficaram internados. Actualmente, o HDF tem dado resposta às necessidades do período do verão, com recursos próprios, com excepção de neurocirurgia em que os serviços foram reforçados com recursos vindos do exterior.

### **Pontos Fracos do HDF:**

O principal problema do HDF prende-se com a impossibilidade de crescimento em termos físicos, atendendo ao local onde está instalado, bem como às elevadas taxas de ocupação, predominantemente na área de medicina interna, devido à insuficiente capacidade em termos de cuidados continuados a nível regional.

### **Oportunidades:**

O futuro Hospital Central do Algarve será um hospital de substituição do actual, com todas as valências existentes à data, acrescidas às correspondentes a um hospital central. Apesar de construído em parceria público-privada, fica integrado no SNS, sem qualquer perda de direitos quer aos profissionais quer aos utentes. Quanto ao futuro do actual hospital será equacionado, no plano director regional, que se encontra em elaboração. Com a nova lei de gestão hospitalar, vai ser possível uma nova responsabilização das chefias intermédias, definição de objectivos e metas, o que permitirá alcançar ganhos de eficiência com reflexos na qualidade dos cuidados prestados, na acessibilidade e na satisfação quer dos utentes, quer dos profissionais.

## **2.6.2. O Hospital do Barlavento Algarvio**

O Hospital do Barlavento Algarvio S.A., é uma unidade hospitalar distrital que abarca uma área de influência compreendida pelos concelhos de Portimão, Monchique, Lagoa, Silves, Lagos, Vila do Bispo e Aljezur, num total de 141.625 habitantes (censos 2001), valor que cresce significativamente durante o período de verão. O HBA é o hospital de referência para os centros de saúde dos referidos concelhos do barlavento e ainda para o Hospital Distrital de Lagos.

O HBA possui 279 camas, 163 médicos, 350 enfermeiros e 62 técnicos de diagnóstico e terapêutica. Presta cuidados em todas as especialidades básicas e na quase totalidade das especialidades intermédias. O tempo de espera para consultas é, na generalidade das especialidades, inferior a seis meses, excepto em algumas áreas mais carenciadas de recursos humanos, como é o caso da psiquiatria e da urologia. Em regra, o tempo de espera para cirurgia não ultrapassa os três meses, havendo contudo algumas especialidades em que a carência de profissionais implica esperas maiores. O HBA integra o programa especial de combate às listas de espera cirúrgicas PECLEC.

### **Movimento assistencial:**

O HBA registou um total de 9.692 doentes saídos dos serviços de internamento em 2002, com um acréscimo de 9,7% relativamente a 2001. No primeiro semestre deste ano, o número de doentes saídos foi de 5.104, crescendo 5,7% em relação a 2002.

O serviço de urgência, atende em média 192 doentes por dia nos meses do verão e 165 nos restantes meses. No total, em 2002 e no primeiro semestre de 2003, verificaram-se respectivamente 73.403 e 37.894 atendimentos, o que se traduziu em crescimentos comparativos de 11,6% e 12,8%.

Relativamente às consultas externas, realizam-se em média 309 por dia no verão e 348 nos restantes meses. O ano de 2002 apresentou 17% de aumento em relação ao ano anterior, com 87.088 consultas. No primeiro semestre de 2003, verifica-se um acréscimo de 3,2%, com 45.046 consultas.

O movimento cirúrgico do HBA registou em 2002, 6.060 doentes intervencionados, ou seja mais 1.030 doentes do que no ano anterior, com um

crescimento de 20,5%. No primeiro semestre de 2003 foram realizadas 3.384 cirurgias, o que corresponde a um acréscimo de 12,8%.

As principais causas de internamento, são por: gravidez, traumatologia, doenças respiratórias e acidentes vasculares cerebrais.

### **Balanço desde a inauguração:**

Decorridos quatro anos de actividade, podemos concluir que este hospital se afirmou de forma bastante positiva, através do desenvolvimento da actividade dos seus serviços, que se traduziu numa maior diversidade e oferta de cuidados de saúde, como se comprova pelos resultados alcançados.

O crescimento quantitativo do movimento assistencial, aliado à permanente preocupação pela qualidade permitem apontar o HBA como uma referência hospitalar na região e no país. O HBA tem em curso o processo de acreditação pelas exigentes regras do *King's Fund*, entidade inglesa especializada na acreditação de unidades de saúde.

O HBA, sendo um dos 31 hospitais empresarializados, mas integrado no SNS, com nova forma de gestão, permitindo uma optimização na reorganização dos serviços e na área de recursos humanos, tem tido um papel determinante na melhoria da acessibilidade, com aumentos de produção, melhoria na qualidade e na eficiência.

Por forma a priorizar o acesso à urgência por grau de gravidade, foi implementado o sistema de triagem designado por “triagem de Manchester”. Este sistema permite melhorar o funcionamento do serviço e tornar mais justo o acesso.

### 3. PLANO ESTRATÉGICO

*“Uma estratégia atractiva é ter uma visão dinâmica, capaz de se adaptar com antecipação às mudanças causadas por paradigmas emergentes” (Aaker, 1998: 159).*

A implementação do *Balanced Scorecard*, faz com que o planeamento estratégico passe de nível académico para o centro nevrálgico do hospital.

*“Segundo a escola do planeamento estratégico, devemos começar por definir um propósito para a organização, o que para muitos autores nos obriga a ter uma visão, em seguida proceder à análise do meio envolvente, para detectar as ameaças e oportunidades, o que nos permite a definição de objectivos” (António, 2003: 21).*

A realização do plano estratégico para os serviços de saúde no Algarve, poderá ser representada da seguinte forma (Quadro 3.1):

**QUADRO 3.1 – PLANO ESTRATÉGICO PARA OS SERVIÇOS DE SAÚDE NO ALGARVE**



### 3.1. Missão

Determina o propósito ou razão pela qual o hospital se diferencia dos restantes.

- Porque é que o hospital existe?
- A quem serve?
- O que oferece?
- Que necessidades satisfaz?
- Quais são os seus princípios?

O hospital é constituído por meios tecnológicos e humanos, cujo objectivo nuclear é a prestação atempada, humanizada e personalizada de cuidados de saúde. Possui diferentes níveis de diferenciação, sendo a sua actividade desenvolvida através do diagnóstico, terapêutica e reabilitação, competindo-lhe promover a investigação e o ensino. A gestão deve garantir eficiência e efectividade, com optimização, aceitabilidade, legitimidade e equidade nos serviços de saúde prestados no hospital, para que ele cumpra a sua missão obtendo como resultado ganhos em saúde.

Entendendo-se por eficácia de um sistema o alcançar dos objectivos pretendidos, enquanto que obter os resultados previstos com os recursos apropriados se considera eficiência. Se um hospital consegue alcançar os objectivos previstos na atenção prestada aos doentes terá sido eficaz, mas se os gastos efectuados foram superiores aos que se poderiam ter conseguido com uma boa gestão, não terá sido eficiente.

A eficácia mede a probabilidade do doente beneficiar da aplicação de uma determinada tecnologia médica para resolver um determinado problema de saúde, em condições ideais de actuação, enquanto que, a efectividade também mede a probabilidade do doente beneficiar da referida tecnologia médica, mas nas condições reais de aplicação pelo médico. Assim sendo, a diferença entre eficácia e efectividade será tanto maior quanto mais se afastem as condições reais das ideais.

### **Objectivos:**

O hospital deverá ter os seguintes objectivos:

- ser uma referência, oferecendo um serviço de excelência, com qualidade, eficiência e humanização.
- prestar cuidados de saúde com qualidade, em tempo útil e a custos adequados aos utentes. assegurando que os cuidados de saúde que presta são efectivos, eficientes e igualmente acessíveis a todos, independentemente da idade, sexo, raça, religião ou estado socio-económico.
- Incrementar a articulação entre as instituições prestadoras de cuidados de saúde, que constituem a região de saúde do Algarve.
- Promover a formação e actualização de conhecimentos dos seus profissionais, como incentivo à valorização pessoal e profissional.
- Apoiar a investigação e o ensino na área da saúde.

Um sistema de gestão e avaliação de desempenho eficaz integra a definição de objectivos do grupo e individuais. Sem objectivos claros nenhum desempenho será eficaz. Idealmente, este só o será se decorrer de metas individuais preestabelecidas em consonância com os objectivos estratégicos. Um gestor terá bons resultados se envolver as pessoas na visão, missão e objectivos da organização, definir objectivos de grupo e individuais, monitorizar o desempenho e avaliar as prestações. Um objectivo terá que ser mensurável, ou seja poder desdobrar-se em indicadores. Mas, não basta definir objectivos e competências, o gestor tem de acompanhar a sua concretização, sendo que o *feedback* permanente é essencial.

## 3.2. Valores

O hospital, deve respeitar um conjunto de valores e princípios fundamentais, nomeadamente: qualidade, ética, respeito pelo indivíduo, desempenho, inovação e dedicação. Deverá: manter a acção orientada sobretudo para o cidadão, promovendo os seus direitos, dando garantia de acesso, sem qualquer forma de discriminação e conferindo qualidade às prestações, com uma maior responsabilização dos gestores.

## 3.3. Visão

*“Há quem veja as coisas como elas são e pergunte: porquê?  
Eu sonho com coisas que nunca vi e pergunto: porque não?”  
(Shaw, 1949: 7).*

A visão determina os objectivos a médio e longo prazo do hospital. Ou seja: como pretende ser visto em relação à satisfação dos seus clientes actuais e potenciais, no que diz respeito aos seus serviços actuais e futuros; satisfação dos seus funcionários e impacto na sociedade e que resultados pretende alcançar nos próximos anos.

Como é que o hospital pretende ser no futuro:

- Aonde pretende chegar?
  - o Posicionamento
  - o Resultados
- Como se pretende ver?
  - o Empregados
  - o Accionistas
- Como pretende ser visto?
  - o Clientes
  - o Sociedade
  - o Concorrentes
- Quando pretende chegar?

### 3.4. Estratégia

De acordo com Drucker (1997), a organização tem que ser gerida de modo a encarar o novo como uma oportunidade e não como uma ameaça. Desta forma, os gestores devem ser os primeiros a fazer com que os seus produtos e serviços se tornem obsoletos e não esperar que seja um concorrente a fazê-lo.

O Quadro 3.2, relaciona as Escolas do Pensamento Estratégico, com o adjectivo que melhor parece captar a visão que cada uma tem do processo de estratégia:

QUADRO 3.2 – ESCOLAS DO PENSAMENTO ESTRATÉGICO

<b>Escola do <i>design</i></b>	Estratégia como um processo de <i>concepção</i>
<b>Escola do planeamento</b>	Estratégia como um processo <i>formal</i>
<b>Escola do posicionamento</b>	Estratégia como um processo <i>analítico</i>
<b>Escola empreendedora</b>	Estratégia como um processo <i>visionário</i>
<b>Escola cognitiva</b>	Estratégia como um processo <i>mental</i>
<b>Escola de aprendizagem</b>	Estratégia como um processo <i>emergente</i>
<b>Escola do poder</b>	Estratégia como um processo de <i>negociação</i>
<b>Escola cultural</b>	Estratégia como um processo de <i>colectivo</i>
<b>Escola ambiental</b>	Estratégia como um processo de <i>reactivo</i>
<b>Escola de configuração</b>	Estratégia como um processo de <i>transformação</i>

(Adaptada de Mintzberg, Ahlstrand e Lampel, 1998).

O domínio sucessivo das três **escolas prescritivas**, mais preocupadas em como as estratégias devem ser formuladas do que em como elas são formuladas – **design** nos anos 60, **planeamento** nos anos 70, seguida pela de **posicionamento** nos anos 80, a qual desde então perdeu parte da sua popularidade mas permanece altamente influente. Nos anos 90, o campo tornou-se muito mais eclético, com todas as outras **escolas descritivas** ganhando importância.

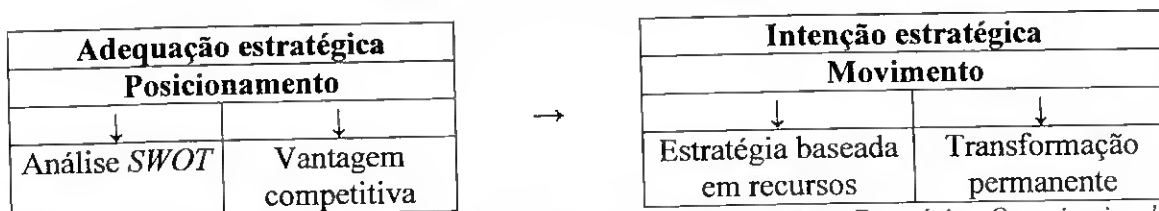
De acordo com António (2003), podemos distinguir dois momentos principais na evolução do pensamento estratégico organizacional: O momento do **Posicionamento** e o momento do **Movimento**.

O primeiro momento, que dominou até ao início dos anos 90, em que a estratégia organizacional está associada aos princípios de adaptação e posicionamento, com a empresa tentando construir vantagens competitivas que lhe permitam obter uma posição de monopólio que, a todo o custo, tentará defender.

O segundo momento, que domina o pensamento actual, em que a empresa assume que todas as vantagens competitivas são transitórias e, antes de ser expulsa da posição efémera que conquistou, toma por si própria a iniciativa de a destruir, inovando.

**FIG. 3.1 – OS DOIS MOMENTOS PRINCIPAIS NA EVOLUÇÃO DO PENSAMENTO**

**ESTRATÉGICO ORGANIZACIONAL**



(Fig. 3.1 – Os dois Momentos Principais na Evolução do Pensamento Estratégico Organizacional. Fonte: António, 2003:18. O segundo momento da estratégia organizacional assume-se como uma ruptura, colocando em evidência as estratégias centradas na intenção e no movimento).

Na última década assistimos à Reengenharia, Reestruturação, *Downsizing*, *Enterprise Resource Planning (ERP)*, *Customer Relationship Management (CRM)*. Todas elas se preocupavam essencialmente em fazer mais com menos. A contenção de custos não compra crescimento, não compra um futuro. Na melhor das hipóteses compra tempo.

Na implementação da estratégia, destaca-se como ferramenta essencial, o sistema de medição do desempenho, criado para monitorizar, controlar, melhorar e actualizar todas as actividades desenvolvidas dentro dos processos organizacionais sendo considerado de vital importância para o sucesso da gestão estratégica.

A utilização de medidas financeiras para avaliar o desempenho tende a ser mais coerente para organizações que competem tendo por objectivo a liderança com base no custo, mas não para as organizações que competem com base na diferenciação e na focalização. Segundo Porter (1980), organizações que competem pela liderança em custos têm na economia de escala e na curva de experiência as suas principais fontes de lucro. Sob esta perspectiva, elevados investimentos em tecnologia visando aumentar o valor percebido pelo cliente, podem ser vistos como uma ameaça, pois o consumidor tem o seu interesse direccionado para o preço. Por outro lado, medidas financeiras são inadequadas para organizações que pretendem, através da diferenciação, aumentar o valor ao cliente oferecendo algo que não é disponibilizado pela concorrência ou para organizações que, através da focalização, desenvolvem competências e capacidades para atender clientes ou segmentos específicos de mercado.

Segundo Ittner (1998), organizações que pretendem obter sucesso através da estratégia genérica de diferenciação devem realizar elevados investimentos em tecnologia, procurando o desenvolvimento e inovação de serviços, criando algo que possa ser considerado único pelos clientes.

Como empresas, os hospitais têm como objectivo último alcançar o sucesso. Para tal têm de sobreviver a longo prazo, ter um crescimento sustentado, rentabilidade adequada e capacidade de inovação.

À semelhança das empresas, também nos hospitais existem factores fundamentais para o sucesso estratégico. Acção, proximidade ao cliente, inovação e risco, produtividade das pessoas, valores, estruturas simples, centralização das actividades essenciais, descentralização das restantes actividades, são os factores críticos que contribuem para o sucesso dos hospitais enquanto empresas.

É preciso focalizar a gestão estratégica para o *core business* da actividade hospitalar. Preço, desempenho, rapidez e serviço é o que permite aos hospitais proporcionarem aos clientes mais valor que a concorrência. A rapidez, não só das listas de espera mas do próprio atendimento, é um dos desafios estratégicos mais importantes para se mudar a imagem perante o público. Mas um dos principais desafios passa pela mudança da visão de hospital. A visão do hospital compreensivo que funciona de forma organicamente organizada e em que a capacidade de receber clientes bem triados é essencial, bem como a capacidade de drenar bem os clientes.

Actualmente, devido à globalização da economia, a liderança pelos custos passou a ser uma vantagem competitiva das organizações, devendo fazer parte da sua estratégia. Os velhos conceitos da contabilidade de custos devem ser substituídos por novos conceitos. A procura do menor custo, sem afectar a funcionalidade e a qualidade dos serviços, deve ser um objectivo permanente nas organizações que procuram a excelência organizacional. O apuramento e o controlo dos custos hospitalares representa uma necessidade absoluta dentro das instituições hospitalares, pois enquanto a primeira serve de instrumento eficaz de gestão e acompanhamento de serviços, a segunda permite a implementação de medidas correctivas que visem um melhor desempenho das unidades, com base na possível redefinição das prioridades essenciais, aumento da produtividade e racionalização do uso de recursos.

### **Indicadores de Custos:**

Podem existir muitas combinações de custos, tais como:

- Custo por doente internado
- Custo médio por dia por leito
- Diária
- Custo por doente
- Custo por especialidade

### **Centros de Custo:**

Os centros de custo estão relacionados directamente com a missão, com os objectivos e com os programas estabelecidos para que sejam cumpridas as diferentes metas que o hospital propôs. Os centros de custo contribuem para os resultados obtidos pelos serviços prestados; portanto, os custos directos não finais são imputados de acordo com a contribuição das suas actividades ao funcionamento dos outros centros de custo do sistema para a produção dos serviços. Assim:

- Os custos directos administrativos são imputados aos de serviços intermediários e finais.
- O custo total dos serviços intermediários é imputado aos centros de custo finais.
- Os custos totais de cada centro final que correspondem a vários produtos são imputados entre os centros que este abrange; assim se obtém o custo final para cada serviço da instituição hospitalar.
- Os custos e gastos não imputados calculam-se proporcionalmente ao valor do orçamento executado por cada serviço e são adicionados aos mesmos, obtendo-se assim o custo total de todos os centros de custo.

### **Factores que conduzem à ineficiência organizacional nos hospitais:**

- Excesso de etapas nos procedimentos de rotina
- Proporção elevada de trabalho não clínico realizado pelos profissionais de cuidados directos
- Centralização excessiva dos equipamentos pesados numa organização trabalho-intensiva
- Sobrespecialização dos técnicos
- Taxas elevadas de demoras e cancelamentos nos procedimentos clínicos em virtude da frágil comunicação entre departamentos e serviços
- Centralização excessiva do processo de tomada de decisão e consequente distanciamento dos níveis operacionais

Os hospitais como empresa, terão que fazer:

- Uma ruptura cultural
- Racionalizar a utilização de recursos
- Atribuir valor económico às prestações de saúde
- Evidenciar a produtividade
- Definir opções estratégicas
- Cumprir os objectivos
- Orientar o serviço para o cliente
- Incrementar a qualidade e a segurança

Pretende-se conseguir a satisfação dos clientes, através de:

Uma organização orientada para o cliente:

- Maior acessibilidade: menos burocracia e mais agilidade.
- Menor tempo de resposta: ausência de listas de espera e circuito assistencial rápido.
- Melhor qualidade

Um modelo de gestão baseado em:

- Altos níveis de eficiência
- Elevada produtividade
- Inovações em tecnologia e Sistemas de Gestão
- Cultura própria e diferenciada

### **3.5. Revisão da literatura e Planeamento Estratégico**

De acordo com Drucker (1997), só terão êxito nos próximos anos, as organizações capazes de diagnosticar a sua saúde global.

No ambiente actual, dinâmico e competitivo, sistemas de medidas de desempenho são instrumentos de gestão muito importantes para que se possa alcançar com êxito os objectivos propostos.

*“A primeira condição para alcançar a excelência empresarial, é desenvolver e implementar um sistema de medição de desempenho”  
(Sá e Kanji, 2003: 491).*

O *Balanced Scorecard* é um sistema de gestão e avaliação do desempenho bem como da implementação da estratégia da organização, introduzido em 1992 por Robert Kaplan e David Norton, num artigo para a Harvard Business Review – *The Balanced Scorecard: Measures that drive performance*.

Um dos argumentos mais comuns em defesa do *Balanced Scorecard* consiste na possibilidade de passar à prática a missão e visão de uma empresa. Isto porque, segundo os mentores deste sistema, 90% das iniciativas para concretizar a estratégia falham como resultado das dificuldades sentidas na sua implementação.

Se, por um lado, todas as partes de uma organização precisam de estar alinhadas e ligadas à estratégia, por outro, a estratégia em si deve ser um processo contínuo em que todos estejam envolvidos.

Se inicialmente podia ser visto como um instrumento de medida, hoje o *Balanced Scorecard* tem a sua amplitude alargada à criação de objectivos focalizados e de implementação da estratégia. Dá aos gestores o *feedback* dos processos, para que possam melhorar o desempenho, produtividade e resultados.

O *Balanced Scorecard* foi feito para incentivar o desempenho interno e fazer a ligação com o sistema de incentivos. A correcta implementação de um plano de *Balanced Scorecard* passa por envolver a liderança de topo, transmitir que a estratégia é um trabalho de todos, focalizar e libertar activos escondidos e transformar a estratégia num processo contínuo.

Quando são definidos os objectivos operacionais de acordo com o planeamento estratégico, a gestão é directamente responsabilizada. Assim, o sistema de incentivos da gestão, terá de ser associado aos indicadores de desempenho e aos objectivos, criando a base para uma gestão por objectivos.

Segundo Kaplan e Norton (1996b), contrariamente à visão tradicional, centrada no desempenho financeiro, o *Balanced Scorecard* sem menosprezar as medidas financeiras do desempenho passado, incorpora os vectores de desempenho futuro que

são evidenciados através de medidas não financeiras, obtendo-se assim um sistema balanceado de medição estratégica que responde às necessidades da gestão moderna na era do conhecimento.

Enquanto na era industrial, a gestão se preocupava em facilitar e monitorizar a locação eficiente de capital financeiro e físico, na era do conhecimento, a capacidade de mobilização e exploração dos activos intangíveis tornou-se muito mais decisiva do que investir e gerir activos físicos tangíveis.

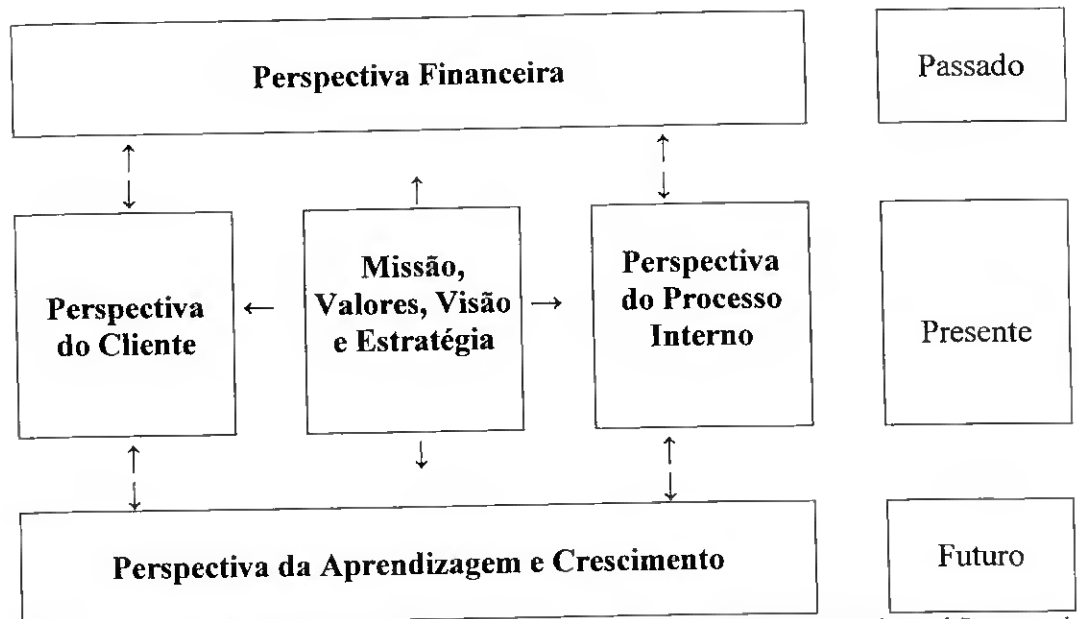
Ao contrário da era industrial em que parte dos funcionários das empresas se utilizava de forma predominante da sua capacidade física, em detrimento do seu intelecto; os novos trabalhadores da era da informação devem agregar valor pelo que sabem. As novas empresas devem investir, gerir e explorar o conhecimento de cada funcionário que passa a ser considerado factor crítico de sucesso.

O *Balanced Scorecard* encara a empresa segundo quatro perspectivas: financeira, do cliente, do processo interno e da aprendizagem e crescimento.

Para a maioria das organizações essas quatro perspectivas têm-se mostrado adequadas e suficientes, mas de acordo com Kaplan e Norton (1996b), é possível agregar uma ou mais perspectivas complementares, desde que sejam vitais para o sucesso da estratégia da organização.

Há uma visão e uma estratégia explícitas na base das quatro perspectivas e para cada uma delas são formuladas metas estratégicas, indicadores, metas específicas e planos de acção.

**FIGURA 3.2 - BALANCED SCORECARD**



(Figura 3.2 - *Balanced Scorecard*. Adaptado de Kaplan e Norton, 1996. O *Balanced Scorecard* interliga as medidas focadas sobre o desempenho passado com os objectivos e medidas dos vectores que impulsionam o desempenho futuro, em consonância com a visão e estratégia da organização).

Kaplan e Norton (1996b) afirmam que os objectivos e as medidas financeiras e não financeiras devem ser conhecidas por todos os funcionários em todos os níveis da organização, pois essas medidas derivam de um processo hierárquico, de cima para baixo, norteado pela missão e pela estratégia.

No *Balanced Scorecard* as medidas representam o equilíbrio entre indicadores externos voltados para accionistas e clientes e os indicadores internos voltados aos processos, à inovação e ao aprendizado e crescimento. Há equilíbrio entre medidas de resultado, consequência de esforço do passado e medidas que determinam o desempenho futuro.

### 3.5.1. Metodologia do *Balanced Scorecard*

As metodologias clássicas de avaliação financeira das empresas avaliam o passado recente na perspectiva de que o desempenho futuro se possa aferir do seu desempenho recente, quando o futuro é apenas uma consequência do presente.

*“O Balanced Scorecard, ao identificar as vantagens do desdobramento dos objectivos estratégicos para um nível mais operacional, concorre para que a mobilização de todos os activos, tangíveis e intangíveis, resulte na melhoria do desempenho financeiro da empresa” (Sousa, 2000: 90).*

Para captar a essência da estratégia é necessária uma combinação de indicadores passados, que medem os resultados obtidos e indicadores futuros, que impulsionam as acções a realizar (Quadro 3.3), geralmente e de acordo com Niven (2002), numa relação de um para um, ou por vezes, numa relação de dois indicadores futuros por um só indicador passado.

**QUADRO 3.3 - INDICADORES PASSADOS E FUTUROS**

	<b>Passados</b>	<b>Futuros</b>
<b>Definição</b>	- Indicadores que medem os resultados ao fim de um período e que normalmente caracterizam os resultados históricos	- Indicadores que impulsionam ou que levam à realização dos indicadores passados
<b>Exemplos</b>	- Quota de mercado - N° de atendimentos - Satisfação dos empregados	- Horas passadas com os clientes - Propostas escritas - Absentismo
<b>Vantagens</b>	- Normalmente fáceis de identificar e captar	- Podem predizer-se por natureza e permitem que a organização faça ajustes com base nos resultados
<b>Obstáculos</b>	- Históricos por natureza, não reflectem as actividades actuais	- Podem ser difíceis de identificar e captar - São frequentemente indicadores novos sem história dentro da organização

(Adaptada de Niven, 2002).

O *Balanced Scorecard* deverá ter entre 20 e 25 indicadores, com uma distribuição equilibrada pelas respectivas perspectivas, sendo a seguinte uma das mais utilizadas:

1. **Perspectiva financeira** – três a quatro indicadores dos resultados financeiros esperados.
2. **Perspectiva do cliente** – entre cinco e oito indicadores. Esta perspectiva geralmente tem um grande número de indicadores futuros.
3. **Perspectiva do processo interno** – entre cinco e dez indicadores.
4. **Perspectiva da aprendizagem e crescimento dos empregados** – entre três e seis indicadores.

Para captar com exactidão cada objectivo do *Balanced Scorecard* podem ser necessários pelo menos dois indicadores para cada objectivo. Os objectivos devem estar alinhados com a missão, valores, visão e estratégia, não devendo exceder os três por cada perspectiva do *Balanced Scorecard*.

### **Indicadores:**

Os indicadores devem transmitir informação relevante para apoio à tomada de decisão e definição de acções que proporcionem melhorias contínuas. Um dos desafios é a escolha dos indicadores a considerar.

É fundamental assegurar uma boa relação custo/benefício, porque é vital atingir um equilíbrio entre a relevância do indicador e o espaço necessário à obtenção dos dados que o alimentam. A chave está em ter poucos, mas bons indicadores, garantindo a relação causa/efeito entre eles e a sua contribuição para o objectivo comum da organização.

Olve, Roy e Wetter (1999) levantam alguns aspectos importantes referentes à escolha de indicadores: As opiniões variam quanto à conveniência de se usar os mesmos indicadores nos vários níveis de organização. Na sua opinião, o importante é que o *Scorecard* seja relevante e específico e os indicadores sejam uniformemente definidos e aplicados em todos os níveis da organização.

Alguns indicadores, especialmente os tradicionais, são determinados no topo da organização, enquanto os restantes resultantes da troca de experiências de medição nos diversos níveis da organização devem possuir algum grau de liberdade de escolha.

Outra questão importante levantada por Olve, Roy e Wetter (1999) diz respeito ao número de indicadores que devem ser usados em cada perspectiva do *Scorecard*. Segundo estes autores, a quantidade de indicadores deve variar de acordo com o nível particular de *Scorecard* ou perspectiva. Constata-se que, de um modo geral, são usados entre 15-25 indicadores no nível de unidade estratégica de negócios, enquanto no nível departamental/funcional apenas 10-15 indicadores são considerados críticos, sendo desejável um pequeno conjunto de indicadores padronizados, entre três e cinco, no máximo, para cada tema focalizado.

Johnson e Kaplan (1987) salientam que o ambiente económico contemporâneo exige excelência nos sistemas de contabilidade de gestão, mesmo para entidades sem fins lucrativos, pois os recursos são escassos e precisam ser administrados com eficiência. Os mesmos autores afirmam que o uso exclusivo de medidas financeiras de desempenho não se mostra suficiente para avaliação de desempenho geral. Portanto, é fundamental desenvolver indicadores de desempenho consistentes e alinhados com a estratégia da organização, com os processos internos e com as novas tecnologias.

A literatura mais recente sobre medidas de desempenho, aparentemente tem sido dominada por dois segmentos diferentes. O primeiro segmento está fundamentalmente baseado em informações financeiras com foco direccionado para a geração de valor económico, onde são incorporadas informações sobre risco de mercado e custo de oportunidade aos dados financeiros tradicionais; esse é o caso do *Economic Value Added* de Stewart (1991). O segundo segmento tem como tópico dominante o *Balanced Scorecard*, de Kaplan e Norton (1992), que tem o foco direccionado para a utilização conjunta de medidas financeiras e medidas não financeiras de avaliação do desempenho.

Segundo Kaplan e Norton (1996b), o *Balanced Scorecard* deve traduzir a missão e a estratégia da organização em indicadores e objectivos claros e tangíveis.

Os indicadores traduzem o equilíbrio entre os indicadores externos, relativos aos accionistas e clientes e os indicadores internos, relacionados com o processo interno de negócio, a inovação e o aperfeiçoamento contínuo. Os indicadores incluem avaliadores de resultados de acções passadas e indicadores que conduzem ao desempenho futuro.

Tal como referem Kaplan e Norton (1996b) um *Balanced Scorecard* adequadamente construído deve consistir num conjunto de objectivos e indicadores consistentes e mutuamente interligados, incorporando quer relações de causa-efeito, quer indicadores de resultado (*lagging indicators*) e geradores de desempenho (*leading indicators*).

Os indicadores de resultados são indicadores genéricos de actividade, presentes na maioria das estratégias das organizações, tais como a rendibilidade, a quota de mercado, a satisfação dos clientes ou a formação dos seus colaboradores.

Os indicadores de actividade específicos em cada negócio e que tornam a estratégia de uma organização única são denominados de geradores de desempenho. Exemplos de geradores de desempenho são os geradores específicos de rentabilidade, os segmentos de mercado seleccionados ou os processos internos de negócio da organização.

De seguida, mencionam-se os indicadores que poderão ser utilizados no *Balanced Scorecard*, nos diversos níveis de gestão:

#### **Indicadores de Qualidade da Assistência Médica Hospitalar:**

- Taxa de mortalidade
- Tempo de permanência
- percentagem de utilização do bloco operatório
- Taxa de anulação cirúrgica
- Percentagem de partos com anestesia epidural
- Percentagem de urgências reatendidas nas 72 horas seguintes à alta
- Taxa de reinternamento / mês
- Taxa de infecção hospitalar
- Complicações cirúrgicas
- Taxa de cesarianas

#### **Indicadores de Eficiência:**

- Número de doentes saídos por médico no internamento
- Número de doentes saídos por cama no internamento
- Demora média no internamento
- Número de consultas por médico
- Número de consultas por dia útil
- Número de consultas por médico / dia útil
- Primeiras consultas por médico
- Primeiras consultas por dia útil
- Primeiras consultas por médico / dia útil
- Urgências/dia
- Grandes e médias cirurgias / dia útil
- Grandes e médias cirurgias / médico
- Grandes e médias cirurgias / médico / dia útil
- Número de análises de patologia clínica por dia útil
- Número de exames totais de anatomia patológica
- Número de exames de imagiologia por dia útil

### QUADRO 3.4 - INDICADORES DE AVALIAÇÃO DA QUALIDADE GLOBAL

<b>Recursos</b>	- Lotação
	- Horas médico/doente saído
	- Horas enfermagem por dia/internamento
	- Disponibilidade de bloco operatório – sessões e horas
<b>Produção</b>	- Doentes saídos
	- Dias de internamento
	- Percentagem de ocupação
	- Demora média
	- Índice do <i>case-mix</i> *
	- Produção ajustada do internamento

O índice do *case-mix*, traduzindo o coeficiente de ponderação da produção, constitui um indicador de avaliação da eficiência.

#### **Indicadores de Eficiência / Qualidade:**

Desvio da demora média à demora padrão do *case-mix*  
 Total de Admissões inapropriadas  
 Dias de internamento inapropriados  
 Indicadores de qualidade  
 Eficácia no planeamento da alta hospitalar

#### **Indicadores de Actividade Assistencial:**

Nº atendimentos no hospital  
 Nº internamentos  
 Nº altas  
 Nº atendimentos / nº internamentos  
 Taxa de ocupação  
 Rotação de doentes  
 Nº urgências atendidas  
 Nº urgências internadas  
 Nº urgências / dia  
 Taxa de internamentos na urgência  
 Intervenções cirúrgicas no bloco operatório  
 Taxa de intervenções da UCI  
 Partos  
 Cesarianas  
 Diagnóstico por imagem  
 Nº exames laboratoriais  
 Nº consultas externas

---

\*Índice do Case-Mix = Pagamento por doente saído ajustado / custo por doente saído ajustado

### 3.5.1.1. Perspectiva Financeira

*“O conjunto de indicadores deve contemplar a rentabilidade dos capitais como também consagrar o desempenho das outras perspectivas, através de métricas relacionadas com melhoria da produtividade, redução de custos, optimização de activos e também gestão do risco” (Sousa, 2000: 66).*

A grande importância da perspectiva financeira na óptica do *Balanced Scorecard* resulta da constatação de que todos os objectivos e indicadores das outras perspectivas deverão estar vinculados à consecução de um ou mais objectivos da perspectiva financeira. Existe uma cadeia de relações de causa e efeito entre os indicadores das perspectivas do cliente, do processo interno e da aprendizagem e desenvolvimento, que termina nos objectivos financeiros, focalizando o objectivo representado por maiores retornos a longo prazo do capital investido.

#### QUADRO 3.5 - INDICADORES FINANCEIROS

1.	Total do activo
2.	Total do activo/empregado
3.	Atendimentos/total do activo (percentagem)
4.	Atendimentos/empregado
5.	Valor económico acrescentado (EVA)*/empregado
6.	Fluxo de caixa**
7.	Rendibilidade do activo (ROA)***
8.	Rendibilidade dos capitais próprios****
9.	Rendibilidade Operacional do Activo (ROI) (percentagem)*****
10.	Custos totais

*(Fonte: Olve, Roy e Wetter, 1999).*

*\*EVA = Resultado Operacional corrigido dos impostos  $[RO \times (1-t)] - (\text{Custo do Capital} \times \text{Capital Investido})$*

*\*\*Fluxo de Caixa = Resultado Líquido retido + Variação das Amortizações Acumuladas + Variação das Provisões Acumuladas (o indicador deve entender estritamente como “fluxo potencial de tesouraria”, não significativo da efectiva existência de meios monetários disponíveis).*

*\*\*\*Rendibilidade do Activo (ROA) = Resultado Líquido / Activo Total Líquido*

*\*\*\*\*Rentabilidade dos Capitais Próprios = Resultado Líquido / Capitais Próprios*

*\*\*\*\*\*Rendibilidade Operacional do Activo (ROI) = Resultado Operacional (EBIT) / Activo Total Líquido*

### 3.5.1.2. Perspectiva do Cliente

Segundo Olve, Roy e Wetter (1999), a perspectiva do cliente do *Balanced Scorecard* descreve os caminhos a seguir na criação de valor. Isto significa, a procura de valor necessária para satisfazer os clientes e quanto estão dispostos a pagar por ela. Portanto, os processos internos e os esforços de desenvolvimento da organização devem ser guiados por esta perspectiva. O grande esforço consiste em garantir o crescimento e a retenção do cliente, dedicando especial atenção às alterações do seu comportamento, sendo capaz de rapidamente dar resposta a essas alterações.

A perspectiva do cliente remete-nos para a análise do desempenho da empresa no que respeita à relação com o cliente, nos seus aspectos quantitativos e qualitativos. O desenvolvimento de filosofias de gestão pela qualidade total a partir dos anos oitenta, conduziu as empresas à adopção de novas ferramentas de gestão avançadas voltadas para a satisfação do cliente, como o *empowerment* (encurtar níveis de decisão para redução de custos e aumento da capacidade de resposta ao cliente) ou o *benchmarking*.

#### QUADRO 3.6 - INDICADORES DOS CLIENTES

1. Número de clientes
2. Quota de mercado (percentagem)\*
3. Média de tempo despendido no atendimento ao cliente
4. Clientes/empregado (percentagem)
5. Índice de clientes satisfeitos (percentagem)
6. Índice de fidelidade anual dos clientes (percentagem)\*\*
7. Número de reclamações
8. Entrada de novos clientes (percentagem)
9. Rentabilidade por cliente

(Fonte: Olve, Roy e Wetter, 1999).

\**Quota de Mercado* = Total de serviços vendidos pela instituição / Total destes serviços

\*\**Índice de Fidelidade* = Total de clientes 2 ou mais vezes no ano / Total de clientes

### 3.5.1.3. Perspectiva do Processo Interno

A perspectiva do processo interno consagra o papel da tecnologia enquanto ferramenta de suporte de todas as actividades geradoras de valor numa empresa. O valor acrescentado à empresa pelos investimentos em tecnologia, podem ser analisados através desta perspectiva. A tecnologia está associada à competitividade da empresa ao tornar os processos mais rápidos, completos e fiáveis, tornando as organizações mais flexíveis, encurtando os tempos de resposta às solicitações dos clientes. A tecnologia quando suporte de processos eficientes e estruturados otimiza os processos.

#### QUADRO 3.7 - INDICADORES DO PROCESSO INTERNO

1. Gastos administrativos/total de atendimentos (percentagem)
2. Número de horas extraordinárias pagas
3. Tempo de espera médio para atendimento no serviço de urgência (min.)
4. Tempo de espera médio para o atendimento na consulta externa (min.)
5. Número de doentes em lista de espera para cirurgia
6. Tempo de espera médio para cirurgia electiva (dias)
7. Dias de internamento
8. Demora média de internamento\*
9. Taxa de ocupação (mensal)\*\*
10. Número de doentes por cama
11. Número total de grandes cirurgias
12. Número total de pequenas cirurgias
13. Número total de primeiras consultas
14. Número total de segundas consultas
15. Número total de atendimentos no serviço de urgências
16. Número total de partos
17. Percentagem de partos distócicos\*\*\*
18. Percentagem de cesarianas\*\*\*\*

(Fonte: Olve, Roy e Wetter, 1999).

\**Demora Média de Internamento* = *Dias de Internamento / Total de Doentes Saídos*

\*\**Taxa de Ocupação* = *Dias de Internamento x 100 / Total de Camas x Total de Dias do Mês*

\*\*\**Percentagem de Partos Distócicos* = *Total de Partos Distócicos / Total de Partos*

\*\*\*\**Percentagem de Cesarianas* = *Total de Cesarianas / Total de Partos*

### 3.5.1.4. Perspectiva da Aprendizagem e do Crescimento

De acordo com Senge (1990), a empresa de sucesso será aquela que se conseguir transformar numa organização de aprendizagem.

A necessidade premente de uma aprendizagem contínua em termos empresariais e individuais: o fenómeno das mudanças constantes e a um ritmo cada vez mais acelerado exige das organizações uma capacidade contínua de adaptação e aprendizagem. A capacidade de aprender mais rápido que a concorrência tornou-se a única vantagem competitiva sustentável.

*“As organizações necessitam que os indivíduos que as compõem, independentemente da sua posição, contribuam com ideias, com criatividade e inovação, que tenham uma postura de aprendizagem contínua, pois as organizações aprendem através dos seus indivíduos. O ambiente comunicativo irá proporcionar a interacção entre os indivíduos possibilitando a troca de experiências e conhecimento” (Silva e Neves, 2003: 49).*

As pessoas representam no hospital o seu mais valioso recurso. Vivemos numa época em que um novo paradigma económico, caracterizado pela velocidade, pela inovação, pela curta duração do tempo dos ciclos, pela qualidade e pela satisfação dos clientes, acentua a importância dos activos intangíveis, tais como conhecimento, inovação e sobretudo, capital humano. O desempenho superior e duradouro exige flexibilidade, inovação e agilidade do mercado.

De acordo com Sousa (2001), esta perspectiva representa a dimensão da empresa sem a qual todas as outras carecem de sentido, independentemente da sofisticação tecnológica e do potencial valor acrescentado que compreendam.

O desenvolvimento das novas tecnologias implicou também o desenvolvimento de novas formas de trabalho como o *homeworking* (adaptado para português como o tele-trabalho, traduz o conceito de poder trabalhar em casa ou num centro de tele-trabalho, trocando informações com a empresa através de uma rede de dados), o *hotelling* (implica a permanência de um ou mais colaboradores nas instalações do cliente usando, poderosas tecnologias de informação para trocar informações com a empresa-mãe), o *hot-desk* (traduz a partilha de espaço e recursos de trabalho por colaboradores de empresas distintas) ou o *groupware e virtual teams* (constituem novas formas de trabalho resultantes da globalização da economia e das tecnologias de informação, exigindo a constituição de grupos interdisciplinares e multiculturais para o desenvolvimento de um projecto ou o estudo da solução para um problema comum), que dispersam a força de trabalho, com novas formas de liderança assentes mais no papel do *coaching* (treinador, facilitador), que no clássico controlo e supervisão.

### QUADRO 3.8 - INDICADORES DE APRENDIZAGEM E CRESCIMENTO

1. Gastos em inovação e desenvolvimento
2. Gastos em inovação e desenvolvimento/total de gastos (percentagem)
3. Investimento em formação/clientes (percentagem)
4. Gasto em desenvolvimento de competências/empregado
5. Índice de empregados satisfeitos
6. Índice de liderança
7. Índice de motivação
8. Número de empregados
9. Rotação dos empregados (percentagem)\*
10. Média de anos de serviço dos empregados na empresa
11. Idade média dos empregados
12. Tempo de formação (dias/ano)
13. Empregados temporários/empregados permanentes (percentagem)
14. Absentismo médio (percentagem)\*\*

(Fonte: Olve, Roy e Wetter, 1999).

\**Rotação dos Empregados* =  $[Efectivos (no início) + Admissões - Saídas] / Efectivos (no final)$

\*\**Absentismo Médio* =  $Total de horas de ausência / Total de horas trabalháveis$

### **3.5.2. Avaliação do *Balanced Scorecard***

O *Balanced Scorecard* não deve ser considerado um modelo estático, mas sim um modelo dinâmico, flexível e capaz de mudar de acordo com as necessidades da organização. Deve haver uma análise regular e periódica dos objectivos, indicadores e metas. Para se manter competitiva, a organização deverá anualmente rever de forma criteriosa o *Balanced Scorecard* e decidir se os seus elementos principais continuam adequados à sua estratégia. A ausência de correlação entre os indicadores e as metas estratégicas, implica rever a estratégia. Também é possível alterar a periodicidade da recolha dos dados sobre os resultados, de acordo com o que se considere mais adequado para a organização. Ao proceder à actualização dos objectivos, indicadores e metas, é importante que as alterações a efectuar representem os reais interesses de toda a organização, implicando para tal a participação de todos os funcionários da organização, com o seu contributo através da resposta a questionários elaborados para o efeito, por forma a obter o seu *feedback* sobre o uso do *Balanced Scorecard* e as possíveis alterações a introduzir, tendo em vista o seu aperfeiçoamento permanente.

### **3.5.3. Factores Chave de Êxito**

Para se conseguir o sucesso da organização é necessário, segundo Moon e Fitzgerald (1996), que do ponto de vista dos empregados, o sistema de recompensas seja: claro, motivador e controlável. Kaplan e Norton (2001), alertaram que, para o *Balanced Scorecard* mudar a cultura da organização, é preciso estar acompanhado de um sistema de recompensa baseado no alcance das medidas estratégicas. É fundamental que a estratégia e os *scorecards* sejam comunicados por toda a empresa. Para que o sistema de recompensa consiga incentivar é preciso que o mecanismo de avaliação do desempenho seja esclarecedor do que será incentivado.

De acordo com Austin e Larkey (2000), sempre que não se conseguir medir adequadamente uma dimensão crítica do trabalho produtivo, o sistema de recompensa não será perfeito mas, insuficiente e incompleto.

#### **Erros que comprometem a implementação do *Balanced Scorecard*:**

1. Ausência de uma prévia e clara definição da estratégia
2. Ausência do comprometimento da administração e gerentes de linha
3. Falta de informação adequada sobre as vantagens do *Balanced Scorecard*
4. Ausência de estratégia própria com recurso a projecto padronizado
5. Ausência de realização de projecto piloto prévio à implementação
6. Ausência de entrevistas preliminares com cada unidade de serviços
7. Subestimar as necessidades de formação e comunicação exigidas
8. Subestimar os custos da divulgação dos *scorecards* periódicos
9. Subestimar as resistências culturais na organização
10. A procura da complexidade e perfeição

#### **Vantagens do *Balanced Scorecard*:**

1. Potencializa aumentos de produtividade
2. Mede resultados e identifica as fontes de criação e destruição de valor
3. Focaliza os objectivos fundamentais e indicadores-chave de desempenho
4. Suporta a missão e visão da empresa com a implementação da estratégia
5. Fundamenta a tomada de decisões estratégicas
6. Relaciona desempenho e estratégia com ligação ao sistema de incentivos

#### **Falhas do *Balanced Scorecard*:**

1. Não permite comparação de resultados entre empresas distintas.
2. Falha na identificação de características, atitudes e comportamentos, que constituem activos intangíveis da organização, tais como:
  - A motivação dos colaboradores
  - A dinâmica e o posicionamento pró-activo
  - Os estilos de liderança e a cultura
  - A inovação e criatividade

#### **Soluções:**

1. Perspectiva da aprendizagem e crescimento dos empregados contemplando indicadores de avaliação dos activos intangíveis.
2. A criação de uma cultura de trabalho pró-activa, assente na:
  - Partilha de responsabilidades
  - Descentralização
  - Flexibilidade organizacional
  - Promoção da criatividade e inovação

### **3.6. *Balanced Scorecard* e Outros Modelos de Gestão**

O ambiente organizacional tem-se caracterizado, nos últimos anos, pela crescente competição e busca incessante da melhoria contínua. Foram desenvolvidas diversas abordagens para ajudar as organizações a enfrentar esses desafios, entre elas o *Just-InTime (JIT)*, a *Total Quality Management (TQM)*, e a Reengenharia de Processos.

As teorias da melhoria do processo produtivo baseadas no *Just-In-Time* complementam-se com as teorias da gestão baseada na análise de processos; ambas perseguem a obtenção da melhoria contínua através da análise das actividades da empresa, com o objectivo de identificar e eliminar aquelas que não acrescentam valor e a respectiva redução dos custos que estas acarretam.

Para uma melhor afectação dos custos dos recursos aos múltiplos segmentos da empresa, poder-se-á adoptar a metodologia ABC – Custeio Baseado nas Actividades.

#### **3.6.1. Custeio Baseado nas Actividades**

Os sistemas tradicionais de apuramento de custo têm-se apresentado de utilidade muito reduzida no apoio à tomada de decisão devido à distorção provocada pelos critérios de absorção dos custos das actividades de suporte, vulgarmente conhecidas como custos indirectos. Para além da pouca utilidade destes modelos para o gestor quando utilizados como suporte à tomada de decisão, acresce o risco de provocarem sérias perdas na rendibilidade e competitividade das empresas.

Orientando sistematicamente o custo para os produtos, os sistemas tradicionais de apuramento de custo privilegiam sobretudo o *reporting* das consequências das decisões dos gestores e provocam a sua distorção na medida em que alguns dos custos atribuídos não aderem à sua verdadeira causa.

O Custeio Baseado nas Actividades (ABC), conceito contabilístico desenvolvido por Johnson e Kaplan em 1987, permite conceber um modelo analítico que incorpora no sistema de apuramento dos resultados as relações de causa-efeito entre os níveis de recursos consumidos e as actividades que os utilizam. Centra-se, assim, no conceito de processo e actividade, independentemente da função em que tais são executados, garantindo o conhecimento do custo do que se faz e não apenas do que se gasta.

De acordo com Innes e Mitchell (1998), é o volume das actividades e não o volume da produção que consome recursos, determinando portanto o nível de custos gerais. Assim, os serviços deverão ser custeados de uma forma que reflecta o seu actual consumo de recursos e a sua quota parte de custos gerais tem de ser absorvida por eles com base nessas actividades. Não se trata apenas de uma alteração do objecto de custo ou da forma de imputação, mas sim de uma diferente forma de ver a organização e de gestão de recursos, ou seja, de uma renovada cultura empresarial.

A grande vantagem do ABC relativamente aos métodos clássicos de custeio é a ênfase dada às actividades indirectas, redefinindo todo o sistema de cálculo, atribuição e controlo dos chamados custos indirectos. O ABC procura orientar os gestores no sentido de criar valor na própria cadeia de valor da empresa. De acordo com Kaplan e Cooper (1998), o sistema ABC deverá ser utilizado, não apenas como uma contabilidade histórica, mas sim de uma forma proactiva, para estimar os custos das actividades que se realizarão em períodos actuais e futuros.

### 3.6.1.1. Características Fundamentais do ABC

Para melhor identificar as características subjacentes ao ABC, no Quadro 3.9, confrontam-se as características do Sistema ABC com as características dos Sistemas Clássicos de Custeio adoptados pela contabilidade analítica.

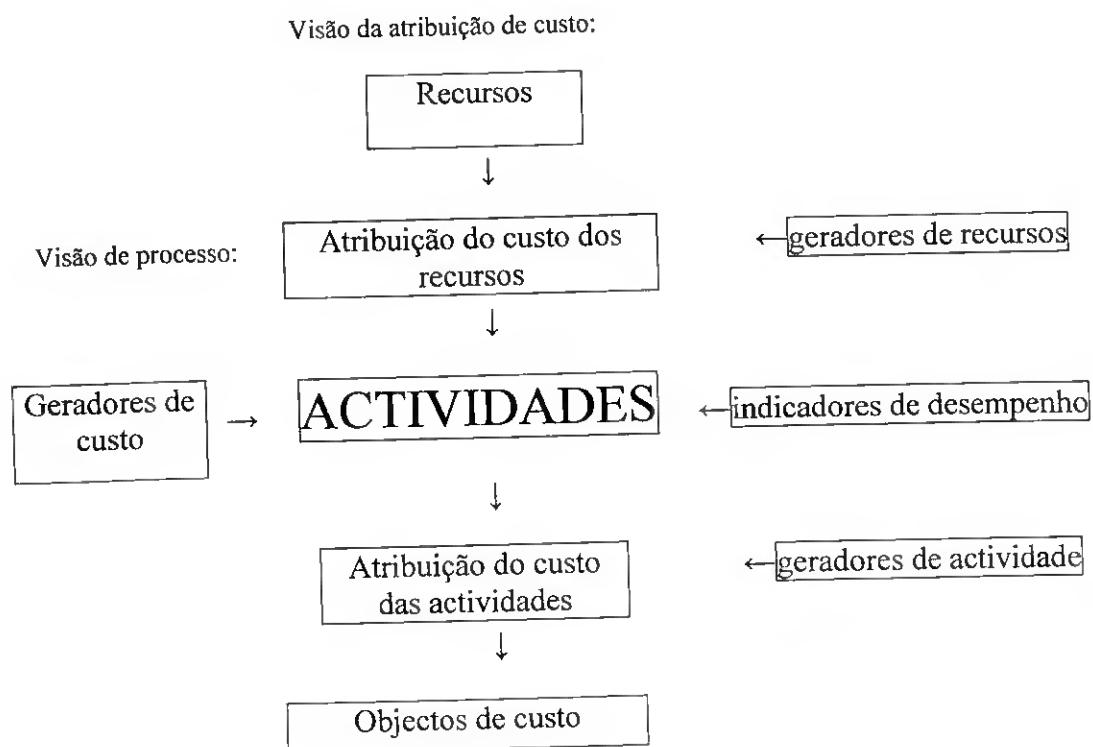
**QUADRO 3.9 - ABC / SISTEMAS CLÁSSICOS DE CUSTEIO**

<b>Custeio Baseado nas Actividades (ABC)</b>	<b>Sistemas Clássicos de Custeio</b>
1.- Baseia-se no princípio de que as actividades consomem recursos e que os produtos resultam das actividades. Há necessidade de identificar as actividades e nestas, os factores que efectivamente consomem recursos geradores de custos.	1.- Baseiam-se no princípio de que os produtos consomem recursos, com custos.
2.- Identificando as actividades a um nível mais elementar bem como os seus geradores de custos, permite obter esse tipo de informação. É mais adequado como instrumento de apoio à decisão e também de controlo interno.	2.- O processo tradicional de apuramento de custo ao procurar absorver os custos com os produtos não permitia a obtenção de informação sobre os elementos efectivamente geridos pelos responsáveis: as actividades. Não ajudava na tomada de decisão e na racionalização de custos.
3.- Trata de forma mais adequada os custos indirectos, procurando custear as actividades e quando relacionadas aos produtos, a sua atribuição a estes.	3.- Tratam de forma bastante inadequada os custos indirectos, com a imputação destes aos produtos, ocasionando repercussões nefastas nos resultados das empresas na medida em que o seu peso, relativamente aos custos totais, é cada vez mais significativo.
4.- Princípio da contribuição: as actividades utilizam recursos e contribuem para a formação dos produtos e serviços, constituindo um instrumento de apoio à estratégia.	4.- Princípio da absorção: os produtos absorvem custos. Não revela os custos das actividades, não sendo tão adequado quanto o ABC para o planeamento e controlo operacional e estratégico.
5.- O ABC para além do aspecto monetário defende que as actividades devem ser medidas também pelos factores tempo e qualidade.	5.- Os sistemas tradicionais de apuramento de custo preocupam-se apenas com a medida financeira, isto é, os relatórios e quadros de análise de custos dos produtos, serviços ou departamentos.

(Fonte: Jordan, Neves e Rodrigues, 2002)

No modelo conceptual do custeio baseado nas actividades, podem desenhar-se duas dimensões: a visão do custo e a visão de processo, que se encontram esquematizadas na figura 3.3.

**FIG. 3.3 – MODELO EXPANDIDO DO ABC**



*(Fig. 3.3 – Modelo expandido do ABC. Adaptado de Miller e John. 1996. A visão da atribuição de custo, parte vertical do esquema, facultar informação sobre as actividades desenvolvidas e sobre o custeio dos objectos de custo com vista a melhorar o processo de tomada de decisão na organização).*

A actividade é o aspecto conceptual central no Custeio Baseado nas Actividades uma vez que para gerir custos é necessário gerir primeiro as actividades.

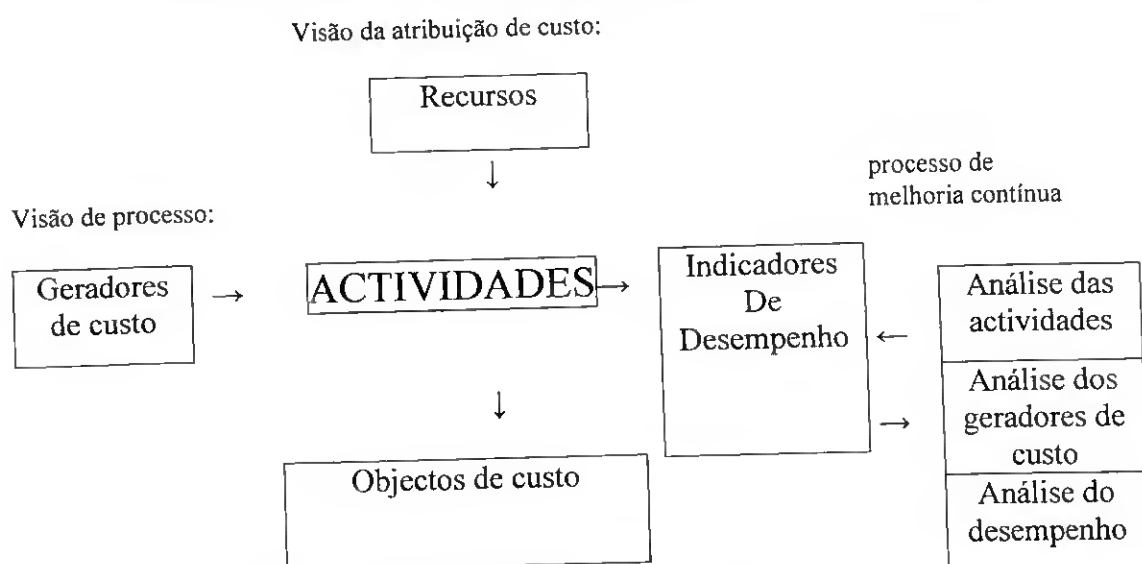
*“Para compreender o comportamento dos custos das actividades é necessário conhecer as causas dos custos, ou seja os geradores de custo” (Glad e Becker, 1996: 19).*

No Custeio Baseado nas Actividades, os recursos são consumidos pelas actividades que, por sua vez, são consumidas pelos produtos e serviços. Existe um sistema de custeio em duas fases: primeiro os recursos são atribuídos às actividades através dos geradores de custo de recursos, sendo depois os produtos valorizados de acordo com o custo das actividades que estiveram na origem da sua elaboração através dos geradores de custo de actividade.

Para os serviços de saúde que estão enfrentando a redução de receitas e aumento nas despesas, o ABC pode ser uma ferramenta valiosa para a gestão hospitalar no controlo de custos e na tomada de decisões. Com o entendimento do processo de consumo dos custos, o hospital pode ser reembolsado pelos serviços realmente prestados.

O ABM vai em direcção ao objectivo do que deverá ser o sistema de saúde ideal, ou seja, aquele no qual se paga pelo que se usa e se usa apenas o necessário.

**FIG. 3.4 – MODELO DE GESTÃO BASEADA NAS ACTIVIDADES**



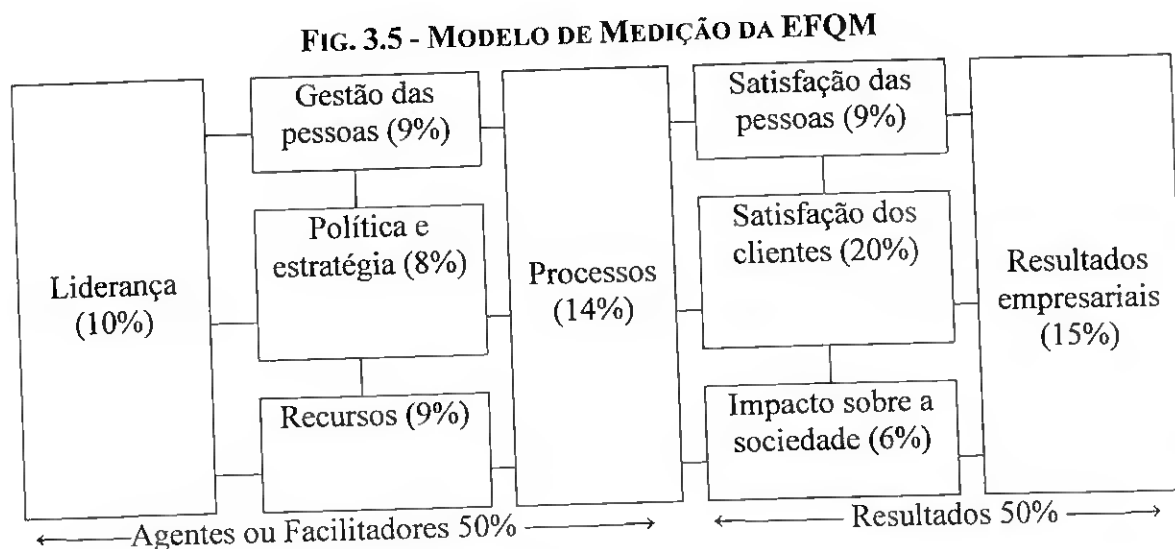
(Fig. 3.4 – Modelo da Gestão Baseada nas Actividades. Adaptada de Miller e John. 1996. O modelo da gestão baseada nas actividades inclui a análise das actividades, dos geradores de custo e dos indicadores de desempenho).

### 3.6.1.2. Princípios do ABM

1. – os custos não ocorrem espontaneamente, pelo contrário, são causados;
  2. – gestão das actividades e não dos recursos e custos, como ocorre nos métodos tradicionais de custeio;
  3. – a atenção deve estar nos factores geradores de custos, ou seja, aquilo que origina a procura de consumo de recursos. Neste sentido, deverão ser tomadas acções para a redução ou até mesmo a eliminação desses factores geradores de custos, visto que a consequência directa será a redução de custos;
  4. – as actividades devem ser direccionadas para os clientes, ou seja, não devem ser realizadas para consumo interno da própria organização.
  5. – diminuição das actividades dentro dos processos, de modo a atender a três requisitos básicos: agilidade com redução do tempo de ciclo operacional, menor custo e mais qualidade;
  6. – centralização da atenção na redução ou eliminação das actividades que não agregam valor às actividades, desnecessárias ou redundantes;
  7. – melhoria contínua das actividades;
  8. – execução da actividade correcta e de forma correcta, ou seja, fazer certo da primeira vez;
- (Abbas, 2001).

### 3.6.2. Modelo de Medição da Qualidade EFQM

O Modelo Europeu de Gestão da Qualidade Total, publicado pela *European Foundation for Quality Management* (EFQM) em 1998, reparte o peso total dos 100% entre diferentes factores graduados como mostra a figura 3.5.



(Fig. 3.5 - Modelo de Medição da EFQM. Adaptado de Olve, Roy e Wetter, 1999. Este modelo tem nove critérios: cinco são agentes facilitadores e quatro são resultados)

De acordo com o modelo EFQM, a satisfação do cliente, a satisfação dos empregados e o impacto na sociedade, conseguem-se pela liderança, que conduz uma política e estratégia e que através de uma correcta gestão das pessoas, recursos e processos, leva finalmente à excelência nos resultados da organização. As pessoas e os processos são os agentes que conduzem aos resultados.

A natureza dinâmica do modelo é dada pela retroalimentação do sistema, através da qual a inovação e a aprendizagem potenciam o trabalho dos agentes facilitadores e dão lugar à melhoria dos resultados.

### **3.6.3. Sistema de Gestão por Incentivos**

A ferramenta de gestão *Balanced Scorecard*, muito usada em empresas com sistemas de Gestão pela Qualidade Total (TQM), pode ser muito útil no desenvolvimento de um sistema de gestão e avaliação do desempenho eficaz.

O sistema de remuneração por incentivos deverá ser uma ferramenta de alinhamento e reforço com a estratégia da organização. Em princípio, se a empresa gerar mais valor, os resultados poderão ser repartidos pelos colaboradores, ligando assim o desempenho à estratégia e fazendo a ponte com o sistema de incentivos. A remuneração dos incentivos deverá ocorrer de acordo com o desempenho, para alcançar as metas instituídas no *Balanced Scorecard*.

O sistema de incentivos deverá ser revisto no final de cada ano e esta informação deverá ser comunicada a todos os funcionários da organização desde o início da sua implementação.

#### 4. APLICAÇÃO DO *BALANCED SCORECARD* À GESTÃO HOSPITALAR NO ALGARVE

A gestão deverá atender à complexidade das necessidades do homem enquanto cliente e ser baseada na clínica, partindo da avaliação de resultados e assentando numa gestão eficiente de recursos cuja eficácia se torne verdadeiramente efectiva.

O futuro Hospital Central do Algarve, deverá ser necessariamente um hospital moderno, com atenção centralizada no doente, adaptado às necessidades dos seus clientes internos e externos, bem organizado e apetrechado, flexível e inovador, oferecendo um clima de trabalho favorável ao desenvolvimento pessoal e profissional e tendo como missão principal a prestação de cuidados de saúde especializados à população servida, de forma integral, personalizada e de qualidade. Deverá ter como visão ser o centro de referência da saúde no Algarve. Terá de ser *Just-In-Time* e orientado para as pessoas e a excelência.

O hospital, deverá em termos organizativos, estar fortemente orientado para o trabalho em equipa, baseado numa política de melhoria contínua, sustentada pela utilização de ferramentas avançadas de gestão com o objectivo capital de garantir a plena e contínua satisfação dos seus clientes, tanto externos como internos.

Deverá existir um sistema de avaliação e controlo de desempenho geral que sintetize os resultados como entidade de promoção da saúde, tendo em vista a melhoria contínua da qualidade. Para o efeito, propomos a implementação do *Balanced Scorecard* utilizado como ferramenta de avaliação do desempenho.

A avaliação do desempenho constitui um instrumento fundamental de gestão nas organizações modernas. O novo Sistema Integrado de Avaliação de Desempenho da Administração Pública pretende contribuir para a criação de uma dinâmica de mudança, de motivação e de melhoria na Administração Pública Portuguesa.

A promoção de uma cultura de trabalho voltada para a partilha de informação, numa estrutura organizacional com colaboradores distribuídos por poucos níveis hierárquicos, concorre para o forte compromisso de todos os colaboradores na prossecução dos objectivos da organização hospitalar.

Uma atitude de crítica e inovação permanente, a revisão sistemática e integrada da eficácia dos processos existentes, a busca de envolvimento e compromisso de todos, constituem a base de uma gestão participativa e pró-activa.

A inquestionável aposta na motivação, formação e valorização contínua dos funcionários do hospital, revela-se como um dos principais vectores-chave de sucesso da organização hospitalar.

De acordo com Sousa (2000), só com um elevado nível de motivação dos funcionários da instituição é possível manter uma organização dinâmica e um elevado desempenho. Desta forma, a adopção de metodologias de polarização das competências como a formação contínua e a avaliação semestral de desempenho, descendente e ascendente, numa organização que deverá privilegiar a competência face ao estatuto, irá reflectir-se naturalmente nos elevados níveis motivacionais de acordo com um adequado clima organizacional.

A criação de Centros de Responsabilidade Integrada (CRI) será vantajosa, introduzindo uma lógica de eficiência nas decisões individuais e de grupo, de forma a permitir:

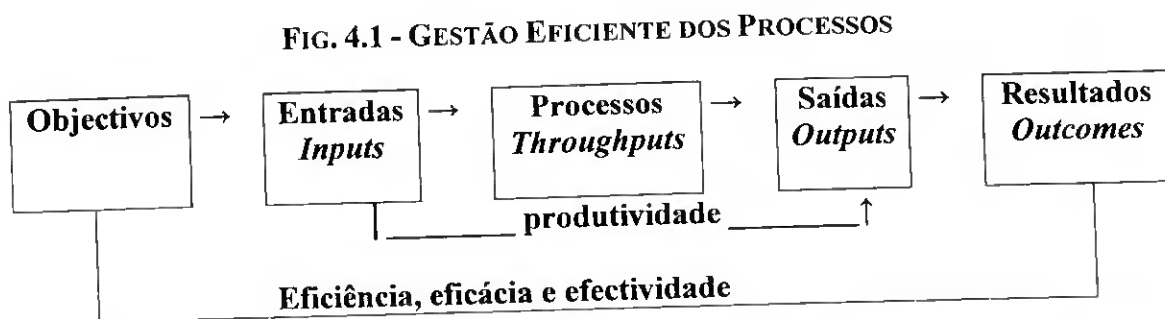
- Optimizar os recursos
- Aumentar a produtividade
- Assegurar o tratamento dos doentes ao menor custo
- Melhorar a acessibilidade
- Assegurar a qualidade dos cuidados prestados
- Aumentar o grau de satisfação dos profissionais
- Melhorar os resultados

Os CRI constituem níveis intermédios de gestão, devendo possuir:

- Sistema de informação para a gestão, fiável e oportuno, devendo garantir a divulgação dos indicadores de avaliação do projecto
- Sistema fiável de contabilidade e gestão
- Sistema eficaz de registo estatístico, por forma a obter, sistemática ou periodicamente, indicadores de gestão e de avaliação de projecto
- Programa de garantia de qualidade
- Plano de formação e desenvolvimento dos recursos humanos
- Sistema de avaliação e controlo de execução

Pretende-se como **Linhas Estratégicas do Hospital:**

- Uma **gestão eficiente dos recursos**, baseada na alta produtividade e procura permanente da eficácia e efectividade nas actividades assistenciais (fig. 4.1).



(Fig. 4.1 - Gestão Eficiente dos Processos. O Hospital terá que ter uma gestão eficiente dos processos tendo em vista a obtenção efectiva de resultados).

- A **utilização da tecnologia mais avançada**, para facilitar processos assistenciais e conseguir a máxima eficácia e eficiência.

- **Profissionais altamente motivados**, com sistemas de retribuição variável baseados no cumprimento dos objectivos assistenciais.
  
- Promover um **sistema de incentivos** com o objectivo de estimular o desempenho dos profissionais, tendo por base os ganhos de eficiência conseguidos. Incentivos que se traduzem na melhoria das condições de trabalho, na participação em acções de formação e estágios, no apoio à investigação e em prémios de desempenho.
  
- Uma **organização centrada no doente**, alicerçada numa **estratégia de fidelização**, reflectida basicamente nos conceitos de:
  - Hospital sem demoras
  - Liberdade de acesso
  - Ampla cobertura de horários de atendimento
  - Liberdade de escolha do médico
  - O médico escolhido é o único responsável pelo doente durante todo o processo assistencial
  - Especial predisposição à comunicação com os doentes
  - Tratamento personalizado
  - Quartos individuais com cama de acompanhante, permitindo um maior conforto e privacidade
  
- **Altos níveis de qualidade assistencial**, com a medição e controlo da mesma, através de uma **estratégia de qualidade** alicerçada nos seguintes parâmetros:
  - **Orientação por processos assistenciais e globais:**
    - o Eficiência na gestão dos recursos
    - o Optimização do uso de exames complementares
  - **Política de normalização e qualidade:**
    - o Processos não assistenciais – (ex: ISO 9000)
    - o Comissões clínicas
    - o Modelo de auto-avaliação – (ex: EFQM)
  - **Benchmarking** – comparar para melhorar.
  
- **Informatizar o hospital** com base no modelo de gestão implementado.

- Introduzir **elementos de diferenciação competitiva**, que criam valor acrescentado:

- Liberdade de escolha de profissionais
- Ausência de listas de espera
- Quartos individuais
- Horário de consultas: dias úteis das 08 às 22 horas
- Cirurgias programadas: dias úteis incluindo sábados das 08 às 22 horas
- Sistema de incentivos por objectivos
- História clínica electrónica
- Sistema radiológico digital

#### **4.1. *Balanced Scorecard* e Compensação por Objectivos**

Propõe-se a seguinte aplicação em cascata do *Balanced Scorecard*, integrado com o sistema de compensações por objectivos, a implementar na gestão do futuro hospital central do Algarve:

- Uma determinada percentagem de compensação por incentivos fica ao alcance dos empregados se o hospital alcançar alguns ou a totalidade dos seus objectivos.

Cada indicador do *Balanced Scorecard* de nível principal recebe um peso e os pesos totais das quatro perspectivas somam 100%. Os objectivos financeiros podem receber um peso maior.

À medida que se verificam os resultados, calculam-se e distribuem-se as percentagens de pagamentos. Este pagamento das recompensas poderá ser efectuado de forma mensal, trimestral, semestral ou anualmente.

A gestão do hospital, ao optar por atribuir uma bonificação anual de 10% do salário base aos seus funcionários, poderá monitorizar os resultados obtidos através do *Balanced Scorecard*, de acordo com os indicadores estabelecidos para cada uma das quatro perspectivas, tal como se exemplifica na Quadro 4.1.

**QUADRO 4.1 - EXEMPLOS DE METAS**

<b>Perspectiva</b>	<b>Indicador</b>	<b>Meta</b>	<b>Peso</b>
Financeira	Rentabilidade de recursos próprios	15%	20%
	Crescimento dos internamentos	25%	10%
Do Cliente	Satisfação do cliente	90%	20%
	Decréscimo das reclamações	90%	10%
Do Processo Interno	Decréscimo do tempo médio de espera para cirurgia	50%	10%
	Decréscimo da demora média no internamento	90%	10%
Da Aprendizagem e Crescimento	Percentagem de empregados que adquirem três competências novas	75%	12%
	Rotação dos empregados	5%	8%

(Adaptada de Niven, 2002)

Os resultados finais serão contemplados no final do ano e os incentivos aos funcionários são calculados como se exemplifica na Quadro 4.2.

**QUADRO 4.2 - EXEMPLOS DE PAGAMENTOS**

<b>Perspectiva</b>	<b>Indicador</b>	<b>Meta</b>	<b>Peso</b>	<b>Real</b>	<b>Pagar</b>
Financeira	Rentabilidade de recursos próprios	15%	20%	18,5%	2%
	Crescimento dos internamentos	25%	10%	22%	0
Do Cliente	Satisfação do cliente	90%	20%	93%	2%
	Decréscimo das reclamações	90%	10%	85%	0
Do Processo Interno	Decréscimo do tempo médio de espera para cirurgia	50%	10%	55%	1%
	Decréscimo da demora média no internamento	90%	10%	90%	1%
Da Aprendizagem e Crescimento	Percentagem de empregados que adquirem três competências novas	75%	12%	80%	1,2%
	Rotação dos empregados	5%	8%	2,5%	0,8%
	<b>Total de Pagamentos</b>				<b>8%</b>

(Adaptada de Niven, 2002)

O hospital alcançará o seu objectivo de rentabilidade do capital e dado que este representa 20 % de todos os indicadores, os funcionários receberão os correspondentes 2% de bonificação. De acordo com os resultados positivos exemplificados no *Balanced Scorecard* do Quadro 4.2, a recompensa neste caso ascenderia a 8% do salário base. Neste exemplo, o pagamento seria efectuado anualmente. O hospital deverá fornecer aos funcionários, informação dos resultados obtidos em cada mês.

### 4.1.1. Painel Estratégico para o Internamento Hospitalar

Descreve-se a título exemplificativo, o painel estratégico com os indicadores a serem medidos, no internamento hospitalar (Quadro 4.3):

**QUADRO 4.3 – PAINEL ESTRATÉGICO PARA O INTERNAMENTO**

<b>Indicadores Financeiros:</b>	<b>Local de Recolha da Informação:</b>
Evolução dos Gastos do Hospital	Contabilidade Analítica
Facturação Líquida	Demonstração Mensal dos Resultados
Índice de Liquidez Geral – Fluxo de Caixa	Balanço e Demonstração de Resultados
<i>Benchmarking</i>	Indicadores de Concorrência da Instituição
Custo de Novas Tecnologias e Terapêuticas	Contabilidade Analítica
<b>Indicadores de Clientes:</b>	
Índice de Satisfação dos Clientes	Inquéritos de Satisfação do Cliente
Número de Novos Serviços e Tratamentos	Estatística dos Serviços de Atendimento
Número de Trabalhadores Extra-Muros	Cadastro de Pessoal (Serviço de Pessoal)
<b>Indicadores do Processo Interno:</b>	
Taxa de Ocupação Hospitalar	Estatística dos Departamentos ou Serviços
Taxa de Infecção Hospitalar	Estatística dos Departamentos ou Serviços
Taxa de Cirurgias de Alta Complexidade	Estatística dos Departamentos ou Serviços
Taxa de Cesarianas	Estatística do Serviço de Obstetria
<b>Indicadores de Aprendizagem e Crescimento:</b>	
Índice de Satisfação dos Funcionários	Inquéritos de Satisfação dos Funcionários
Taxa de Absentismo	Estatística do Serviço de Pessoal
Taxa de <i>Turnover</i>	Estatística do Serviço de Pessoal
Horas de Formação por Departamento	Estatística do Serviço de Pessoal

## 4.1.2. Painel Estratégico para o Ambulatório

Exemplifica-se de seguida, o painel estratégico com os indicadores a serem medidos, no ambulatório (Quadro 4.4):

QUADRO 4.4 – PAINEL ESTRATÉGICO PARA O AMBULATÓRIO

<b>Indicadores Financeiros:</b>	<b>Local de Recolha da Informação:</b>
Custo Total do Ambulatório	Contabilidade Analítica
Custo por Consultas	Contabilidade de Custo, Orçamental
Gasto Mensal em Materiais e Medicamentos	Demonstração Mensal de Resultados
Custo Mensal com Pessoal Médico	Demonstração Mensal de Resultados
Custo Consulta / Especialidade	Contabilidade de Custo, Orçamental
<b>Indicadores de Clientes:</b>	
Índice de Satisfação dos Clientes	Inquéritos de Satisfação do Cliente
Número de Consultas Disponíveis	Serviços de Atendimento
Número de Consultas Realizadas	Estatística, Serviços de Atendimento
Taxa de Reclamação dos Clientes	Inquéritos nos Serviços
<b>Indicadores do Processo Interno:</b>	
Tempo de Agendamento da Consulta	Serviço de Marcação de Consultas
Duração Média da Consulta	Serviços de Atendimento
Número de Complicações e Intercorrências	Inquéritos e Estatística dos Serviços
<b>Indicadores de Aprendizagem e Crescimento:</b>	
Horas de Formação para Pessoal do Expediente	Serviço de Pessoal
Horas de Formação para Médicos e Enfermeiros	Serviço de Pessoal
Horas de Formação para o Pessoal Técnico	Serviço de Pessoal
Horas de Formação para o Pessoal de Apoio	Serviço de Pessoal

## **4.2. Aplicação do sistema ABC na determinação de Custos e Preços de Partos e Diárias de Maternidade**

Tendo por base os trabalhos de Ching (1997), analisa-se a aplicação do sistema ABC na determinação de custos e de preços de partos e diárias de internamento na maternidade. O sistema ABC tornou possível estabelecer preços fixos, com vantagens tanto para a instituição hospitalar como para os próprios pacientes e seguradoras que sabem de início quanto irão pagar, podendo assim escolher o hospital com base na melhor relação custo/benefício.

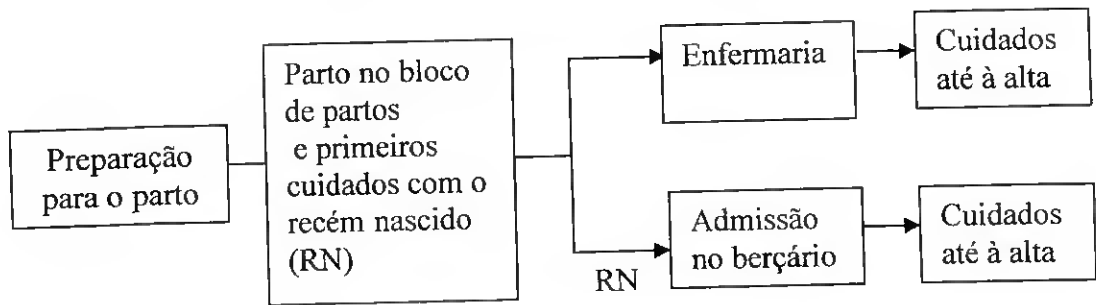
### **4.2.1. Formação de Preços em Instituições Hospitalares**

A adopção da metodologia de custeio baseado em actividades ABC poderá dar a sustentação necessária para o sucesso da mudança na forma de pagamento de determinados tratamentos hospitalares.

A tendência crescente na área hospitalar de fixar preços para procedimentos completos, incluindo por exemplo uma intervenção cirúrgica e todo o período de internamento até à recuperação do paciente, tem levado várias instituições hospitalares a seguirem a estratégia do preço fixo por procedimento. Esta tendência traz vantagens e riscos para ambas as partes: Para o hospital, se não forem adequadamente identificados e avaliados os recursos e materiais a serem utilizados, teremos uma ideia incompleta dos custos relacionados ao procedimento em estudo, podendo acarretar preços inadequados.

Há que considerar o internamento para a realização do parto como um processo constituído por um conjunto de actividades que contribuem para a sua obtenção.

**FIGURA 4.2 - ESQUEMA DO PROCESSO DE PARTO**

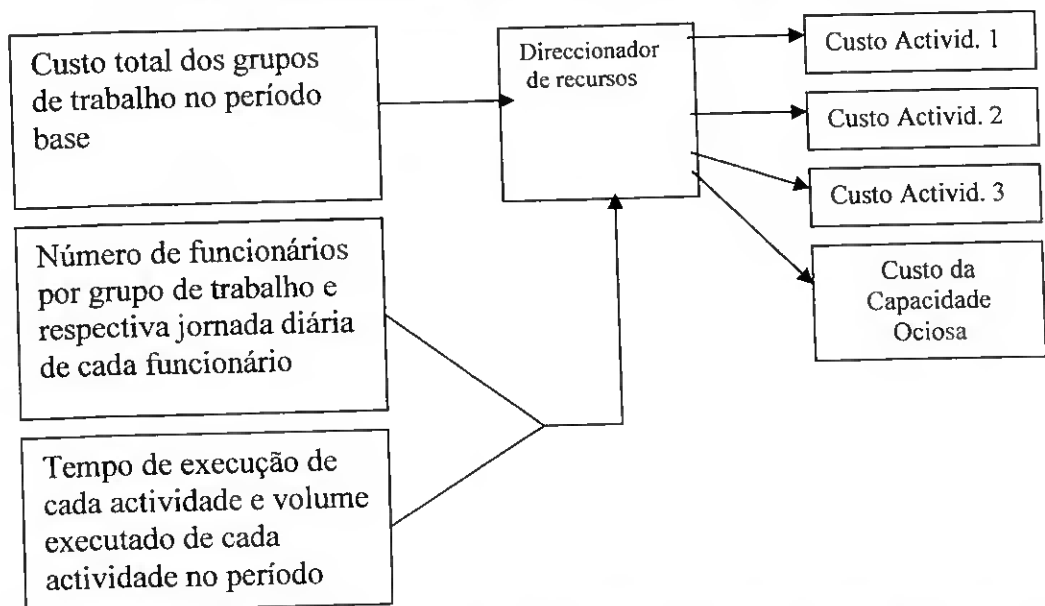


(Figura 4.2 - Esquema do processo de Parto. Fonte: Ching, 1997. Representa uma sequência bastante simplificada de um parto sem complicações)

#### 4.2.2. Etapas no levantamento das Actividades e Custos e definição de Preços

- Levantamento das actividades e tarefas que as compõem
- Tempo para execução de cada actividade
- Identificação dos grupos de trabalho realizadores das actividades
- Relação das pessoas e da carga horária de trabalho em cada grupo
- Volume executado de cada actividade no período
- Custo das várias mini-unidades que compõem a maternidade
- Cálculo dos direccionadores de recursos (*cost drivers*) e da capacidade ociosa
- Cálculo do custo das actividades e da capacidade ociosa

**FIGURA 4.3 – ESQUEMA DO CÁLCULO DO CUSTO DAS ACTIVIDADES**

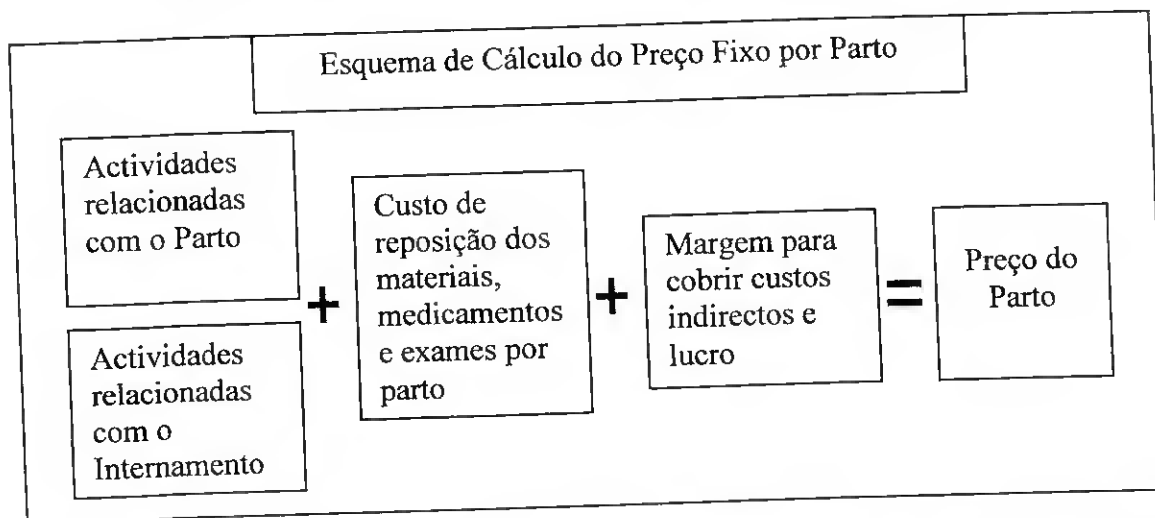


(Figura 4.3 – Esquema do Cálculo do Custo das Actividades. Fonte: Ching, 1997. Representa-se o cálculo do custo das actividades e da capacidade ociosa)

- **Apuramento dos Custos e Cálculo do Preço dos Objectos de Custo:**

- Determinação dos Objectos de Custo: Partos Normais e Cesarianas, Diárias da Maternidade e dos berçários ( RN's normais e RN's com complicações )
- Identificação das Actividades relacionadas a cada Objecto de Custo
- Agrupamento das Actividades e respectivos Custos de cada Objecto de Custo
- Levantamento da média de materiais, medicamentos e exames consumidos durante o internamento pela mãe e pelo recém nascido, valorizados ao custo de reposição
- Determinar a margem necessária para cobrir, além dos custos das actividades e outros consumos directos, os custos indirectos da instituição e o lucro
- Calcular os preços dos objectos de custo

**FIGURA 4.4 - ESQUEMA DO CÁLCULO DO PREÇO FIXO POR PARTO**



(Figura 4.4 - Esquema do Cálculo do Preço Fixo por Parto. Fonte: Ching, 1997. Representa-se o cálculo para apuramento do preço fixo por parto)

- Além das acções voltadas para o apuramento de custos e preços, é possível também:
  - Identificar as actividades que agregam e que não agregam valor
  - Redesenhar o processo eliminando actividades redundantes ou que não agregam valor
  - Avaliar os recursos humanos e sua adequação numérica ao volume de actividades de cada grupo de trabalho
  - Identificar oportunidades de melhorar a qualidade do atendimento durante o período de internamento

### 4.2.3. Análise de Resultados

Em seguida, analisam-se os seguintes Quadros com valores atribuídos a título exemplificativo (Ching, 1997):

- Cálculo dos direccionadores de recursos (Quadro 4.5) e dos custos das actividades (Quadro 4.6) de um dos grupos de trabalho: Enfermagem do Centro Obstétrico.
- Resumo dos grupos de trabalho e das actividades encontradas no processo da Maternidade com os respectivos Custos por Actividade e Custos da Capacidade Não Utilizada por grupo de trabalho. (Quadro 4.7)
- Direccionadores de Custos para os Objectos de Custo: Parto Normal, Cesariana, Diárias da maternidade, do berçário de RN's normais, do berçário de RN's com pequenas complicações e da UCI Neonatal. (Quadro 4.7)
- Cálculo dos Preços para Partos Normais e Cesarianas. (Quadro 4.8)
- Cálculo das diárias acima mencionadas. (Quadro 4.9)

**QUADRO 4.5 – DETERMINAÇÃO DOS DIRECCIONADORES DE RECURSOS**

Determinação dos Direccionadores de Recursos					
nº.	Actividade	Medida de Saída/dia	Tempo Médio p/pac. min.	Tempo/dia min	Direccionador de Recursos
01	Fazer Cardiotocograma	1,9	35	65,7	3,40%
02	Triagem Obstétrica	2,6	30	78	4,03%
03	Assistência ao parto	6,5	40	261,3	13,51%
04	Receber o R.N.	6,5	30	196	10,13%
05	Banho do R.N.	4,4	15	65,8	3,40%
06	Apoio na amamentação	4,0	30	121,3	6,27%
07	Triagem de Cesariana	4,7	20	94,2	4,87%
08	Acompanhar o trabalho de parto	3,8	90	342,0	17,68%
09	Apoio de Enfermagem	2	70	140,0	7,24%
				1364,3	70,53%
				569,6	29,47%
	Capacidade não Utilizada			1933,9	100%

	Funcionários	Horário	Horas/dia/func	tempo disponível por dia	
3,5	Enfermeiras	12x36	11	38,5	
01	Enfermeira	variável	3	3	
				41,5	horas
				2490	minutos
			Folgas (14%)	-348,6	minutos
			1/12 férias	-207,5	minutos
			total disponível	1933,9	minutos

# QUADRO 4.6 - CÁLCULO DO CUSTO DAS ACTIVIDADES :

## CÁLCULO DO CUSTO DA ACTIVIDADE

Área: Centro Obstétrico (Enfermeiras)

Área: Centro Obstétrico (Enfermeiras)			Recursos / Despesas por item								custo da atividade no período	custo por medida de saída
			salários+encargos		materiais		depreciação		outros			
			Euros	%	Euros	%	Euros	%	Euros	%		
nº.	ACTIVIDADE	quant.										
01	Fazer cardiotocograma	169	4.407	3,4%	881	3,4%	191	3,4%	1.847	3,4%	7.326	43,35
02	Triagem obstétrica	234	5.224	4,0%	1.044	4,0%	227	4,0%	2.189	4,0%	8.684	37,11
03	Assistência ao parto	588	17.512	13,5%	3.501	13,5%	760	13,5%	7.338	13,5%	29.111	49,51
04	Receber R.N.	588	13.131	10,1%	2.625	10,1%	570	10,1%	5.502	10,1%	21.828	37,12
05	Banho do R.N.	395	4.407	3,4%	881	3,4%	191	3,4%	1.847	3,4%	7.326	18,55
06	Apoio amamentação	364	8.127	6,3%	1.625	6,3%	353	6,3%	3.405	6,3%	13.510	37,12
07	Triagem. Cesariana	424	6.313	4,9%	1.262	4,9%	274	4,9%	2.645	4,9%	10.494	24,75
08	Acompanhar trabalho de parto	342	22.917	17,7%	4.582	17,7%	994	17,7%	9.603	17,7%	38.096	111,39
09	Apoio de enfermagem	180	9.385	7,2%	1.876	7,2%	407	7,2%	3.932	7,2%	15.600	86,67
	Capacidade não utilizada		38.200	29,4%	7.637	29,4%	1.657	29,4%	16.006	29,4%	63.500	
	total		129.623	100%	25.914	100%	5.624	100%	54.314	100%	215.475	

QUADRO 4.7 – GRUPOS DE TRABALHO, ACTIVIDADES E RESPECTIVOS CUSTOS

ACTIVIDADES	Custo Total	Custo p/ Medida de saída	Quant. No período base	custo diário - mãe		custo fixo -mãe		custo diário do RN			custo fixo p/ RN			Todos	
				parto normal	cesar.	parto normal	cesar.	berçário de normais	UCI	berçário de cuidad. Intern.	berçário de nomais	UCI	berçário de cuidad. intern.		
Enfermeiras Obst.		43,35	169												
Cardiotocogramas	7.326					37,11									
Triagem obst.	8.684	37,11	234												
Acompanhar o parto	29.111	49,51	588			49,51	49,51								37,12
Receber R.N.	21.828	37,12	588									18,55			18,55
Banho do R.N.	7.326	18,55	395												37,12
Apoio amamentação	13.510	37,12	364												
Triagem Cesariana	10.494	24,75	424				24,75								
Acompanhar parto	38.096	111,39	342			111,39						68,49			
Apoio enfermagem	15.600	86,67	180	86,67	86,67	86,67	86,67	86,67	86,67						86,67
Capacid. não utilizada	63.500														
Custo das actividades	215.475			86,67	86,67	284,68	160,93	86,67	86,67	86,67	18,55	-	-		179,46
Restantes actividades	1.460.138			57,00	57,00	79,55	154,68	38,11	280,76	166,63	36,93	68,49	59,03		48,69
Total	1.675.613			143,67	143,67	364,23	315,61	124,78	367,43	253,30	55,48	68,49	59,03		228,15

### QUADRO 4.8 - CÁLCULO DO PREÇO FIXO POR PARTO :

CÁLCULO DO PREÇO FIXO POR PARTO		TIPO DE PARTO	
		NORMAL	CESARIANA
MÃE	CUSTO POR DIA	143,67	143,67
	X N°. DE DIAS	2	3
	= CUSTO TOTAL DAS DIÁRIAS	287,34	431,01
	+ CUSTO FIXO POR PARTO	364,23	315,61
	= CUSTOS DIRECTOS TOTAL	651,57	746,62
	+ CUSTOS INDIRECTOS 30%	195,47	223,99
	= CUSTOS DIRECTOS + INDIRECTOS	847,04	970,61
	PREÇO C/ 15% DE MARGEM	996,52	1.141,89
	MATERIAIS	196,58	196,58
	MEDICAMENTOS	160,82	160,82
	HEMOTERAPIA	128,24	128,24
	GASOTERAPIA	5,29	5,29
	LABORATORIO	10,67	10,67
	PREÇO DOS DIVERSOS	501,60	501,60
PREÇO TOTAL (MÃE)	1.498,12	1.643,49	
RN NORMAL	CUSTO POR DIA	124,78	124,78
	X N°. DE DIAS	2	3
	= CUSTO TOTAL DAS DIÁRIAS	249,56	374,34
	+ FIXO P/ TODOS	228,15	228,15
	+ FIXO P/ RN NORMAL	55,48	55,48
	= CUSTO TOTAL	533,19	657,97
	+ CUSTOS INDIRECTOS 30%	159,96	197,39
	= CUSTOS DIRECTOS + INDIRECTOS	693,15	855,36
	PREÇO C/ 15% DE MARGEM	815,47	1.006,31
	MATERIAIS	60,25	60,25
	MEDICAMENTOS	32,10	32,10
	HEMOTERAPIA	79,56	79,56
	GASOTERAPIA	65,94	65,94
	LABORATÓRIO PRÓPRIO	88,43	88,43
LABORATORIO EXTERNO	100,00	100,00	
PREÇO DOS DIVERSOS	426,29	426,29	
PREÇO TOTAL (RN NORMAL)	1.241,76	1.432,60	
RESUMO	PREÇO TOTAL (MÃE)	1.498,12	1.643,49
	PREÇO TOTAL (RN NORMAL)	1.241,76	1.432,60
	PREÇO TOTAL (MÃE + RN NORMAL)	2.739,88	3.076,09

### QUADRO 4.9 - CÁLCULO DO PREÇO DAS DIÁRIAS :

CÁLCULO DO PREÇO DAS DIÁRIAS		BERCÁRIOS		
		MATERNIDADE	RN NORMAL	UCI
CUSTO POR	143,67	124,78	367,43	253,30
CUSTOS IND	43,10	37,43	110,23	75,99
CUSTOS DIR	186,77	162,21	477,66	329,29
PREÇO C/ 15	219,73	190,84	561,95	387,40
FIXO P/ RN C/ PATOL			68,49	59,03
CUSTOS INDIRECTOS 30%			20,55	17,71
CUSTOS DIRECTOS + INDIRECTOS			89,04	76,74
PREÇO COM 15% DE MARGEM			104,75	90,28

#### **4.2.4. Recomendações Finais**

De acordo com Ching (1997), o cálculo do preço fixo para partos e outros procedimentos pode ser aplicado a qualquer tipo de instituição hospitalar, seja pública ou privada. A evolução para o ABM, ou Gestão Baseada nas Actividades, vem complementar esta metodologia de custeio com resultados mais relevantes.

Para além de conhecer os custos das actividades e dos objectos de custo, uma vez conhecidas todas as actividades que contribuem para a execução de um parto. As actividades podem ser mapeadas numa sequência lógica, sendo possível reformular o processo agregando mais valor para o cliente e menos custo, eliminando ou reduzindo as actividades que não agregam valor.

A instituição hospitalar que opte pela formulação de “preços fixos por procedimento” deve estar preparada para fazer a gestão do tratamento dos pacientes porque todo o recurso utilizado além do necessário previsto no preço contratado será absorvido pela instituição reduzindo as margens esperadas.

Alguns procedimentos podem ter custo acima ou abaixo do estabelecido, sendo importante manter um acompanhamento estatístico para saber o valor real das contas.

## 5. CONCLUSÃO

Kaplan e Norton, inicialmente, definiram o *Balanced Scorecard* como um sistema de medição de desempenho e posteriormente, como um sistema de gestão estratégica.

A inadequação da definição do *Balanced Scorecard* como um sistema de medição de desempenho pode ser mostrada segundo Tonchia (2000), que considera possível a identificação num sistema de medição de desempenho, de três pontos básicos:

- Formalização das medidas e da medição, que consiste em responder às seguintes perguntas: o que deve ser medido e como deve ser medido
- Integração desse sistema com os outros sistemas da organização, principalmente os de planeamento e de controlo de produção
- Uso do sistema para o controlo das actividades, para a avaliação e participação dos funcionários e para comparações de desempenho (*Benchmarking*).

A denominação sistema de medição de desempenho é inadequada porque o *Balanced Scorecard* não atende ao aspecto da formalização, que trata do modo como deve ser medido. Kaplan e Norton apenas sugerem o uso do método de custeio ABC, sem qualquer discussão sobre a compatibilidade com o que procuram medir. Outras duas considerações indicam como é inadequado dizer que o *Balanced Scorecard* é um sistema de medição de desempenho:

- Em primeiro lugar, porque o foco principal do *Balanced Scorecard* é o alinhamento estratégico necessário para que o desempenho possa ser gerido, que vai além de simplesmente vincular a medição com os sistemas de produção.
- Em segundo lugar, porque o *Balanced Scorecard* também trata dos processos de gestão pelos quais se pode conseguir o alinhamento estratégico.

O *Balanced Scorecard* permite, a cada instante, analisar os aspectos críticos da organização como um todo, para o cumprimento da estratégia.

Segundo Kaplan e Norton, o *Balanced Scorecard* é a tradução da estratégia das unidades de negócio num conjunto de medidas interligadas que definem tanto os objectivos estratégicos quanto os mecanismos para alcançá-los e obter *feedback*. Num ambiente de transformações, onde a busca contínua e o comprometimento com a excelência é o diferencial entre ser líder ou liderado, o *Balanced Scorecard* traduz-se numa ferramenta única para a gestão, proporcionando informações rápidas e fiáveis, permitindo assim direccionar os recursos para as melhores soluções.

O *Balanced Scorecard* e o sistema ABC, constituem instrumentos úteis e adequados para serem utilizados pelas organizações prestadoras de serviços de saúde, nomeadamente hospitais, por forma a incrementar a eficiência e efectividade destas organizações.

## **5.1. Sugestões para trabalhos futuros**

Longe de estar concluído, este trabalho pode constituir um estímulo a estudos mais aprofundados, que visem:

- A análise de um mais vasto leque de indicadores.
- A adaptação do modelo *Balanced Scorecard*, de forma a permitir a comparação de resultados entre hospitais.
- A criação de um modelo inovador, aplicável à gestão de instituições hospitalares, mais eficaz, que consiga reunir as vantagens dos modelos *Balanced Scorecard*, EFQM e ABC.

## BIBLIOGRAFIA

- Aaker, D. (1998) *Strategic Market Management*, 5ª Edição. Laser House Editora.
- Abbas, K. (2001) *Gestão de Custos em Organizações Hospitalares*, Universidade Federal de Santa Catarina.
- Anthony, R. e V. Govindarajan (1998) *Management Control Systems*, Ninth Edition. Irwin Mc Graw Hill.
- Antônio, N. (2003) *Estratégia Organizacional - do Posicionamento ao Movimento*, Edições Sílabo.
- Antunes, M. (2001) *A Doença da Saúde. Serviço Nacional de Saúde: ineficiência e desperdício*, 5ª Edição, Quetzal Editores.
- Araújo, L. (2001) *Tecnologias de Gestão Organizacional*, Editora Atlas.
- Austin, R.D.. e P.D. Larkey (2000) *Performance-Based Incentives in Knowledge Work*, International Journal of Business Performance Management, Cranfield School of Management.
- Baker, J.J. (1998) *Activity-Based Costing and Activity-Based Management for Healthcare*, Gaithersburg, Maryland, Aspen Publishers Inc..
- Becker, B., M. Huselid e D.Ulrich (2001) *The HR Scorecard: linking people, strategy, and performance*, Harvard Business School Press.
- Brilman, J. (1998) *Les Meilleures Pratiques de Management*, Editions d'organisation.
- Canby, J. (1995) *Applying Activity Based Costing to Healthcare Settings*, Healthcare Financial Management Magazine.
- Ceretta, P. e C. Quadros (2002) *Implementação do Balanced Scorecard: um caso prático*, UFSM.
- Chadturi, S., B. Tabrizi (1999) *Capturing the Real Value in High-Tech Acquisitions*, Harvard Business Review.

- Ching, H. (1997) *Gestão Baseada em Custeio por Actividades*, Editora Atlas.
- Direcção Geral da Saúde (1998) *O Hospital Português*.
- Drucker P. (1997) *Inovação e Gestão*, 4ª Edição, Editora Presença.
- Epstein, M. e J. Manzoni (1998) *Implementing Corporate Strategy: from tableaux de bord to balanced scorecards*, European Management Journal.
- Figueiredo, J. (2002) *Identificação de Indicadores Estratégicos de Desempenho a partir do Balanced Scorecard*, Florianópolis, Universidade Federal de Santa Catarina.
- Froot, K., D. Scharfstein e J. Stein (1994) *A Framework for Risk Management*, Harvard Business Review.
- Garrison, R. e E. Noren (2000) *Managerial Accounting*, Mc Graw-Hill Companies Inc..
- Glad, E. e H. Becker (1996) *Activity-Based Costing and Management*, Chichester, England, John Wiley Ltd..
- Guerra, A. (2000) *A Avaliação de Performance num Organismo de Saúde – estudo de um caso. Dissertação de Mestrado em Ciências de Gestão*, Lisboa, INDEG / ISCTE.
- Handy, C. (1996) *Beyond Certainty. The Changing Worlds of Organizations*, Handcover.
- Hansen, M., N. Nohria e T. Tierney (1999) *What's Your Strategy for Managing Knowledge ?*, Harvard Business Review.
- Hope, T. e J. Hope (1997) *Competing in the Third Wave: the ten key management issues of the information age*, Harvard Business School Press.
- Innes, J. e F. Mitchell (1998). *A practical Guide to Activity-Based Costing*, Kogan Page.
- Ittner, C.D. e D.F.Larcker (1998) *Are Non-Financial Measures Leading Indicators of Financial Performance: an analysis of customer satisfaction*, Journal of Accounting Research.

- Jiménez, J.J. (2000) *Manual de Gestión para Jefes de Servicios Clínicos*, 2ª Edição, Editora Díaz de Santos.
- Johnson, H. e R. Kaplan (1987) *Relevance Lost: the rise and fall of Management Accounting*, Boston, Harvard Business School Press.
- Jordan, H., J.C. Neves e J.A. Rodrigues (2002) *O Controlo de Gestão*, 4ª Edição, Áreas Editora.
- Kaplan, R. e R. Cooper (1998) *Cost & Effect*, Boston, Massachusetts, Harvard Business School Press.
- Kaplan, R. e D. Norton (1992) *The Balanced Scorecard – measures that drive performance*, Harvard Business Review.
- Kaplan, R. e D. Norton (1996a) *Linking the Balanced Scorecard to Strategy*, Berkeley, California Management Review.
- Kaplan, R. e D. Norton (1996b) *Strategic Learning & the Balanced Scorecard. Strategy & Leadership*.
- Kaplan, R. e D. Norton (1996c) *The Balanced Scorecard: translating strategy into action*, Boston, Massachusetts, Harvard Business School Press.
- Kaplan, R. e D. Norton (1996d) *Using the Balanced Scorecard as Strategic Management System*, Harvard Business Review.
- Kaplan, R. e D. Norton (2001) *The Strategy-Focused Organization: how balanced scorecard companies thrive in the new business environment*, Harvard Business School Press.
- Kaplan, R. e D. Norton (2004) *Measuring the Strategic Readiness of Intangible Assets*, Harvard Business Review.
- Kaplan, R. e D. Norton (2004) *Strategy Maps: Converting Intangible Assets into Tangible Outcomes*, Harvard Business School Press.

- Kim, W. e R. Mauborgne (1999) *Creating Market Space*, Harvard Business Review.
- Kim, W. e R. Mauborgne (1999) *Strategy, Value Innovation, and the Knowledge Economy*, Sloan Management Review.
- Lawson, R. (1994) *Activity Based Costing Systems for Hospital Management*, CMA Magazine.
- Leonard, D., (2002) *The Limitations of Listening*, Harvard Business Review.
- Lewy, C. e L.D. Mee (1998) *The Ten Commandments of Balanced Scorecard Implementation. Managing Control and Accounting*.
- Londoño, M., G. Morera e P. Laverde (2003) *Administração Hospitalar*, 2ª Edição, Panamericana.
- Martins, C. (2003) *A Saúde em Mudança. A Empresarialização Hospitalar*, Sessão Solene de Abertura dos Novos Cursos de Mestrado e Pós-Graduação, Faculdade de Economia, Universidade do Algarve.
- Mezomo, J.C. (2001) *Gestão da Qualidade na Saúde*, Editora Manole.
- Miller, J.A. (1996) *Implementing Activity-Based Management in daily operations*, John Wiley & sons, Inc..
- Ministério da Saúde (2003)
- Mintzberg, H., B. Ahlstrand e J. Lampel (1998) *Strategy Safari: a Guided Tour through the Wilds of Strategic Management*.
- Moon, P. e L. Fitzgerald. (1996) *The Role of the Performance Measurement System. Management Accounting Research*.
- Montanheiro, L., R. Nunes, G. Owen, E. Rebelo (1995) *Public and Private Sector Partnerships in the Global Context*, 5ª Ed. Sheffield Hallam University.
- Morrow, M. (1992) *Activity Based Management*, Woodhead-Faulkner.
- Neves, A. (2002) *Gestão na Administração Pública*, Edições Pergaminho.

- Niven, P. (2002) *Balanced Scorecard step-by-step*, John Wiley & Sons, Inc..
- Nunes, R. e G. Rego (2002) *Prioridades na Saúde*. Editora Mc Graw-Hill.
- OCDE, (2002) *Relatório da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico*.
- Olve, N., J. Roy e M. Wetter (1999) *Performance Drivers. A Practical Guide to Using the Balanced Scorecard*, John Wiley & Sons, Inc..
- Porter, M. (1996) *What is Strategy ?*, Harvard Business Review.
- Porter, M., M. Kramer (2002) *The Competitive Advantage of Corporate Philanthropy*, Harvard Business Review.
- Quintana, F. e J. Cidón (2001) *Un Modelo de Hospital*, Editora Ars Medica.
- Rigby, D. (1996) *The Chief Performance Officer. Planning Review*.
- Rigby, D., F. Reicheld e P. Schefter (2002) *Avoid the Four Perils of CRM*, Harvard Business Review.
- Sá, J.V. (2003) *A Saúde e o Sector Farmacêutico. Falam os Profissionais*, Apifarma.
- Sá, P.M. e G.K. Kanji (2003) *Finding the path to organizational excellence in Portuguese local government: a performance measurement approach*, Sheffield, Total Quality Management, vol. 14, nº 4: 491-505.
- Senge, P. (1990) *The Fifth Discipline. The Art & Practice of the Learning Organization*, London, Century Business.
- Shaw, G.B. (1949) *Back to Methuselah*, act1, Selected Plays with Prefaces, vol.2: 7.
- Silva, R. e A. Neves (2003) *Gestão de Empresas. Na Era do Conhecimento*, Editora Sílabo.
- Sousa, C. (2000) *Gestão do conhecimento*, Editora RH.
- Stewart, G. (1991) *The Quest For Value*. New York, Harper Business.
- Tavares, M. (2002) *Estratégia e Gestão por objectivos*, Universidade Lusíada Editora.

Temes, J. (2002) *Gestión hospitalaria*, 3ª Edição, Mc Graw-Hill.

Tonchia, S. (2000) *Linking Performance Measurement System to Strategic and Organizational Choices*, International Journal of Business Performance Management.

Torner, A.R. (2003) *Gestão e Qualidade em Saúde. Parcerias em Espanha*, Lisboa, IIªs Jornadas José de Mello Saúde.

Ulwick, A. (2002) *Turn Customer Input into Innovation*, Harvard Business Review.

**Links:**

[Http://www.bscol.com](http://www.bscol.com)

[Http://www.corvu.com](http://www.corvu.com)

[Http://www.qpr.com](http://www.qpr.com)

[Http://www.pbviews.com](http://www.pbviews.com)

[Http://www.nlm.nih.gov](http://www.nlm.nih.gov)

[Http://www.oracle.com](http://www.oracle.com)

[Http://www.sap.com/sem](http://www.sap.com/sem)

[Http://www.ergometrics.com](http://www.ergometrics.com)

[Http://www.hps-inc.com](http://www.hps-inc.com)

[Http://www.portolegal.com/gestaohospitalar2002.htm](http://www.portolegal.com/gestaohospitalar2002.htm)

[Http://www.powersim.com](http://www.powersim.com)

[Http://www.vensim.com](http://www.vensim.com)

## GLOSSÁRIO

**ABC – Activity-Based Costing** – É um sistema de custos que tem o objectivo de avaliar com precisão as actividades desenvolvidas numa organização, tanto industrial quanto de serviços, utilizando direccionadores para alocar as despesas indirectas de uma forma mais realista aos produtos e serviços. O ABC parte do princípio de que não é o produto ou serviço que consome recursos, mas sim, os recursos são consumidos por actividades e estas, por sua vez, são consumidas pelo produto ou serviço.

**ABM – Activity Based Management** – É um processo que utiliza as informações geradas pelo ABC, o qual constitui a sua principal ferramenta, para gerir uma organização.

**Balanced Scorecard** - Segundo Kaplan e Norton (1996), o *Balanced Scorecard* traduz a missão e a estratégia das organizações num conjunto abrangente de medidas de desempenho que serve de base para um sistema de medição e gestão estratégica. O nome indica o equilíbrio entre os objectivos de curto e longo prazo, entre as medidas financeiras e não-financeiras, entre os indicadores de resultado “*lagging indicators*” e geradores de *desempenho* “*leading indicators*” e entre as perspectivas interna e externa de desempenho.

**Benchmarking** – O conceito de benchmarking inventado e popularizado no início dos anos setenta por David Kearns, director executivo da *Xerox Corporation*, teve um impacto decisivo na recuperação da liderança das empresas americanas face às empresas japonesas. O método compara produtos, serviços e práticas da empresa ao longo do tempo (*Benchmarking Interno*) ou com empresas do sector ou de outros sectores (*Benchmarking Externo*).

**Centro de Custos** – É a unidade básica da organização hospitalar onde são recolhidos e acumulados os registos de custo a ela referentes. Estes são denominados custos de produção, se intervierem directamente no produto final e custos de serviço, quando a sua intervenção for indirecta. O gestor tem controlo sobre os custos, mas não sobre a receita ou os recursos para investimento.

**Centro de Custos Administrativos** – Correspondem aos serviços de manutenção, recursos humanos, contabilidade e finanças, sistemas, compras, serviços gerais e assessorias legais e técnicas.

**Centro de Custos de Serviços Intermediários** – São caracterizados por serviços muito especiais, com custos geralmente elevados, que correspondem às actividades de apoio diagnóstico ou logístico, tais como serviço de diagnóstico por imagem (radiologia, medicina nuclear, ressonância magnética) laboratórios de análises clínicas, fisioterapia, farmácia, docência e investigação.

**Centro de Custos Finais** – Incluem os diferentes serviços directos de saúde como são as diferentes especialidades como ginecologia e obstetrícia, pediatria, medicina interna, ortopedia e psiquiatria, assim como a clínica geral nas actividades de medicina preventiva, consulta externa, internamento e cirurgia.

**Centro de Investimento** – Nestes o gestor tem controlo sobre custo, receita e investimentos em activos de produção.

**Centro de Responsabilidade** – Parte da organização cujo gestor tem controlo sobre custo, receita ou recursos para investimento. Os centros de custo, os centros de resultados e os centros de investimento são todos reconhecidos como centros de responsabilidade.

**Centro de Resultados** – Nestes o gestor tem controlo sobre custo e receita.

**CRM – Costumer Relationship Management** – Gestão do relacionamento com o cliente. Sistema integrado de estratégias que permite a interacção com os clientes. Permite armazenar todos os dados relevantes de um cliente para utilizações futuras. Normalmente utilizado para garantir uma gestão mais eficiente de uma base de dados.

**Custo** – Representa o valor dos bens e serviços consumidos na produção de outros bens ou serviços. Numa organização hospitalar, pode-se entender como os gastos necessários para a obtenção de um serviço prestado como, por exemplo, o custo com antibióticos para tratar um doente com pneumonia.

**Custos Directos** – Todos aqueles aplicados directamente ao produto ou serviço, tais como, salários com funcionários, materiais descartáveis ou medicamentos.

**Custos e Despesas Não Departamentalizados** – São os de difícil divisão entre os diferentes departamentos ou serviços do hospital e correspondem, normalmente, aos custos indirectos, como os serviços públicos de energia eléctrica, água, telefone, fax, internet, assim como a recolha do lixo.

**Custos Indirectos** – Todos aqueles que não estão directamente relacionados com o produto ou serviço. São alocados aos produtos ou serviços, através de estimativas. A alocação dos custos indirectos aos produtos dá-se através de métodos de custeio. Os exemplos mais comuns são água, energia eléctrica ou seguros.

**Custo Médio** – É igual ao custo total dividido pelo número de unidades produzidas.

**Custo Total** – É igual ao custo fixo mais o custo semi-variável, mais os custos variáveis.

**Custos Fixos** – São aqueles que não variam com a produção e são constantes e independentes da eficiência da gestão hospitalar, por ex: a conta de energia eléctrica ou da água. O custo fixo por unidade de produção diminui quando aumenta a produção.

**Custos Semi-variáveis:** São alterados no mesmo sentido da alteração da produção dos serviços, porém não exactamente de forma proporcional. É o caso, por ex: da supervisão ou da “mão de obra” indirecta, onde, se a produção aumentar 100%, o valor da supervisão aumenta em menor proporção, digamos cerca de 50%.

**Custos Variáveis** – São os que variam proporcionalmente às alterações da produção ou de actividade, por ex: o custo das vacinas aumenta na mesma proporção das pessoas vacinadas.

**Efectividade** – Adequação técnica na obtenção dos resultados pretendidos.

**Eficácia** – “É a relação entre os *outputs* de um centro de responsabilidade e os seus objectivos; quanto mais os *outputs* contribuírem para o cumprimento dos objectivos, mais eficaz é o centro de responsabilidade” (Anthony e Govindarajan, 1998: 131).

**Eficiência** – Optimização da relação custo-benefício, evitando o desperdício. “é o rácio entre os *outputs* face aos *inputs*, ou o montante de *output* por unidade de *input*” (Anthony e Govindarajan, 1998: 131). A eficiência é sempre avaliada em termos comparativos, isto é, um centro de responsabilidade é mais eficiente do que outro se: produz o mesmo com menores recursos, ou se, com idênticos recursos produz mais.

**ERP – Enterprise Resource Planning** – Planeamento de recursos humanos. Tem como principal objectivo responder às necessidades financeiras das organizações. Incorporaram funcionalidades das áreas logísticas (vendas, produção, gestão de materiais, manutenção), gestão de recursos humanos e soluções específicas de negócio.

**Estratégias** – Princípios que mostram como alcançar os objectivos principais da organização num período concreto.

**Factores Chave de Êxito** – Trata-se dos factores que são críticos para que a organização tenha êxito com a sua visão.

**Gestão da Qualidade Total (TQM – Total Quality Management)** – Abordagem de melhoria contínua voltada para os clientes e que utiliza equipas de trabalhadores da linha de produção para, de modo sistemático, identificar e solucionar os problemas.

**Indicadores** – Parâmetros ou medidas quantitativas que nos dão informação sobre uma actividade assistencial ou serviço.

**Indicadores Estratégicos** – Esta parte do *Balanced Scorecard* descreve os indicadores e metas desenvolvidas que permitem à gestão seguir os esforços sistemáticos da organização para explorar os factores de êxito considerados indispensáveis para a consecução das suas metas.

**“Just-In-Time”** – Sistema de controlo de produção e de “stocks” em que os materiais são adquiridos e as unidades são produzidas apenas na medida do necessário para atender à procura efectiva.

**Metas Estratégicas** – A visão expressa-se como um número de metas estratégicas mais específicas, que servem para guiar a empresa na busca da visão.

**Missão** – É o propósito ou objectivo básico da organização. Define o tipo de actividade a que se dedica a organização ou a que se deveria dedicar tendo em conta os valores e expectativas das pessoas com interesses nela.

**Objectivos ou Metas** – Indicam o que se deve alcançar e o momento em que se devem obter os resultados.

**Perspectivas** – A visão geral transcreve-se através de diferentes perspectivas. As mais frequentemente usadas são a perspectiva financeira e dos accionistas, a dos clientes, a do processo interno e a perspectiva da aprendizagem e do crescimento. Algumas empresas juntaram uma perspectiva separada, a dos recursos humanos ou dos empregados.

**Plano de Acção** – Descreve as acções e passos específicos que a organização necessita no futuro.

**Planeamento Estratégico** – Processo através do qual quem toma as decisões numa organização, ou seja o estratega, obtém as informações e que a partir delas, elabora as metas que, com os meios e os recursos, lhe permitem elaborar os planos. O gestor experimenta e controla os planos e depois de executados, efectua o seguimento.

**Reengenharia de Processo** – Abordagem de melhoria que envolve o redesenhar integral do processamento das actividades, com vista à eliminação de etapas desnecessárias e à redução de erros e de custos. A ideia central é que todas as actividades que não agregam valor ao produto ou serviço devem ser eliminadas.

**Rentabilidade** – Dependente da eficiência, pretende uma adequada relação custo/benefício.

**Valores** – São os princípios básicos de referência da organização e que os seus funcionários aceitam respeitar, tais como por ex: respeito, solidariedade, integridade, eficiência e excelência.

**Visão** – Situação futura que se pretende ter para a organização. O propósito da visão é guiar, controlar e orientar a organização no seu conjunto para alcançar a posição pretendida para a organização no futuro.

