

**O *BALANCED SCORECARD* NO SERVIÇO DE URGÊNCIA DE UM HOSPITAL PÚBLICO
EMPRESARIALIZADO: ESTUDO DE CASO**

Patrícia Rodrigues Quesado¹

Professora da Escola Superior de Gestão
Instituto Politécnico do Cávado e do Ave
4750-810 Barcelos
Portugal

Natália Macedo

Directora do Serviço de Planeamento e Apoio à Gestão
Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa, EPE
4564-007 Guilhufe, Penafiel
Portugal

Área temática: D) Contabilidad y Control de Gestión

Palavras-chave: *Balanced Scorecard*; Gestão Hospitalar; Hospitais.

¹ Autora para correspondência.

O *BALANCED SCORECARD* NO SERVIÇO DE URGÊNCIA DE UM HOSPITAL PÚBLICO EMPRESARIALIZADO: ESTUDO DE CASO

Resumo

A procura incessante de novas ferramentas de gestão como forma de solucionar dificuldades financeiras sem a perda do nível de qualidade esperado da população, tem sido uma constante nas instituições que prestam cuidados de saúde. Entre os referidos instrumentos de gestão distinguimos o *Balanced Scorecard* que tem tido um relevante foco de interesse para diversos tipos de organizações, incluindo as prestadoras de cuidados de saúde. Neste sentido, pretendemos com este trabalho analisar o âmbito da aplicação do BSC nas instituições hospitalares, procurando, através da realização de um estudo de caso, desenvolver um esboço de um BSC no Serviço de Urgência de um hospital classificado como Entidade Pública Empresarial.

INTRODUÇÃO

Apesar de todas as reestruturações efectuadas no sector na saúde, na década de 80 e 90, no início do novo milénio, Portugal apresentava diversos problemas, nomeadamente o aumento de custos do Serviço Nacional de Saúde (SNS), a baixa produtividade e a falta de sistemas de informação adequados. Neste cenário de ineficiência, era urgente a concepção de um novo SNS, pelo que, em 2002, surge a Reforma Estrutural da Saúde. Neste contexto, foram implementadas várias medidas estruturantes, sendo de destacar a introdução de novas formas de gestão, designadamente com a empresarialização dos hospitais pertencentes ao sector público, com o intuito de melhorar a eficiência e a qualidade dos serviços. A empresarialização dos hospitais pertencentes ao Sector Público Administrativo (SPA) é iniciada em Dezembro de 2002, com a criação de trinta e um hospitais Sociedades Anónimas (SA). Mais tarde, a 7 de Junho de 2005, com a publicação do DL n.º 98/2005, os hospitais SA são transformados em Entidades Públicas Empresariais (EPE). A empresarialização dos hospitais visava, essencialmente, a implementação e a melhoria dos instrumentos de gestão, já largamente implementados no sector privado.

Entre os instrumentos de gestão distinguimos a implementação do *Balanced Scorecard* (BSC), como uma importante ferramenta para o alcance dos objectivos de eficácia e eficiência dos recursos, bem como para a prestação de serviços de saúde com qualidade. Atendendo ao contexto de mudanças verificado na gestão hospitalar, questionámo-nos se os hospitais estariam a aplicar os referidos instrumentos de gestão. Ora, o BSC é precisamente um modelo, que procura favorecer a implementação da estratégia através da definição e seguimento de um conjunto de indicadores coerentes com a mesma. Vinculando a estratégia a longo prazo com os objectivos a médio e a curto prazo, este sistema foi desenvolvido para comunicar os diversos objectivos perseguidos por uma organização, reflectindo os elementos (tangíveis e intangíveis) que se consideram críticos para a sobrevivência e crescimento da organização. Inicialmente concebido como um sistema de avaliação de desempenho, rapidamente passou a ser considerado como uma importante ferramenta de Contabilidade de Gestão Estratégica, por reflectir os factores críticos de sucesso e um conjunto de medidas financeiras e não financeiras (Kaplan e Norton, 1996). Desta forma, o presente trabalho tem como objectivo principal realizar um ensaio de um *Dashboard* do BSC e de um Mapa Estratégico para uma instituição prestadora de cuidados de saúde, nomeadamente para o Serviço de Urgência de um hospital com natureza de EPE. Face ao exposto, a presente comunicação encontra-se organizada da seguinte forma: primeiramente, efectuamos uma breve caracterização dos hospitais pertencentes à rede nacional de cuidados hospitalares, posteriormente, efectuamos um enquadramento teórico do BSC, evidenciando a sua aplicação nas instituições prestadoras de cuidados de saúde.

Apresentamos, ainda, um esboço de um *dashboard* do BSC e de um Mapa Estratégico para o Serviço de Urgência de um hospital EPE. Por fim, expomos as principais conclusões do trabalho, as suas limitações e possibilidades de investigação em trabalhos futuros.

1. CARACTERIZAÇÃO DOS HOSPITAIS PÚBLICOS

A Lei de Gestão Hospitalar criou um conceito de rede nacional de cuidados hospitalares, constituída por: hospitais SA, hospitais SPA, hospitais EPE e hospitais em Parceria Público Privada (PPP). A 31 de Dezembro de 2002 dá-se o início da empresarialização dos hospitais, com a criação de 31 hospitais SA, antes pertencentes ao SPA. Estes últimos, foram escolhidos entre os de média dimensão, com dívidas abaixo de 35% do total de despesas e que previamente demonstraram aptidões de gestão (Guichard, 2004). A 7 de Junho de 2005, com a publicação do Decreto-Lei (DL) n.º 98/2005, os hospitais com a natureza jurídica de SA são transformados em EPE, com efeitos a partir da data da entrada em vigor dos novos estatutos, que seriam publicados, posteriormente, em 29 de Dezembro, pelo DL n.º 233/2005. A partir desta data, os hospitais regem-se não só pelo DL n.º 98/2005, como também pelo regime jurídico aplicável às EPE e pelas normas especiais, cuja aplicação decorrerá quer do seu objecto social quer dos seus regulamentos.

O Programa de Estabilidade e Crescimento para o período de 2005 a 2009, aprovado em Conselho de Ministros a 2 de Junho de 2005, previu a aplicação progressiva do modelo de EPE a todos os hospitais do SNS, como forma de aperfeiçoar as práticas de gestão dos hospitais, contribuindo para eliminar os constantes deslizes orçamentais do SNS. Não obstante, desde o início da empresarialização em 2002, verificou-se apenas existência de mais dois hospitais empresa, dado que actualmente existem 33 hospitais EPE.

1.1. HOSPITAIS SPA

O DL n.º 188/2003, de 20 de Agosto, define quais as normas aplicáveis aos estabelecimentos públicos dotados de personalidade jurídica, autonomia administrativa e financeira, com ou sem autonomia patrimonial, adiante designados por hospitais SPA, em matéria de estrutura orgânica, composição, competências e funcionamento dos órgãos, bem como, estabelece quais os modelos de financiamento e de avaliação da actividade realizada. De acordo com o art. 2.º do DL n.º 188/2003, os hospitais SPA são pessoas colectivas públicas. No que respeita à estrutura de gestão dos hospitais SPA, o referido DL estabelece que os hospitais devem organizar-se e desenvolver a sua acção por centros de responsabilidade e de custos. Nos hospitais com mais de 200 camas deve existir um Fiscal Único e nos hospitais com mais de 500 camas um Órgão de Auditoria Interna. Contudo, nos hospitais com menos de 500 camas poderá existir um Órgão de Auditoria Interno, sempre que o Ministro da Saúde o entenda conveniente.

1.2. HOSPITAIS SA

A Lei de Gestão Hospitalar entrou em vigor no prazo de 60 dias após a sua publicação, com excepção da alínea c) do n.º 1 do artigo 2.º e do capítulo III do RJGH, dado que ambos entraram em vigor no dia seguinte à sua publicação. Esta excepção veio a entender-se a 9 de Dezembro de 2002, data em que foram transformados 34 estabelecimentos hospitalares em 31 SA de capitais exclusivamente públicos, através da publicação, em Diário da República, dos diversos diplomas.

Os hospitais com figura jurídica de SA regem-se, igualmente, pelo regime jurídico do sector empresarial do Estado, ou seja, pelo estabelecido no DL n.º 558/99, de 17 de Dezembro. Segundo o n.º 1 do artigo 2.º do mesmo DL, o sector empresarial integra, entre outras empresas, as SA instituídas nos termos da lei comercial, nas quais o Estado possa exercer uma influência dominante, por exemplo, devido à detenção da maioria do capital. Os hospitais SA regem-se pelo direito privado, respeitando, no entanto, o que estiver consagrado no DL que definiu o Regime Jurídico do Sector Empresarial do Estado e nos diplomas que tenham aprovado os seus estatutos. Os diplomas que procederam à transformação dos hospitais SA também aprovaram os seus Estatutos, onde está definida a estrutura orgânica dos hospitais e as competências dos seus órgãos.

1.3. HOSPITAIS EPE

Os hospitais com figura jurídica de estabelecimentos públicos com natureza empresarial, denominados por hospitais EPE, orientam-se pelo diploma de criação dos mesmos, ou seja o DL n.º 98/2005, de 7 de Junho. Este diploma veio transformar os hospitais com natureza jurídica de SA em EPE, com efeitos a partir da data da entrada em vigor dos novos estatutos. Estes vieram a ser publicados em 29 de Dezembro, pelo o DL n.º 233/2005. A partir desta data, os hospitais passam a reger-se não só pelo DL n.º 98/2005, como também pelo regime jurídico aplicável às EPE e pelas normas especiais cuja aplicação suceda quer do ponto de vista do objecto social quer dos seus regulamentos. Neste contexto, o DL n.º 233/2005, de 29 de Dezembro, procedeu à transformação dos 31 hospitais com natureza de SA em EPE. Comparativamente aos hospitais SA, os hospitais EPE encontram-se sujeitos a um regime mais rigoroso no que concerne às orientações estratégicas de tutela e superintendência, desempenhados pelos Ministérios das Finanças e da Saúde, quer ao nível operacional quer ao nível de racionalidade económica das decisões de investimento. Actualmente, com a transformação de alguns hospitais SPA em EPE e com a fusão de alguns hospitais em centros hospitalares, existem 33 hospitais EPE.

1.4. HOSPITAIS PPP

O desenvolvimento de um sistema de saúde baseado em PPP começou a ter fundamento legal com a publicação do DL n.º 185/2002, de 20 de Agosto. Este diploma veio estabelecer o regime jurídico das parcerias em saúde, com gestão e financiamentos privados. Esta iniciativa no domínio das parcerias em saúde, tem como objectivo assegurar melhores serviços de saúde e, como tal, ganhos em saúde para a sociedade, assente na repartição de encargos e riscos entre as partes e na melhoria da eficiência do serviço público de saúde, colhendo, assim, benefícios da tradicional melhor capacidade de gestão do sector privado. O DL n.º 185/2002, estipula, ainda, os princípios e os instrumentos a respeitar no desenvolvimento de parcerias em saúde em regime e financiamento privados. As condições gerais dos procedimentos prévios à celebração dos contratos de gestão para o estabelecimento de parcerias em saúde, tal como o caderno de encargos tipo do contrato de gestão, foram aprovadas pelos Decretos Regulamentares n.º 10/2003, de 28 de Abril e n.º 14/2003, de 30 de Junho. As normas gerais aplicáveis à intervenção do Estado na definição, concepção, preparação, concurso, adjudicação, alteração, fiscalização e acompanhamento das PPPs são as constantes do DL n.º 6/2003, de 26 de Abril. Num estudo realizado por Guichard (2004) concluiu-se que a primeira experiência PPP no sector da saúde, iniciada em 1995, com o Hospital Amadora Sintra, teve sucesso, contudo identificou a necessidade de criação de legislação que supervisionasse estas entidades, bem como a necessidade em assegurar a monitorização do seu desempenho.

2. O *BALANCED SCORECARD* NO SECTOR DA SAÚDE

As alterações registadas no sector da saúde, em particular o aumento dos custos, o aumento da esperança de vida da população, os avanços tecnológicos e a pressão política para conter as despesas públicas, forçaram os gestores a reexaminar, reavaliar e redefinir os seus planos operacionais e estratégicos. A utilização de modernas técnicas de gestão, nomeadamente do BSC, no controlo mais eficaz dos custos e no alcance e melhoria da qualidade e efectividade nos serviços prestados no sector da saúde, tem registado um importante desenvolvimento nos últimos anos (Sanchez, Stadnick e Erdmann, 2002; Oteo, Pérez e Silva, 2002; Caramés, Pérez e Prado, 2004; Nathan e Pelfrey, 2004; Cruz, 2005).

O primeiro artigo sobre a aplicação do BSC ao sector da saúde remonta a 1994 com o trabalho de Griffith (1994), tendo sido desenvolvidos vários estudos desde então, registando-se uma expansão das práticas de gestão, características do sector industrial, para a área da saúde. No referido artigo destaca-se a necessidade, por parte das organizações prestadoras de cuidados de saúde, de recorrer a sistemas multidimensionais de desempenho, no sentido de incrementar a compreensão e o alcance da missão organizacional e de melhorar a posição competitiva. Forgione (1997) foi uma das primeiras autoras a chamar a atenção para o desenvolvimento da investigação em torno da utilização

do BSC ao sector sanitário (hospitais individuais e departamentos hospitalares). Para a autora, a longo prazo, o fluxo de informação financeira e de qualidade proporcionada ao público resultará numa maior eficiência em termos de custos e na melhoria da qualidade dos serviços de saúde. Assim, a principal razão para a implementação de modelos de medição e avaliação do desempenho nas instituições de saúde está relacionada com a capacidade para fornecer outro tipo de informações relevantes relativas a clientes, pagadores/contribuintes e sociedade.

MacStravic (1999) considera que a aplicação do BSC aos cuidados de saúde possibilita um conhecimento mais profundo dos clientes, uma maior atenção às operações internas e aos *stakeholders* internos, fortalece as relações com os clientes (e o esforço de aquisição de novos clientes) e aumenta a sua lealdade. Para Cruz (2005: 444) existem duas importantes características do BSC como uma ferramenta útil no apoio da gestão da organização hospitalar: “o facto do desempenho hospitalar ser medido por objectivos chave e a importância das ligações críticas entre o aspecto financeiro, os colaboradores da organização, os procedimentos internos e o paciente serem estabelecidas de acordo com as estratégias da organização”. De acordo com Oliveira (2001), o facto do BSC oferecer uma estrutura que possibilita o relato de objectivos estratégicos e a avaliação de resultados, medindo os efeitos da implementação de estratégias e proporcionando *feedback* sobre os resultados das iniciativas estratégicas, é fundamental na sua aplicação às instituições que prestam cuidados de saúde.

Para Cavaco e Sarrico (2007), atendendo à complexidade e multiplicidade de micro-sistemas de informação que proliferam nas unidades de saúde, não é suficiente uma mera administração dos recursos, impondo-se um modelo integrado e multidimensional de gestão que apoie as actividades da organização e atenda às características dos serviços prestados e à comunidade. Nesta linha, o BSC possibilitará às unidades hospitalares enfrentar barreiras que habitualmente se colocam na execução da estratégia, devendo, como tal, incluir enfoques específicos à gestão dos cuidados de saúde, permitindo proporcionar informações relevantes e concisas, uma visão dinâmica da organização e identificar os factores considerados prioritários para a planificação estratégica, transformando-os em indicadores de desempenho da gestão estratégica da organização. Como observam Sanchez, Stadnick e Erdmann (2002), a utilização do BSC na gestão hospitalar mobiliza os recursos da organização para a formação de um instrumento capaz de estabelecer uma forma de identificação dos indicadores de desempenho. Deste modo, permite a formação de um sistema de informações que possibilita o conhecimento de variáveis externas e internas que facilitem a planificação, organização, coordenação e avaliação de processos, programas e serviços de promoção à saúde, estimulando a gestão em termos estratégicos.

Segundo Stewart e Bestor (2000), a aplicação do BSC ao sector hospitalar responde à necessidade de se obter uma orientação estratégica, capaz de garantir a sobrevivência e o crescimento da organização. Assim, possibilitará a vinculação entre objectivos estratégicos e indicadores, bem como a descrição da estratégia em planos e actividades operacionais, proporcionando uma via efectiva e eficiente para ligar as actividades operacionais do dia-a-dia com os objectivos globais do hospital. Neste contexto, o BSC configura-se como uma ferramenta de maior utilidade para a gestão de uma organização de saúde, atendendo que na mesma existe a informação necessária e suficiente para a construção dos indicadores e medidas (Matos, 2006).

2.1. FACTORES DETERMINANTES PARA A UTILIZAÇÃO DO BSC

Sanchez, Stadnick e Erdmann (2002) constataram que as organizações que se dedicam a prestar cuidados de saúde devem preocupar-se em estabelecer uma gestão sistemática das áreas médica, tecnológica, administrativa, económica, assistencial, docência e pesquisa. Deste modo, o desenvolvimento e implementação de um sistema de gestão do desempenho, de acordo com os referenciais do BSC possibilita o estabelecimento de uma estratégia consistente para a avaliação, medição e projecção de resultados.

Face ao exposto, existe um conjunto de factores que possibilitam a utilização do BSC nas organizações de saúde, especialmente a sua multidimensionalidade, através da inclusão de aspectos não financeiros do desempenho e das distintas perspectivas dos *stakeholders* (Bilkhu-Thompson, 2003; Aidemark, 2001; Baraldi, 2001; Ballantine, Brignall e Modell, 1998; Forgione, 1997), a concentração num número limitado de indicadores considerados críticos ao alcance da estratégia organizacional, assumindo um equilíbrio entre indicadores *lead* e indicadores *lag* (Modell, 2004; Baraldi, 2001; Chow *et al.*, 1998), e o estabelecimento de relações de causa-efeito (Inamdar, Kaplan e Reynolds, 2002; Aidemark, 2001).

Silva e Prochnik (2005) e Baraldi (2001) identificaram um conjunto de aspectos que justificam a utilização do BSC nas organizações hospitalares:

- Apesar de habituadas a trabalhar com indicadores, existem dificuldades na sua vinculação ao planeamento estratégico;
- Existência de sistemas de informação problemáticos;
- Ausência de sistemas de medição formalmente constituídos;
- Desequilíbrio quantitativo e qualitativo entre indicadores;
- Falta de coordenação entre médicos e administradores;
- Mudanças na regulamentação;
- Variedade de necessidades dos consumidores;

- Maior pressão competitiva.

2.2. AS PERSPECTIVAS DO BSC NO SECTOR DA SAÚDE

Existe consenso entre os autores de que as perspectivas propostas por Kaplan e Norton são adequadas para a sua aplicação no sector da saúde, embora em alguns casos com denominações diferentes e com maior relevância atribuída à chamada perspectiva dos pacientes. Assim, por exemplo, Cruz (2005) destaca a importância da perspectiva do utente, da perspectiva dos serviços, da perspectiva dos colaboradores e da perspectiva financeira, na prestação de cuidados de saúde. Por seu turno, Pink *et al.* (2001), ao investigarem a implementação do BSC em hospitais canadianos, ressaltam a utilização de quatro perspectivas: desempenho financeiro; satisfação dos utentes; utilização dos recursos clínicos e resultados; integração de sistemas e capacidade de mudança. O estudo realizado por Curtright, Stolp-Smith e Edell (2000) refere a utilização numa clínica das perspectivas “respeito mútuo e diversidade” e “compromisso social”.

Para Forgione (1997), as perspectivas do BSC possibilitam às organizações de saúde responder a questões do tipo “como a população vê os nossos serviços?”, “como nos vemos a nós próprios?”, “excedemos as nossas expectativas em termos de capacidades clínicas e operacionais?”, “estamos continuamente a inovar, melhorar e incrementar o valor dos serviços de saúde prestados?”. García (2005) alerta para a importância da perspectiva financeira no fornecimento de informação sobre os custos dos serviços oferecidos pelos hospitais, embora subordinada à missão da organização. Stewart e Bestor (2000), por sua vez, defendem que a perspectiva dos clientes seja alargada a todos os *stakeholders* das organizações hospitalares, para que não se foque a atenção excessivamente nas questões operacionais. Zelman, Pink e Matthias (2003) apresentam exemplos de uma grande variedade de organizações de saúde que adicionaram outras perspectivas ao *scorecard* tradicional, como é o caso das perspectivas “desenvolvimento e ênfase na comunidade”, “recursos humanos”, “serviços e cuidados de qualidade” e “resultados”, ou que alteraram inclusive a estrutura básica do BSC.

Voelker, Rahich e French (2001) descrevem distintas aplicações da metodologia do BSC em diversas entidades sanitárias, em concreto no centro médico da Universidade de Duke, do *Butterworth Hospital de Grand Rapids* (Michigan) (que adoptou as perspectivas de satisfação do paciente, dos resultados médicos, da situação funcional da saúde e dos custos), da entidade médica de *Henry Ford* (Detroit) (com as perspectivas de crescimento, satisfação do cliente, integração global do sistema de assistência sanitária e fornecedores de baixo custo), do centro *Johns Hopkins* (que utiliza a perspectiva dos resultados médicos, dos objectivos financeiros, da satisfação do paciente e dos resultados docentes e de

investigação) e do Centro Psiquiátrico *Hudson River* (New York) (que implementou as quatro perspectivas propostas por Kaplan e Norton sem outras denominações).

2.3. VANTAGENS NA UTILIZAÇÃO DO BSC NO SECTOR DA SAÚDE

São várias as vantagens encontradas na literatura sobre a aplicação do BSC no sector sanitário, podendo-se destacar as seguintes (Silva e Nunes, 2007; Walker e Dunn, 2006; Matos, 2006; Pereira, 2005; Sanchez, Stadnick e Erdmann, 2002; Inamdar, Kaplan e Reynolds, 2002; Oteo, Pérez e Silva, 2002; MacStravic, 1999):

- Gestão mais sistémica e eficiente, materializada numa adequada responsabilidade financeira e orçamental;
- Mobiliza a mudança de decisões;
- Melhor utilização dos escassos recursos disponíveis;
- Melhoria nos serviços de assistência médica;
- Possibilita a medição do desempenho organizacional através de um sistema coerente;
- Visão financeira e não financeira dos negócios;
- Possibilita o alinhamento da organização, com uma maior orientação para o mercado e para a satisfação do cliente, onde a comunidade e os utentes passam a ser elementos principais de todo o processo;
- Permite a redução de custos sem afectar a qualidade dos serviços prestados;
- Facilita a implementação da estratégia global e o acompanhamento da sua execução;
- Proporciona um mecanismo de comunicação e colaboração;
- Imputa responsabilidades pelo desempenho a todos os níveis hospitalares;
- Focaliza a atenção nos objectivos estratégicos e nas iniciativas empreendedoras, promovendo a aprendizagem desde uma visão global;
- Permite visualizar a nível estratégico os avances e melhorias organizacionais desde diferentes perspectivas, relacionando valor económico, competências centrais, inovação de processos, cultura, valores institucionais e balanço social;
- Fomenta a motivação de todos os empregados/colaboradores;
- Melhora os processos internos e a qualificação/valorização dos recursos humanos;
- Flexibilidade e obtenção de apenas informação relevante entre a grande variedade de fontes de informação existentes, obrigando à selecção de um número reduzido de indicadores relevantes para o conhecimento da organização ou do serviço a que se aplica;

- Permite aproximar as diferentes classes profissionais, acabando com o mito de que a gestão e prestação de cuidados de saúde com qualidade e a satisfação dos pacientes são incompatíveis.

2.4. DIFICULDADES NA UTILIZAÇÃO DO BSC NO SECTOR DA SAÚDE

As dificuldades registadas na utilização do BSC no sector sanitário são semelhantes às registadas noutra tipo de organizações, relacionando-se sobretudo com deficiências na Contabilidade de Gestão Hospitalar (Carvalho, Dias e Prochnik, 2005). Podemos encontrar na literatura um conjunto de problemas externos e internos inerentes à utilização do BSC no sector sanitário (García, 2007; Silva e Nunes, 2007; Silva *et al.*, 2006; Matos, 2006; Carvalho, Dias e Prochnik, 2005; Cruz, 2005; Silva e Prochnik, 2005; Northcott e France, 2005a, 2005b; Zelman, Pink e Matthias, 2003; Curtright, Stolp-Smith e Edell., 2002; Chan e Ho, 2002; Pink *et al.*, 2001; Aidemark, 2001; Meliones *et al.*, 2001; Stewart e Bestor, 2000; Castañeda-Méndez, Mangan e Lavery, 1998):

- Conflito de interesses entre administradores e médicos, ou seja, entre os que gastam (prestadores de cuidados de saúde) e os que querem gastar menos (gestores);
- Conflito de interesses entre médicos, planos de saúde e pacientes;
- Dificuldade em justificar o investimento;
- Falta de divulgação de medidas de desempenho;
- Elevada quantidade de dados e informações em virtude de distintas fontes de informação independentes;
- Falta de hábito na utilização de indicadores;
- Ausência de capacidades técnicas para criar fórmulas de indicadores, associada ao excesso de indicadores definidos na fase inicial de implementação;
- Deficiências ao nível dos sistemas de informação para a gestão, sobretudo no âmbito do processamento de dados;
- Deficiências ao nível da utilização do BSC, não se atendendo às particularidades da organização e do ambiente onde opera;
- Autonomia da parte operacional, em concreto, a grande independência que os médicos gozam no exercício das suas funções;
- A grande diversidade de opiniões dificulta a obtenção de consenso quanto à importância relativa dos objectivos estratégicos;
- Falhas verificadas na selecção de indicadores de avaliação do desempenho;
- Dependência em relação às opções políticas dos sucessivos governos;
- Dificuldades na realização de mudanças culturais e estruturais.

3. O BSC NO SERVIÇO DE URGÊNCIA DE UM HOSPITAL EPE

3.1. OBJECTIVOS DO ESTUDO

Nos últimos anos foram desenvolvidos numerosos estudos, em distintos países, sobre a aplicabilidade e aspectos positivos resultantes da aplicação do BSC, como ferramenta de medição e gestão da estratégia e do desempenho, a nível hospitalar. Autores como Yang, Cheng e Yang (2005), Yap *et al.* (2005), Modell (2004), Zelman, Pink e Matthias (2003), Aidemark (2001) e Chow *et al.* (1998) ressaltaram o crescimento da utilização do BSC no sector sanitário, considerando que não é surpreendente o número de hospitais que o adoptaram, atendendo à crescente preocupação com a gestão e medição do desempenho organizacional, oferecendo a prestação de cuidados de saúde com qualidade enquanto se procura manter os gastos dentro dos orçamentos globais estabelecidos centralmente. Não obstante, ao observarmos que praticamente nenhuma análise científica sobre o uso do BSC em organizações hospitalares portuguesas tinha sido realizada, decidimos realizar um estudo que teve por objectivo elaborar um esboço de um *dashboard* do BSC e de um Mapa Estratégico para o Serviço de Urgência de uma instituição prestadora de cuidados de saúde, para averiguar quais os principais objectivos estratégicos, indicadores, metas e iniciativas que poderão ser incluídos nos mesmos. A escolha do Serviço de Urgência para a realização do nosso estudo está associada aos seguintes factores:

- O elevado número de utentes atendidos no serviço;
- A necessidade de resposta a situações urgentes;
- Os elevados tempos de espera (quer no atendimento, quer na obtenção de resultados clínicos, quer ainda ao nível da transferência dos pacientes para o internamento);
- O volume de recursos físicos, humanos e materiais que envolve diariamente;
- O elevado nível de insatisfação e reclamação apresentado.

3.2. METODOLOGIA

Para o desenvolvimento do estudo realizámos uma pesquisa num hospital pertencente ao SNS, com natureza empresarial. Para o efeito, efectuámos várias entrevistas com o Director e o Administrador Hospitalar do Serviço de Urgência e consultámos vários documentos, nomeadamente: Plano de Actividades, Relatório e Contas, Relatórios Trimestrais e Plano de Desempenho, para obtermos informação necessária e importante à implementação do BSC. Importa referir que o hospital em questão não implementou o BSC, não obstante, manifestou pretensão em o implementar no futuro, justificando, por isso, a disponibilidade na troca de opiniões e na emissão de sugestões, para a implementação do BSC numa instituição prestadora de cuidados de saúde, nomeadamente num hospital.

3.3. VISÃO ESTRATÉGICA E MISSÃO: PONTOS DE PARTIDA

A definição da visão e da missão das organizações constituem o ponto de partida de implementação do BSC, pois orientam os gestores na determinação dos objectivos, na escolha dos indicadores e na enunciação das metas e iniciativas estratégicas. Assim, começamos por propor o seguinte exemplo para a definição da missão e visão de uma instituição prestadora de cuidados de saúde, de acordo com a revisão da literatura efectuada, designadamente no tocante às regras para definição da missão e visão de uma entidade.

Missão: *O Hospital XPTO² é um hospital pertencente ao SNS, integrado na rede nacional de cuidados hospitalares, cuja sua actividade consiste em prestar cuidados de saúde diferenciados, adequados e em tempo útil e com qualidade, num quadro de desenvolvimento económico e financeiro sustentável, bem como a promoção do desenvolvimento profissional dos seus colaboradores.*

Visão: *Queremos ser um hospital de excelência para a comunidade e uma referência nacional pela capacidade de resposta às necessidades dos utentes e pela qualidade técnica e humana dos profissionais, bem como em termos de eficiência e eficácia na utilização dos recursos colocados à disposição da instituição.*

Importa referir que a exemplificação apresentada poderá ser variável de entidade para entidade, já que a missão e a visão será diferente conforme, por exemplo, a visão de futuro da entidade e os principais serviços prestados.

3.3.1. DASHBOARD DO SERVIÇO DE URGÊNCIA DO HOSPITAL XPTO

Em Portugal, o Relatório de Acompanhamento dos Hospitais SA 2004 do Ministério da Saúde inclui um *Tableau de Bord* com 32 indicadores de gestão. Não obstante, e como salientam Leite e Rodrigues (2007), não há indicadores de gestão do contexto da envolvente externa de cada hospital, prevalecendo indicadores de gestão de resultados de eficiência. Face ao exposto, e de acordo com os autores, será necessário o desenvolvimento de indicadores de resultados de eficácia, equidade e qualidade e a uniformização de indicadores de gestão dentro das estruturas do Ministério da Saúde, possibilitando um sistema de *benchmarking* de avaliação do desempenho a nível internacional. Assim, neste ponto, pretendemos apresentar uma proposta de *dashboard* para o Serviço de Urgência do Hospital XPTO, destacando os principais objectivos estratégicos, indicadores, metas e iniciativas a serem incluídos no mesmo.

² Nome atribuído ao hospital que solicitou o anonimato.

Quadro 1: Proposta de *dashboard* para o Serviço de Urgência

Perspectiva	Objectivos Estratégicos	Indicadores	Metas	Iniciativas
Financeira	<ul style="list-style-type: none"> Aumentar a facturação 	<ul style="list-style-type: none"> Nº de processos por facturar 	<ul style="list-style-type: none"> • Diminuição em 40% 	<ul style="list-style-type: none"> Atribuição de objectivo partilhado no âmbito do SIADAP aos funcionários afectos à facturação; Formação dos profissionais administrativos para recolha de todos os dados necessários à facturação do episódio de urgência.
	<ul style="list-style-type: none"> Aumentar a cobrança de taxas moderadoras 	<ul style="list-style-type: none"> Prazo médio de recebimento das Taxas Moderadoras 	<ul style="list-style-type: none"> • Max. 90 dias 	<ul style="list-style-type: none"> Melhorar a política de cobranças de Taxas Moderadoras, nomeadamente, entrega no dia de atendimento do valor em dívida; Colocação de Multibancos no SU; Contratação de um Jurista para apoio ao SU.
	<ul style="list-style-type: none"> Diminuir os custos com os consumíveis 	<ul style="list-style-type: none"> Dívidas aos Fornecedores/ Capital Social 	<ul style="list-style-type: none"> • Diminuição em 4% 	<ul style="list-style-type: none"> Aprimorar a negociação com os fornecedores para obtenção de melhores descontos de p.p.
	<ul style="list-style-type: none"> Reduzir os custos totais 	<ul style="list-style-type: none"> Custos totais / Volume de Serviços Prestados 	<ul style="list-style-type: none"> • Diminuição em 4% 	<ul style="list-style-type: none"> Reengenharia de processos; Aumentar o controlo sobre os custos; Aprimorar a negociação com os fornecedores.
Dos Clientes/Utentes/Pacientes	<ul style="list-style-type: none"> Aumentar os serviços prestados aos utentes 	<ul style="list-style-type: none"> Nº de novos exames realizados Nº de novos serviços prestados Nº de serviços e exames efectuados 	<ul style="list-style-type: none"> Min. 2 novos exames prestados Min. 2 novos serviços prestados Aumentar 2% 	<ul style="list-style-type: none"> Aquisição de novos equipamentos de imagiologia: Ressonância Magnética; Criação do Serviço de Hemodiálise no SU; Aumentar a capacidade instalada; Criação da Via-Verde AVC no SU; Criação de uma ala específica para a GRIPE A.
	<ul style="list-style-type: none"> Diminuir o n.º atendimentos urgentes por dia 	<ul style="list-style-type: none"> Nº de doentes atendidos por dia 	<ul style="list-style-type: none"> Diminuir 5% o n.º de atendimentos 	<ul style="list-style-type: none"> Aumentar a capacidade instalada na Consulta Externa; Contratação de novos profissionais para a Consulta Externa; Criar uma consulta aberta na Consulta Externa; Optimizar a relação com os Centros de Saúde; Dinamizar a melhor utilização da telemedicina, em

				<ul style="list-style-type: none"> de Saúde da área; ▪ Teleconsultadoria de especialidades hospitalares junto dos Centros de Saúde; ▪ Teleconsulta de especialidades nos Centros de Saúde; ▪ Acesso <i>on-line</i> dos Centros de Saúde/Médicos de Família aos registos hospitalares; ▪ Registo no hospital de MCDT's efectuados nos Centros de Saúde.
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Diminuir o tempo de espera dos Utentes no SU 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Tempo de espera em minutos no SU 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Diminuir 25% do tempo de espera em cada prioridade (vermelho; laranja; amarelo; verde e azul) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Aumentar a capacidade instalada; ▪ Contratação de novos profissionais; ▪ Redimensionamento e Ampliação do Serviço de Urgência e da Emergência Pré-Hospitalar; ▪ Alargar a triagem de Manchester para 24h/dia; ▪ Implementação de um novo sistema informático para a digitalização de exames; ▪ Aquisição do equipamento para realização de Ressonâncias Magnéticas, evitando a deslocação dos doentes; ▪ Dinamizar a melhor utilização da telemedicina.
Dos Processos Internos	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Aumentar a eficiência 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Total de atendimento/ total de horas médico ▪ Nº de exames/ total de horas Téc. Diagnóstico e Terapêutica (TDT) ▪ Nº de dias de atendimentos/ hora 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Aumentar no Min. em 3 atendimentos por médico ▪ Aumentar no Min. em 5 exames por TDT ▪ Aumentar no Min. em 1 atendimento por hora 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Melhorar a política de prémios e incentivos; ▪ Instalação do Pontómetro; ▪ Melhorar o tempo de resposta dos resultados dos MCDT.
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Diminuir as infecções hospitalares 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Nº de infecções hospitalares 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Diminuir para o Max. de 2 infecções por mês 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Aumentar as auditorias ao controlo de infecções; ▪ Conclusão e implementação do Manual de Controlo de Infecções.
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Diminuir o n.º de óbitos no SU 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Nº de óbitos no SU 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Diminuir 2% no nº de óbitos 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Criação da Via Verde AVC; ▪ Reencaminhamento imediato dos atendimentos classificados com a cor vermelha e laranja.

	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Aumentar o nível de satisfação pelo atendimento 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Nº de reclamações recebidas ▪ Nº de sugestões ▪ Nº de questionários de satisfação obtidos 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Diminuir para o Max. de 2 por mês ▪ Aumentar em 50% o nº de sugestões obtidas pelos clientes ▪ Aumentar em 30% o nº de questionários de satisfação obtidos 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Formação de funcionários sobre os temas: Atendimento ao Público e Tratamento estatístico de sugestões e reclamações; ▪ Criação e implementação de nova ficha sugestões e de um novo questionário de satisfação do utente; ▪ Criação de um grupo de trabalho, com elementos de cada serviço de atendimento, para liderar o processo de aumento do nº de sugestões e de questionários de satisfação por parte dos utentes; ▪ Envio pelo correio dos questionários de satisfação aos doentes internados e doentes assistidos na consulta externa e Serviço Urgência; ▪ Humanização e criação de condições de conforto adequadas às necessidades dos doentes, utilizando as TIC's; ▪ Realização de acções de formação na comunidade.
Aprendizagem e Crescimento	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Formação de recursos humanos 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Nº de horas de formação do pessoal afecto ao serviço ▪ Índice de participação 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Aumentar em 2 formações por funcionário ▪ Atingir a participação 100% 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Aumentar a valorização da formação no processo de avaliação dos funcionários com base no SIADAP; ▪ Promover a certificação de competências no âmbito do Programa Novas Oportunidades; ▪ Reciclar os conhecimentos em áreas de elevado progresso.
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Aumentar a satisfação dos funcionários 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Índice de satisfação 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Aumentar um nível na escala 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Melhorar a política de prémios e incentivos.
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Melhorar a qualidade (eficácia) da formação ministrada 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Índice de satisfação do impacto da formação ▪ Índice de satisfação dos formandos 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Avaliação positiva por parte de 75% dos dirigentes <ul style="list-style-type: none"> ▪ Nível de satisfação dos formandos em 85% 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Envolver os dirigentes na definição dos conteúdos programáticos de cada formação e da modalidade de formação mais adequada; ▪ Criação e implementação de um questionário de levantamento das necessidades de formação e respectivas modalidades desejadas.

Fonte: Elaboração própria

3.3.2. MAPA ESTRATÉGICO DO SERVIÇO DE URGÊNCIA DO HOSPITAL XPTO

Atendendo à missão e visão hospitalar, e tendo por base as quatro perspectivas preconizadas por Kaplan e Norton, elaborou-se o seguinte mapa estratégico, considerado fulcral no processo de implementação do BSC, na medida em que possibilita que a estratégia seja mais facilmente assimilada pelos funcionários, contribuindo para a mobilização dos mesmos e facilitando a definição dos indicadores de desempenho e das iniciativas estratégicas. Foi desenvolvido um mapa estratégico específico para uma unidade de negócio, neste caso, o Serviço de Urgência.

Os objectivos, indicadores, metas e indicativas poderão ser apreendidos pela leitura de diversos documentos, designadamente:

Orçamento – sendo que nele destacamos a previsão dos custos, proveitos e indicadores de actividade por linhas de actividade ou serviços;

Relatório e Contas – evidenciando-se aqui quer o Plano Estratégico de médio prazo quer a evolução dos indicadores de actividade e os indicadores financeiros;

Relatório trimestral – ao permitir o acompanhamento dos custos, proveitos, endividamento e actividade operacional;

Plano de Actividades e Plano de Desempenho – evidenciam informação inerente às metas quer sobre indicadores de actividade quer sobre os custos dos mesmos.

Estes documentos auxiliam na esquematização do *dashboard* e do Plano Estratégico, contudo, importa assinalar que o BSC não é um simples sistema de indicadores evidenciados nos mapas enumerados. O BSC é uma ferramenta de gestão e de implementação estratégica que possibilita aos gestores do hospital a identificação das actividades críticas que permitem criar valor para todos os seus *stakeholders*, nomeadamente: o accionista, o Estado, os fornecedores, os clientes (por exemplo: subsistemas, companhias de seguros) e os utentes/pacientes.

Figura 1: Proposta de mapa estratégico para o Serviço de Urgência



Fonte: Elaboração própria

4. LIMITAÇÕES E SUGESTÕES DE INVESTIGAÇÃO FUTURA

Os resultados do estudo realizado devem ser entendidos mediante algumas limitações. A principal limitação está associada ao facto de se tratar apenas de um esboço de um BSC para um dos serviços de uma instituição hospitalar e, como tal, não ter sido testado. Dada a limitação apontada, existe uma variedade de investigações que poderiam ser desenvolvidas, nomeadamente, realizar um estudo sobre a implementação real do BSC num do Serviço de Urgência de uma unidade hospitalar pública e privada, para assim, avaliarmos as diferenças verificadas entre o sector público e privado, e ampliar o estudo à globalidade dos serviços hospitalares, com a finalidade de apuramento dos diversos indicadores por serviços/unidade hospitalares. Por outro lado, consideramos que seria importante fazer um levantamento sobre a utilização e conhecimento do BSC em organizações hospitalares portuguesas, averiguando quais aquelas mais propensas para a sua adopção e os principais factores que motivaram ou poderão motivar a implementação da referida ferramenta de gestão.

CONCLUSÕES

A procura incessante de novas ferramentas e técnicas de gestão como forma de solucionar dificuldades financeiras sem a perda do nível de qualidade esperado da população, tem sido uma constante nas instituições que prestam cuidados de saúde em todo o mundo. O BSC tem tido um relevante foco de interesse para diversos tipos de organização, mesmo para as prestadoras de cuidados de saúde. Desde cedo se reconheceu a insuficiência dos sistemas baseados exclusivamente em indicadores financeiros e a necessidade de incorporar novos conceitos e novos indicadores na avaliação do desempenho organizacional. O BSC é precisamente uma “ferramenta” que irá implicar um incremento da posição competitiva das organizações, dadas as consequências em termos de elevados níveis de qualidade, melhoria contínua e excelência na produção/prestação de serviços, permitindo gerir a estratégia a longo prazo e medir o desempenho organizacional.

No que concerne ao estudo empírico verificamos que pela leitura de diversos documentos internos (Orçamento, Relatório e Contas, Relatório Trimestral, Plano de Actividades, Plano de Desempenho, entre outros) é possível identificar indicadores estratégicos com o propósito de encaminhar a gestão hospitalar na direcção certa. Este trabalho teve essencialmente como objectivo exemplificar alguns indicadores que poderão ser utilizados para a implementação do BSC nos Serviços de Urgência dos hospitais EPE. A conclusão principal que se depreende do estudo que realizamos é que o BSC permite uma liberdade de aplicação pois varia em função da missão e visão da entidade, assente nas quatro perspectivas estratégicas (financeira, aprendizagem e crescimento, clientes/utentes/pacientes e dos processos internos) ou em perspectivas adicionais criadas para o efeito, e que poderá aumentar o nível de satisfação quer dos funcionários quer dos utentes/pacientes, bem como aumentar a eficácia e eficiência das instituições que prestam cuidados de saúde.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AIDEMARK, L. (2001), “The Meaning of Balanced Scorecards in the Health Care Organization”, *Financial Accountability & Management*, February, 17(1): 23-40.

BALLANTINE, J.; S. BRIGNALL e S. MODELL (1998), “Performance Measurement and Management in Public Health Services: A Comparison of U.K. and Swedish Practice”, *Management Accounting Research*, March, 9(1): 71-94.

BARALDI, S. (2001), *The Balanced Scorecard in Hospitals: Performance Measurement as a Driver of Change: A Case Study*, comunicação apresentada no Workshop on Performance Measurement and Management Control, 4-5 October, Nice: 45-64.

BILKHU-THOMPSON, M. K. (2003), "A Process Evaluation of a Health Care Balanced Scorecard", *Journal of Health Care Finance*, Winter, 30(2): 37-64.

CARAMÉS BOUZÁN, J.; J. PÉREZ VILARIÑO e J. A. DE PRADO DÍEZ (2004), "Nuevos Modelos de Gestión Hospitalaria: Encuesta a los Gerentes de Grandes Centros Hospitalarios", *Gestión Hospitalaria*, Abril, 15(2): 47-56.

CARVALHO, F. M.; L. N. S. DIAS e V. PROCHNIK (2005), *A Utilização do Balanced Scorecard em Hospitais: O Caso do Hospital Nove de Julho*, comunicação apresentada no IX Congresso Internacional de Custos, "A Gestão de Custos na Era da Gestão do Conhecimento", 28-30 Novembro, Florianópolis.

CASTAÑEDA-MÉNDEZ, K.; K. MANGAN e A. M. LAVERY (1998), "The Role and Application of the Balanced Scorecard in Healthcare Quality Management", *Journal of Healthcare Quality*, January/February, 20(1): 10-13.

CAVACO, A. e C. SARRICO (2007), *Exequibilidade da Utilização do Balanced Scorecard num Hospital do Sector Público Administrativo*, comunicação apresentada no 5.º Congresso Nacional da Administração Pública, "Modernização, Desenvolvimento e Competitividade", 29-30 Outubro, Instituto Nacional de Administração (INA), Lisboa.

CHAN, Y. L. e S. K. HO (2000), "The Use of Balanced Scorecard in Canadian Hospitals", in <http://aaahq.org/NERegion/2000/q17.pdf>, acedido a 21-06-05.

CHOW, C. W.; D. GANULIN; K. HADDAD e J. WILLIAMSON (1998), "The Balanced Scorecard: A Potent Tool for Energizing and Focusing Healthcare Organization Management", *Journal of Healthcare Management*, May/June, 43(3): 263-280.

CRUZ, I. (2005), *O Balanced Scorecard e a Gestão das Organizações Hospitalares*, comunicação apresentada nas XV Jornadas Hispano-Lusas de Gestão Científica, 2-4 Fevereiro, Sevilha: 441-446.

CURTRIGHT, J. W.; S. C. STOLP-SMITH e E. S. EDELL (2000), "Strategic Performance Management: Development of a Performance Measurement System at the Mayo Clinic", *Journal of Healthcare Management*, January/February, 45(1): 58-68.

FORGIONE, D. A. (1997), "Health Care Financial and Quality Measures: International Call for a Balanced Scorecard Approach", *Journal of Health Care Finance*, Fall, 24(1): 55-58.

GARCÍA CORNEJO, B. (2007), *El Uso de la Información para la Gestión por parte de los Clínicos. Un Estudio en los Hospitales Públicos Españoles*, comunicação apresentada no XIV Congreso AECA, "Empresa y Sociedad: Respondiendo al Cambio", 19-21 Septiembre, Valencia.

GARCÍA CORNEJO, B. (2005), *Retos para la Contabilidad de Gestión en los Hospitales Públicos Españoles*, comunicação apresentada no XIII Congreso AECA, "Armonización y Gobierno de la Diversidad", 22-24 Septiembre, Oviedo.

GRIFFITH, J. R. (1994), "Reengineering Health Care: Management Systems for Survivors", *Hospital & Health Services Administration*, 39(4): 451-470.

GUICHARD, S. (2004), "The Reform of the health care system in Portugal", Working Paper n.º 405, Organisation for Economic Co-operation and Development, Economics Department, Paris, October.

INAMDAR, N. S.; R. S. KAPLAN e K. REYNOLDS (2002), "Applying the Balanced Scorecard in Healthcare Provider Organizations", *Journal of Healthcare Management*, May/June, 47(3): 179-196.

KAPLAN, R. S. e D. P. NORTON (1996), *Translating Strategy into Action – The Balanced Scorecard*. Harvard Business School Press. Boston, Massachusetts.

LEITE, J. M. e L. L. RODRIGUES (2007), *Práticas de Contabilidade de Gestão Hospitalar Divulgadas nos Relatórios: Estudo dos Hospitais EPE Portugueses*, comunicação apresentada no X Congresso Internacional de Custos, "Contabilidade, Controladoria, Auditoria, Gestão de Custos e Mundialização", 13-15 Junho, Lyon.

MACSTRAVIC, S. (1999), "A Really Balanced Scorecard", *Health Forum Journal*, May/June, 42(3): 64-67.

MATOS, L. F. (2006), *A Utilização do Balanced Scorecard para Monitorar o Desempenho de um Hospital*. Dissertação de Mestrado em Sistemas de Informação, Universidade do Minho, Braga, Portugal.

MELIONES, J. N.; R. BALLARD; R. LIEKWEG e W. BURTON, (2001), "No Mission (<-->) No Margin: It's that Simple", *Journal of Health Care Finance*, Spring, 27(3): 21-30.

MODELL, S. (2004), "Performance Measurement Myths in the Public Sector: A Research Note", *Financial Accountability & Management*, February, 20(1): 39-55.

NATHAN, K. e S. PELFREY (2004), "Strong Medicine for Mailing Hospitals: A Balanced Scorecard Approach", *Cost Management*, January/February, 18(1): 24-30.

NORTHCOTT, D. e N. FRANCE (2005a), *The Balanced Scorecard in Health Sector Performance Management: Dissemination to Diffusion?*, comunicação apresentada en la 3^d Conference on Performance Measurement and Management Control, 22-23 September, Nice.

NORTHCOTT, D. e N. FRANCE (2005b), *The Balanced Scorecard in New Zealand Health Sector Performance Management: Dissemination to Diffusion*, comunicação apresentada no 28th Annual Congress of the European Accounting Association, 18-20 May, Göteborg.

OLIVEIRA, J. (2001), "The Balanced Scorecard: An Integrative Approach to Performance Evaluation", *Healthcare Financial Management*, May, 55(5): 42-46.

OTEO OCHOA, L. A.; G. PÉREZ TORRIJOS e D. SILVA SÁNCHEZ (2002), "Cuadro de Mandos Integral a Nivel Hospitalario Basado en Indicadores del Modelo EFQM de Excelencia", *Gestión Hospitalaria*, Enero, 13(1): 9-25.

PEREIRA, G. R. N. (2005), *Balanced Scorecard em Hospitais*. Dissertação de Mestrado em Ciências Contábeis, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Brasil.

PINK, G. H.; I. MCKILLOP; E. G. SCHRAA e C. PREYRA (2001), "Creating a Balanced Scorecard for a Hospital System", *Journal of Health Care Finance*, Spring, 27(3): 1-20.

REPÚBLICA PORTUGUESA (2005), "Programa de Estabilidade e Crescimento 2005-2009", Lisboa, Junho.

SANCHEZ, K. R.; K. T. STADNICK e R. H. ERDMANN (2002), *Balanced Scorecard: Uma Ferramenta de Inovação Gerencial na Gestão de Organizações Hospitalares*, comunicação

apresentada no XXII Simpósio de Gestão da Inovação Tecnológica, 6-8 Novembro, Salvador da Bahia, Brasil.

SILVA, B. F. G. e V. PROCHNIK (2005), *Seven Challenges for the Implementation of Balanced Scorecard in Hospitals*, comunicação apresentada na 3rd Conference on Performance Measurement and Management Control, 22-23 September, Nice.

SILVA, J. V. e J. M. R. NUNES (2007), *O Balanced Scorecard na Gestão Estratégica: Caso de um Hospital Público*, comunicação apresentada no II Seminário de Gestão em Saúde, 18-19 Maio, Universidade da Beira Interior, Covilhã.

SILVA, M. D. O. P.; I. G. BARRETO; M. V. SOUZA e W. G. L. LUCENA (2006), *Uma Análise Comparativa dos Indicadores de Desempenho de uma Entidade de Saúde Pública de Caruaru – PE: Um Aplicativo Estratégico do Balanced Scorecard*, comunicação apresentada no 3.º Congresso de Iniciação Científica em Contabilidade, “Pesquisa Contábil e Desenvolvimento Económico-Social”, 27-28 Julho, Universidade de São Paulo, Brasil.

STEWART, L. J. e W. E. BESTOR (2000), “Applying a Balanced Scorecard to Health Care Organizations”, *The Journal of Corporate Accounting & Finance*, March/April, 11(3): 75-82.

VOELKER, D. E.; J. S. RAHICH e G. R. FRENCH (2001), “The Balanced Scorecard in Healthcare Organizations: a Performance Measurement and Strategic Planning Methodology”, *Hospital Topics*, Summer, 79(3): 13-24.

WALKER, K. B. e L. M. DUNN (2006), “Improving Hospital Performance and Productivity with the Balanced Scorecard”, *Academy of Health Care Management Journal*, 2: 85-110.

YANG, C.; L. CHENG e C. YANG (2005), “A Study of Implementing Balanced Scorecard (BSC) in Non-Profit Organizations: A Case Study of Private Hospital”, *Human Systems Management*, 24(4): 285-300.

YAP, C.; E. SIU; G. R. BAKER; A. D. BROWN e M. P. LOWE-YOUNG (2005), “A Comparison of Systemwide and Hospital-Specific Performance Measurement Tools”, *Journal of Healthcare Management*, July/August, 50(4): 251-263.

ZELMAN, W. N.; G. H. PINK e C. B. MATTHIAS (2003), “Use of the Balanced Scorecard in Health Care”, *Journal of Health Care Finance*, Summer, 29(4): 1-16.

Legislação

Decreto-lei n.º 185, de 20 de Agosto de 2002.

Decreto-lei n.º 188, de 20 de Agosto de 2003.

Decreto-lei n.º 233, de 29 de Dezembro de 2005.

Decreto-lei n.º 558, de 17 de Dezembro de 1999.

Decreto-lei n.º 6, de 26 de Abril de 2003.

Decreto-lei n.º 98, de 7 de Junho de 2005.

Decreto-Regulamentar n.º 10, de 28 de Abril de 2003.

Decreto-Regulamentar n.º 14, de 30 de Junho de 2003.

Lei n.º 27, de 8 de Novembro de 2002.