

# **MESTRADO EM CIÊNCIAS EMPRESARIAIS**

## **TRABALHO FINAL DE MESTRADO DISSERTAÇÃO**

**PROPOSTA DE *BALANCED SCORECARD* PARA  
A UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DA GUARDA**

**JOÃO MIGUEL TIAGO DE SOUSA**

**ORIENTAÇÃO:  
PROFESSORA DOUTORA CARLA CURADO**

**JUNHO 2016**

...E assim, lição por lição  
Que a pouco e pouco aprendemos  
De outros – a outros daremos,  
Que a muitos outros darão

António Aleixo

## **AGRADECIMENTOS**

Às minhas filhas e à minha mulher pelo tempo que deixei de me envolver com elas, para me dedicar ao Mestrado.

À Professora Doutora Carla Curado pela orientação prestada na elaboração do meu Trabalho Final de Mestrado.

Ao Professor Doutor Carlos Rodrigues, pela incansável colaboração, empenho e amizade prestados.

À Luísa, à Mariana, à Mónica, à Raquel, ao Tiago e ao Pedro pelos conselhos, ajuda e amizade.

A todos os que me apoiaram e incentivaram a realizar o Mestrado.

## **RESUMO**

A proposta do *Balanced Scorecard* para a Unidade Local de Saúde da Guarda constitui o propósito do presente trabalho. As organizações de saúde, como as Unidades Locais de Saúde, estão delineadas a uma determinada área geográfica e direcionadas para a integração e interligação dos vários tipos de cuidados de saúde, tendo como foco principal o cidadão-utente e a comunidade. Através da revisão da literatura procurou-se destacar os aspetos mais relevantes para a elaboração do presente trabalho. Assim, pretende-se proporcionar à organização uma ferramenta de gestão que melhore o desempenho, devidamente assente no seu plano estratégico, produza o alinhamento e contribua para a criação de valor ao utente, à comunidade e à própria organização. A proposta final está espelhada no Mapa Consolidado e encontra-se pronta a ser utilizada pela gestão de topo.

Palavras-Chave: Estratégia, Desempenho, Proximidade, Comunidade, Cidadão-Utente.

## **ABSTRACT**

The purpose of this work is the proposal of the *Balanced Scorecard* for the Local Health Unit of the city of Guarda. Health organizations, such as Local Health Units, are outlined to a specific geographical area aiming at the integration and interconnection of the various types of health care, benefiting mostly the citizen-user and the community. This document presents the most relevant aspects to this process retrieved through a literature review on the subject. The intention is to present a management tool which improves performance, based on the organization's strategic plan, produces alignment and contributes to creating better value for the citizen-user, the community and the organization itself. The final proposal is mirrored in the Consolidated Map and is ready to be used by top management.

Keywords: Strategy, Performance, Proximity, Community, Citizen-User.

## ÍNDICE

AGRADECIMENTOS .....	III
RESUMO .....	IV
ABSTRACT .....	IV
ÍNDICE DE TABELAS .....	VI
ÍNDICE DE FIGURAS .....	VII
LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS .....	VIII
1. INTRODUÇÃO.....	1
2. REVISÃO DA LITERATURA .....	2
2.1. Bases - Missão, Visão e Valores.....	2
2.1.1. Missão.....	2
2.1.2. Visão.....	2
2.1.3. Valores.....	2
2.2. O Balanced Scorecard.....	2
2.3. Perspetiva Financeira .....	4
2.4. Perspetiva Clientes.....	5
2.5. Perspetiva Processos Internos .....	6
2.6. Perspetiva de Aprendizagem e Crescimento.....	7
2.7. O Mapa Estratégico (ME).....	8
2.8. As relações causa-efeito (RCE) .....	11
2.9. Os indicadores do BSC .....	11
2.10. Metas, Tolerância, Excelência e Iniciativas no BSC .....	15
2.11. Aspetos e evolução do sistema de gestão estratégico .....	16
2.12. Gabinete de Gestão da Estratégia (GGE).....	19
3. O BSC no setor público.....	20
3.1. O BSC no setor público empresarial.....	20
3.2. O BSC nas Unidades de Saúde .....	22
4. Metodologia.....	25
5. Proposta de BSC na ULSG.....	26
5.1. A Unidade Local de Saúde da Guarda (ULSG).....	26
5.1.1. Missão, Visão e Valores .....	27
5.1.2. Perfil Assistencial.....	27
5.2. Definição dos vetores estratégicos.....	28
5.3. Perspetivas do BSC.....	30
5.3.1. Perspetiva Utente (PU) .....	31
5.3.2. Perspetiva Financeira (PF) .....	32
5.3.3. Perspetiva dos Processos Internos (PPI).....	33
5.3.4. Perspetiva de Aprendizagem e Crescimento (PAC).....	34
5.4. O Mapa Estratégico (ME).....	35
5.5. O Mapa de Iniciativas .....	36
6. CONCLUSÕES .....	36
7. LIMITAÇÕES E TRABALHOS FUTUROS .....	38
8. REFERÊNCIAS .....	39
ANEXOS.....	47

## ÍNDICE DE TABELAS

<b>Tabela 1:</b> As Perspetivas do BSC e as questões relacionadas .....	4
<b>Tabela 2:</b> Meios financeiros que conduzem ao alcance da estratégia .....	5
<b>Tabela 3:</b> Indicadores essenciais relacionados com a Perspetiva Clientes.....	5
<b>Tabela 4:</b> Quatro processos essenciais para alcançar os objetivos estratégicos .....	7
<b>Tabela 5:</b> Quatro dimensões que induzem mudanças no capital organizacional .....	7
<b>Tabela 6:</b> Influência dos ativos intangíveis nos processos internos .....	8
<b>Tabela 7:</b> Medidas e ligações que definem a estratégia de uma organização .....	9
<b>Tabela 8:</b> Construção do Mapa Estratégico.....	10
<b>Tabela 9:</b> Critérios para a escolha de indicadores .....	12
<b>Tabela 10:</b> Indicadores de resultado e ação nas quatro perspetivas, segundo os autores .....	13
<b>Tabela 11:</b> Exemplo de cálculo de tolerância e excelência com um indicador da saúde .....	16
<b>Tabela 12:</b> Quatro processos de gestão estratégica .....	17
<b>Tabela 13:</b> Cinco princípios de gestão estratégica .....	17
<b>Tabela 14:</b> Cinco etapas do ciclo estratégico .....	18
<b>Tabela 15:</b> Funções do Gabinete de Gestão Estratégica.....	20
<b>Tabela 16:</b> Três meios para alcance dos objetivos nas Organizações pública .....	21
<b>Tabela 17:</b> Complexidade dos serviços públicos de saúde.....	21
<b>Tabela 18:</b> Benefícios e desafios na implementação do BSC nas organizações de saúde .....	23
<b>Tabela 19:</b> Etapas do procedimento de um estudo .....	26
<b>Tabela 20:</b> Missão, Visão e Valores da ULSG.....	27
<b>Tabela 21:</b> Lotação ULSG.....	27
<b>Tabela 22:</b> Composição dos Recursos Humanos da ULSG .....	28
<b>Tabela 23:</b> Definição dos Vetores Estratégicos.....	28
<b>Tabela 24:</b> Definição dos Vetores Estratégicos através dos Objetivos e Iniciativas.....	29
<b>Tabela 25:</b> Objetivos e Iniciativas para o BSC da ULSG .....	30
<b>Tabela 26:</b> Avaliação do desempenho .....	30
<b>Tabela 27:</b> Perspetiva dos Utentes.....	31
<b>Tabela 28:</b> Ações concluídas em 2015 relativamente à PU .....	32
<b>Tabela 29:</b> Perspetiva Financeira .....	32
<b>Tabela 30:</b> Perspetiva dos Processos Internos .....	33
<b>Tabela 31:</b> Ações concluídas em 2015 relativamente à PPI.....	34
<b>Tabela 32:</b> Perspetiva Aprendizagem e Crescimento.....	34
<b>Tabela 33:</b> Ações concluídas em 2015 relativamente à PAC.....	34
<b>Tabela 34:</b> Proposta de Mapa de Iniciativas para a ULSG.....	36
<b>Tabela 35:</b> Tipologia dos Cuidados de Saúde .....	49
<b>Tabela 37:</b> Proposta de Mapa Consolidado para a ULSG.....	51

## ÍNDICE DE FIGURAS

<b>Figura 1:</b> Tradução da Visão e Estratégia nas quatro perspetivas.....	3
<b>Figura 2:</b> A construção do Mapa Estratégico .....	10
<b>Figura 3:</b> Sistema de gestão em ciclo fechado .....	19
<b>Figura 4:</b> Proposta do Mapa Estratégico para a ULSG .....	35
<b>Figura 5:</b> O Mapa Estratégico e as relações causa-efeito.....	47
<b>Figura 6:</b> Quatro processos de gestão estratégica.....	48
<b>Figura 7:</b> Os cinco princípios do processo de gestão estratégia.....	48
<b>Figura 8:</b> O BSC nas Organizações Públicas .....	49
<b>Figura 9:</b> Organograma da ULSG .....	50

## **LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS**

- AH – Administradores Hospitalares  
AVC – Acidente Vascular Cerebral  
BSC – *Balanced Scorecard*  
CHUC – Centro Hospitalar Universitário de Coimbra  
CEO - *Chief Executive Officer*  
CFO - *Chief Financial Officer*  
CHCB – Centro Hospitalar Cova da Beira  
CHTC – Centro Hospitalar Tondela e Viseu  
CS – Centros de Saúde  
CSH – Cuidados de Saúde Hospitalares  
CSP – Cuidados de Saúde Primários  
EBITDA - *Earnings Before Interest, Taxes, Depreciation and Amortization*  
ERS – Entidade Reguladora da Saúde  
FSE – Fornecimento Serviços Externos  
GRH – Gestão de Recursos Humanos  
HNSA – Hospital Nossa Senhora da Assunção  
HSM – Hospital Sousa Martins  
I&D – Investigação e Desenvolvimento  
IEFP - Instituto do Emprego e Formação Profissional  
IPG – Instituto Politécnico da Guarda  
IT - *Information technology*  
LPCC – Liga Portuguesa Contra o Cancro  
MCDT – Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica  
OSFL – Organizações Sem Fins Lucrativos  
PPCIRA - Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos  
RH – Recursos Humanos  
RHV – Recursos Humanos com Vínculo  
RI – Regulamento Interno  
RLE – Resultado Líquido do Exercício  
ROI – *Return on Investment*  
SAMA 2020 - Sistema de Apoio à Modernização e Capacitação da Administração Pública  
SI – Sistemas de informação  
SIET – Serviço Instalações Equipamentos e Transportes  
SPMS – Serviços Partilhados do Ministério da Saúde  
SS – Serviços de Saúde  
SNS – Serviço Nacional de Saúde  
StratEX – Orçamento para as iniciativas estratégicas  
TDT - Técnicos de Diagnóstico e Terapêutica

TIC – Tecnologias de Informação e Comunicação

TMRG – Tempos Máximos de Resposta Garantidos

TQM – *Total Quality Management*

TS – Técnico Superior

TSS – Técnico Superior de Saúde

Tx – Taxa

UBI – Universidade da Beira Interior

UCA – Unidade Cuidados Ambulatórios

UCC – Unidade Cuidados Continuados

UCSP – Unidade Cuidados de Saúde Personalizados

ULS – Unidade Local de Saúde

ULSCB – Unidade Local de Saúde de Castelo Branco

USF – Unidade de Saúde Familiar

USP – Unidade de Saúde Pública

## 1. INTRODUÇÃO

Constitui um desafio a proposta do *Balanced Scorecard* (BSC) na Unidade Local de Saúde da Guarda (ULSG), atendendo à sua dimensão, complexidade, contexto local e social. Também pela contribuição académica que sugere à gestão uma ferramenta que ajuda a concentrar a organização na estratégia de sucesso a longo prazo, identificando os objetivos nos quais esta deve priorizar sinergias e canalizar os seus recursos (Kaplan e Norton 1996a, p. 273).

Segundo Matos e Ramos (2009), o sucesso de uma organização no sector de saúde público deve ser medido pela eficácia e eficiência na prestação dos cuidados, através de uma ferramenta que adote políticas de gestão, estratégias sectoriais e enquadre objetivos e medidas que traduzam de uma forma clara a missão e a visão destas organizações.

A presente dissertação tem como objetivo a proposta do BSC para a ULSG, através da:

1. Elaboração do BSC para a ULSG;
2. Elaboração do Mapa Estratégico para a ULSG;
3. Mapa de Iniciativas estratégicas;
4. Mapa Estratégico Consolidado para a gestão da ULSG.

A implementação do BSC envolve dois processos de maior importância: O desenvolvimento ao nível da gestão de topo e a sua implementação em cascata a toda a organização (Inamdar N., Kaplan, S. e Bower, M. 2002). Os autores referem que o BSC é uma ferramenta valiosa em ambientes complexos e incertos e constitui um desafio em organizações com características únicas, com diversos *stakeholders*, diferentes funções e pontos de vista sobre os cuidados de saúde (Kolberg e Elg, 2011; Walker e Dunn, 2006), o que requer compromisso a longo prazo e o alinhamento com as medidas de desempenho, exigindo ainda uma visão holística da organização (Curtright, J. W., Stolp-Smith, S. C. e Edell E. S., 2000; Smith e Kim, 2005).

Olden e Smith (2008) vêem o BSC como uma importante inovação em gestão, identifica as medidas de maior importância, melhora as capacidades internas e apoia o desenvolvimento organizacional (Kolberg e Elg, 2011). Constitui ainda um meio para acompanhar, articular e comunicar o desenvolvimento da estratégia (Gurd, B. e Gao, T., 2008; Zelman, W. N., Pink, J. H. e Matthias, C. B., 2003; Smith e Kim, 2005).

Voelker, Rakich e French (2001) afirmam que o BSC tem alcançado sucesso nas organizações de saúde, o que para Funck (2007), pode estar relacionado com a tradução do conceito de equilíbrio nestas organizações. Olden e Smith (2008) alegam que a adoção do BSC ajuda a melhorar o estado de saúde da comunidade, estimulando a

melhoria da qualidade através da medição e avaliação de desempenho (El-jardali, Saleh, Ataya e Jamal, 2011), pelo que Kolberg e Elg (2011) sugerem que o BSC pode ser visto como uma ferramenta de gestão da qualidade quando utilizado em organizações públicas de saúde.

## **2. REVISÃO DA LITERATURA**

### **2.1. Bases - Missão, Visão e Valores**

#### 2.1.1. Missão

Segundo Hitt, A., Ireland, R. e Hoskisson R. (2009), a missão define a singularidade de uma organização, o seu propósito central, a razão de ser e existir (Kaplan e Norton, 2004a; Niven, 2003). É como uma linha de orientação que serve de inspiração a todos os *stakeholders*. Na missão deve estar definido o rumo das atividades e os valores que orientam essas atividades, assumindo de forma clara como devemos competir no mercado e acrescentar valor aos nossos clientes (Kaplan e Norton, 2004a).

#### 2.1.2. Visão

Para Kaplan e Norton (2004a), a visão consiste numa declaração precisa, uma imagem única que a organização pretende ser e alcançar no futuro (Hitt et al, 2009; Niven, 2003), orientada para o mercado, transmitindo a forma como quer ser percebida pelo exterior (Kaplan e Norton, 2004a).

A declaração de visão da organização deve refletir valores e aspirações criando um sentimento de compromisso que dá sentido às atividades da organização e liga as pessoas por uma aspiração comum (Hitt et al, 2009; Senge, 2010). Conjuntamente, a visão e a missão fornecem a base que a organização necessita para selecionar e implementar uma ou mais estratégias (Hitt et al, 2009).

#### 2.1.3. Valores

Os valores são os princípios que orientam uma organização, definem o modo como agir de acordo com a missão e percorrem o caminho para alcançar a visão. Os valores significam atribuições assentes numa base em que a organização retrata as suas crenças demonstradas através dos comportamentos diários dos seus colaboradores. (Niven, 2003; Senge, 2010).

### **2.2. O Balanced Scorecard**

O BSC (Kaplan e Norton, 1992) procura responder às críticas apontadas aos sistemas tradicionais de medição de desempenho estratégico (Manica, 2009; Norreklit, 2003). Os sistemas tradicionais de análise financeira encontram-se desadequados em organizações

que privilegiam o capital intelectual, revelando fraca ligação ao progresso relativamente aos objetivos estratégicos e inapropriados para enfrentar os desafios que as organizações atualmente enfrentam (Ahn, 2001; Kaplan e Norton, 1996b).

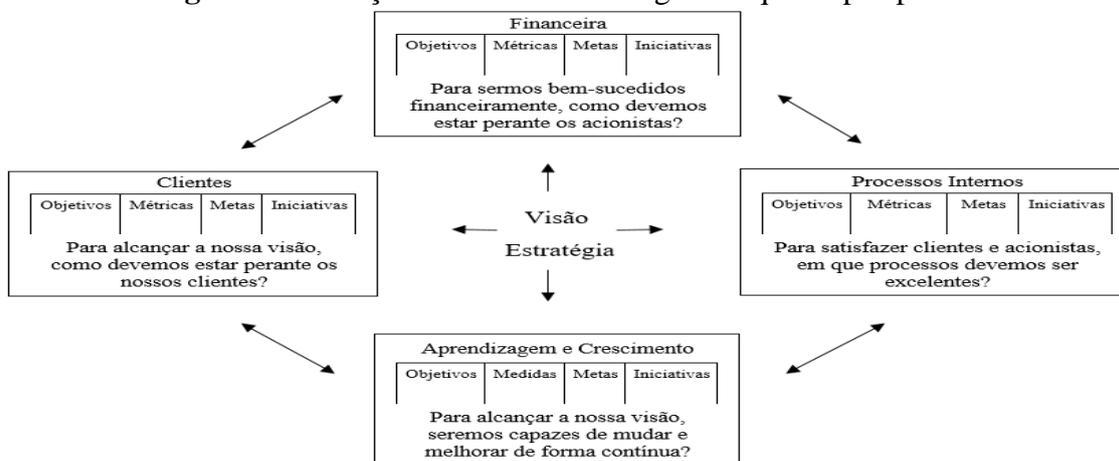
Kaplan e Norton (1992) sugerem a ligação dos objetivos de curto prazo com os objetivos de longo prazo, através dos indicadores financeiros aos demais indicadores essenciais para a obtenção do sucesso no futuro. O valor estratégico a longo prazo provém da articulação de valores intangíveis com as decisões de curto prazo, levando à criação de vantagem competitiva (Kaplan e Norton 2001a; Pinto, 2009).

Malina e Selto (2001) e Niven (2002) veem o BSC como um sistema de medição, uma ferramenta de comunicação formada por indicadores de desempenho equilibrados fazendo alinhar a parte operacional do negócio com os objetivos estratégicos (Kaplan e Norton, 1996b; Epstein e Manzoni, 1998). Um instrumento de medida e aprendizagem contínua, que torna possível a monitorização e feedback das ações e práticas pelos responsáveis da gestão das organizações (Jordan, Neves e Rodrigues, 2011).

O BSC permite informar os *stakeholders* das decisões e ações estratégicas, envolvendo todos os níveis da organização, com a função tornar a visão e a estratégia fácil de entender por todos os colaboradores e promovendo o alinhamento a todos os níveis com a estratégia global (Collis e Rukstad, 2008; Kaplan e Norton 1992, 1993, 1996a).

Kaplan e Norton (1992, 1993 1996a, 1996b) e Ahn (2001) definem o BSC como uma ferramenta de gestão estratégica e de controlo de gestão. A visão e a estratégia constituem a base para a construção do BSC, assente em quatro perspetivas: Financeira, Clientes, Processos Internos e Aprendizagem e Crescimento. A missão, a visão e as políticas de gestão alinham a estratégia nas quatro perspetivas que visam responder a quatro questões essenciais (Figura1):

**Figura 1:** Tradução da Visão e Estratégia nas quatro perspetivas



Fonte: Adaptado de Kaplan e Norton (1996a), Pinto (2009)

Para os autores Kaplan e Norton (1996a), o BSC incorpora um conjunto de medidas que se articulam com a estratégia, formando um conjunto de relações causa-efeito entre essas medidas e a estratégia global da organização. As relações causa-efeito são para Norreklit (2000), o fator que distingue o BSC de outros sistemas de gestão estratégica. Existem questões definidas para cada perspetiva, que identificam o que se pretende medir, conforme descrito na Tabela 1:

**Tabela 1:** As Perspetivas do BSC e as questões relacionadas

Perspetiva	Questão
Financeira	Para sermos bem sucedidos financeiramente, como devemos estar perante os acionistas? As medidas de desempenho financeiro indicam se a implementação e execução da estratégia estão a contribuir para o cumprimento dos objetivos, como a rentabilidade, o crescimento e a criação de valor para os acionistas.
Clientes	Para alcançar a nossa visão, como devemos estar perante os nossos clientes? De que forma vamos ao encontro das suas necessidades e se a sua satisfação ocupa uma prioridade pela gestão de topo, refletida através da escolha medidas que priorizam as suas necessidades.
Processos Internos	Para satisfazer clientes e acionistas, em que processos devemos ser excelentes? A gestão de topo deve centrar-se nos processos internos críticos que tenha maior impacto e conduzam à satisfação das necessidades e dos clientes. Fatores estes como a qualidade, capacidade e conhecimento dos colaboradores, tempo de resposta, produtividade, etc.
Apr. e Crescimento	Para alcançar a nossa visão, seremos continuamente capazes de mudar e melhorar? Capacidade para inovar, melhorar de forma contínua a eficácia operacional, os processos e produtos, criando valor aos clientes.

Fonte: Adaptado Kaplan e Norton (1992)

Kanji e Sá (2002) referem que o BSC fornece ao gestor uma visão negócio a partir das quatro perspetivas, transmitindo uma visão holística da organização. As perspetivas são interdependentes através da influência entre as medidas não seguindo um sentido único, em que a aprendizagem e crescimento são os promotores de processos internos, estes os condutores da satisfação do cliente, que finalmente formam os *drivers* dos resultados financeiros (Norreklit, 2000).

### 2.3. Perspetiva Financeira

A perspetiva financeira assenta no equilíbrio entre as metas de curto prazo e de longo prazo e ocupa o topo do mapa estratégico, sendo fundamental alinhar os objetivos financeiros à estratégia da organização. Os indicadores financeiros são o cerne desta perspetiva, transmitida pela avaliação do desempenho financeiro através do lucro, do crescimento e como objetivo principal a criação de valor ao acionista. Todavia nas OSFL ou no sector público é a perspetiva clientes que assume esse papel (Kaplan e Norton 1992, 1993, 2000a, 2001a; Mooraj, S., Oyon, D. e Hosteller, D. 1999).

Os indicadores financeiros diferenciam-se atendendo ao ciclo de vida da organização (crescimento, maturidade e declínio) e refletem medidas como a taxa de rentabilidade, taxa de redução de custos, crescimento e volume de vendas, percentagem de

investimento, retorno do investimento, resultado líquido do período, entre outras (Jordan et al, 2011, Kaplan e Norton, 1992, 1996b, 2001a; Lipe e Salterio, 2000).

Kaplan e Norton (1996a, 1996c, 2000a) propõem os principais meios para melhorar o desempenho financeiro e atingir suas estratégias de negócios (Tabela 2):

**Tabela 2:** Meios financeiros que conduzem ao alcance da estratégia

Crescimento e mix de receitas	Aprofundar relações com os clientes através da expansão das ofertas de produtos e serviços, procurar novos clientes e mercados alvo.
Redução de custos / melhoria da produtividade	Através de esforços para a redução de custos diretos e indiretos, partilha de recursos com as demais unidades de negócio.
Utilização de ativos / estratégia de investimentos	Através da redução do capital ativo necessário para suportar determinado volume de negócio, utilizando de forma eficiente os recursos e alienando ativos de menor retorno relativamente ao seu valor de mercado.

Fonte: Adaptado de Kaplan e Norton (1996a, 1996c,2000a).

Segundo Kaplan e Norton (1996a), o desenvolvimento do BSC deve ter início num intenso diálogo entre o CEO e o CFO acerca da necessidade dos objetivos e indicadores para cada unidade do negócio, de forma a estarem alinhados com a estratégia de cada unidade e ligados a cada ciclo de vida da organização.

#### 2.4. Perspetiva Clientes

A Perspetiva Clientes traduz a missão e a estratégia da organização em objetivos direcionados para os clientes e segmentos de mercado, os quais devem ser comunicados a toda a organização (Kaplan e Norton, 1996a).

A Perspetiva Clientes ocupa uma prioridade para a gestão de topo, levando a organização a focar-se na identificação dos clientes e nos segmentos de mercado nos quais a organização pretende competir, cumprindo a expectativa de retorno da receita para os objetivos financeiros (Caudle, 2008; Kaplan e Norton 1992, 1996c; Mooraj et al,1999).

Para o propósito devem ser selecionados um conjunto de indicadores chave (Tabela 3), devidamente adaptados à estratégia da organização e que permitem conhecer os clientes conjuntamente com as suas necessidades:

**Tabela 3:** Indicadores essenciais relacionados com a Perspetiva Clientes

Quota de mercado	Proporção do negócio num determinado mercado
Fidelização e Retenção de clientes	Grandeza que traduza a capacidade de reter e manter boas relações com os clientes
Aquisição clientes	Grandeza que traduza a aquisição de novos clientes e negócios
Satisfação clientes	Propostas de valor diferenciadas
Rendibilidade do cliente	Lucro líquido do cliente, após despesas de suporte ao cliente

Fonte: Caudle (2008) ; Kaplan e Norton (1992, 1996a, 1996c); Mooraj et al (1999)

Conforme (Niven 2005), ao responder a estas questões podemos formular medidas que permitirão acompanhar o nosso sucesso visto na ótica dos clientes.

As medidas enquadram-se em torno de quatro categorias: tempo, qualidade, desempenho e serviço, que em combinação contribuem para gerar valor ao cliente. O modo de satisfazer e fidelizar os clientes é feito através de uma estratégia de gestão direcionada ao cliente através de propostas de valor diferenciadas (Caudle, 2008; Kaplan e Norton 1992, 1996a, 2004a). Para Otley (1999), o nível de serviço e a satisfação dos clientes pode ser a chave nas escolhas estratégicas relativamente aos meios de oferta de bens e serviços.

O foco de qualquer estratégia de negócio é a proposta de valor ao cliente, através da combinação única entre produtos e serviços, relações com os clientes e a imagem que a organização passa para o exterior (Kaplan e Norton, 1996c), definindo a forma como esta se diferencia relativamente à concorrência com o objetivo de reter e aprofundar as relações com os clientes.

A proposta de valor serve ainda de alavanca para ligar os processos internos e gerar melhores resultados com os clientes (Kaplan e Norton, 2000a). Otley (1999) atribui a devida importância à concorrência mas determina que o valor central é o que a organização entrega aos seus clientes. Kaplan e Norton (2000b) referem três propostas de valor: Excelência operacional; Intimidade com o cliente; e Liderança pelo produto. Após a organização identificar a sua proposta de valor, fica a conhecer que tipos e classes de clientes almejar.

### **2.5. Perspetiva Processos Internos**

A perspetiva interna traduz-se em medidas que a organização realiza internamente de modo a satisfazer as expectativas dos clientes, satisfazer as expectativas dos acionistas e atingir os objetivos financeiros da organização (Kaplan e Norton 1992, 1996a, 1996c; Manica, 2009).

As empresas devem decidir quais processos e competências nos quais devem ser excelentes e especificar medidas para cada um através de processos que incluem indicadores de ciclo de tempo, qualidade, capacidades dos empregados, desenvolvimento do produto, produtividade e serviço pós-venda (Kaplan e Norton 1992, 1996a), que se espera que tenham o maior impacto sobre a estratégia (Kaplan e Norton 2004c).

O desempenho excelente advém de processos, ações e decisões que ocorrem em toda a organização começando com processos de inovação que segundo Kaplan e Norton (1996a), são vistos por muitos como o mais poderoso meio para o bom desempenho financeiro.

As abordagens tradicionais limitam-se a monitorizar e melhorar os processos existentes. No BSC são incorporados os processos de inovação que visam a criação de valor a longo prazo, bem como os processos relativos ao ciclo operacional, de curto prazo identificando as necessidades atuais e futuras e desenvolvendo novas soluções aos clientes alvo e segmentos de mercado (Kaplan e Norton 1996c).

Na tabela 4, Kaplan e Norton (2000a, 2001a, 2004a) referem as atividades organizacionais essenciais como, propostas de valor diferenciadas aos clientes, melhoria da produtividade e os objetivos financeiros, são alcançadas através de quatro processos:

**Tabela 4:** Quatro processos essenciais para alcançar os objetivos estratégicos

1 -	Inovar com novos produtos e serviços para conquistar novos clientes e segmentos de mercado.
2 -	Aumentar o valor aos clientes, aprofundando relações com estes.
3 -	Alcançar a excelência operacional, através da melhoria da gestão da cadeia logística, custo, qualidade, ciclo de tempo, utilização de ativos e capacidade de gestão.
4 -	Responsabilidade social e cidadania estabelecendo relações eficazes com os <i>stakeholders</i> externos.

Fonte: Kaplan e Norton (2000a, 2001a)

Para Kaplan e Norton (2004a), o sucesso na realização dos processos internos críticos advém da mudança no capital organizacional, sendo necessário a introdução de alterações nos comportamentos e políticas, a partir de quatro dimensões (Tabela 5):

**Tabela 5:** Quatro dimensões que induzem mudanças no capital organizacional

1 -	Cultura	Promover a consciencialização e interiorização da missão, visão e valores essenciais necessários para executar a estratégia
2 -	Liderança	Desenvolver líderes em todos os níveis, que podem mobilizar a organização em direção a sua estratégia
3 -	Alinhamento	Alinhar as metas e incentivos com a estratégia em todos os níveis da organização
4 -	Trabalho em equipa	Conhecimento e competências dos recursos humanos que têm potencial estratégico e são partilhados (partilhar boas práticas).

Fonte: Kaplan e Norton, (2004a)

Conforme Mooraj et al (1999), a Perspetiva dos Processos Internos é particularmente eficaz durante o período de mudança, uma vez que concentra a atividade nos processos críticos necessários para implementar a mudança de forma eficiente.

## 2.6. Perspetiva de Aprendizagem e Crescimento

Kaplan e Norton (1996c) afirmam que a perspetiva de aprendizagem e crescimento assenta em três fontes principais: pessoas, sistemas e procedimentos. É a dimensão que define as principais competências e habilidades, tecnologias, valores e cultura necessários para suportar a estratégia da organização e onde são estabelecidas as prioridades para construir um ambiente organizacional que suporte a inovação, o crescimento e a mudança (Kaplan e Norton 1992, 1996a, 1996c, 2000a, 2001a, 2004b, 2004c).

As organizações devem investir na requalificação dos funcionários, desenvolver as TIC, e alinhar procedimentos e rotinas organizacionais, de forma a resolver as lacunas entre as capacidades necessárias e as existentes (Kaplan e Norton 1992, 1996a, 1996c, 2000a, 2001a, 2004b, 2004c; Mooraj et al, 1999).

Kaplan e Norton (1992, 1996c) alegam que a intensa competição global exige que as empresas progridam de forma contínua, o que requer alinhar os seus recursos humanos e tecnologias de informação com as necessidades estratégicas, visando alcançar os objetivos de crescimento financeiro a longo prazo (Kaplan e Norton 1992, 1996a, 1996c, 2000a, 2001a, 2004b, 2004c). As medidas da perspetiva de aprendizagem e crescimento servem de indutores e articulam-se com as outras perspetivas do BSC (Kaplan e Norton 2004b).

Kaplan e Norton (2004c) e Niven (2005), na Tabela 6, descrevem os ativos intangíveis e o seu papel na estratégia para apoiar a criação de valor dos processos internos:

**Tabela 6:** Influência dos ativos intangíveis nos processos internos

Capital Humano (Potencial dos colaboradores)	As capacidades, talento e conhecimento que os colaboradores da organização possuem. Requalificar os colaboradores direcionando a sua mentalidade e criatividade para o alcance dos objetivos organizacionais.
Capital de Informação (Desempenho dos SI)	Base de dados, sistemas de informação, redes e infraestrutura tecnológica. Programas que eliminem o desperdício através da melhoria dos processos, de forma contínua, TQM, reengenharia e novos processos de SI.
Capital Organizacional (Motivação, alinhamento e empowerment)	Cultura, liderança, alinhamento dos colaboradores com os objetivos estratégicos, e capacidade de partilhar conhecimento. Gerar um ambiente que proporcione aos colaboradores motivação, capacidade de iniciativa e alinhamento com os interesses e valores da organização.

Fonte: Adaptada de Kaplan e Norton (1996a, 2004b, 2004c) e Niven (2005)

## 2.7. O Mapa Estratégico (ME)

Os mapas estratégicos formam a base para um sistema de gestão representado através de uma arquitetura lógica e abrangente dos objetivos críticos da empresa e das relações causa-efeito através das quais uma organização converte as suas iniciativas e recursos, incluindo os ativos intangíveis (cultura organizacional e saberes dos colaboradores) em resultados tangíveis, através das quatro perspetivas inter-relacionadas. A perspetiva financeira descreve os resultados tangíveis em indicadores financeiros tradicionais, como o ROI, valor para o acionista, rentabilidade, crescimento da receita e custos unitários mais baixos. A perspetiva do cliente define a proposição de valor que a organização pretende usar para gerar vendas e fidelizar clientes. A perspetiva dos processos internos identifica os processos críticos que oferecem propostas diferenciadas ao cliente e a perspetiva de aprendizagem e crescimento, que identifica os ativos

intangíveis que são os mais importantes para a estratégia, necessários para apoiar os processos internos que geram valor. Esses ativos intangíveis devem ser integrados e alinhados com os processos internos críticos (Kaplan e Norton 1996c, 2000a, 2001a, 2004b, 2004c). Atkinson (2006), refere o detalhe e a especificidade do mapa estratégico que torna claro e perceptível o entendimento e coordenação em toda a organização.

Para Kaplan e Norton (2001a), no ME constam as medidas essenciais e as suas ligações que definem a estratégia de uma organização (Tabela 7):

**Tabela 7:** Medidas e ligações que definem a estratégia de uma organização

- Os Objetivos para o crescimento e produtividade para aumentar o valor do acionista.
- A participação na quota de mercado, aquisição e retenção de clientes-alvo, onde o crescimento rentável irá ocorrer.
- Propostas de valor que proporcione negócios de maior margem com a empresa.
- Inovação e excelência em produtos, serviços e processos que oferecem proposta de valor para os clientes, promover melhorias operacionais e atender às expectativas da comunidade (Responsabilidade Social).
- Os investimentos necessários em pessoas e tecnologia para gerar e sustentar o crescimento.

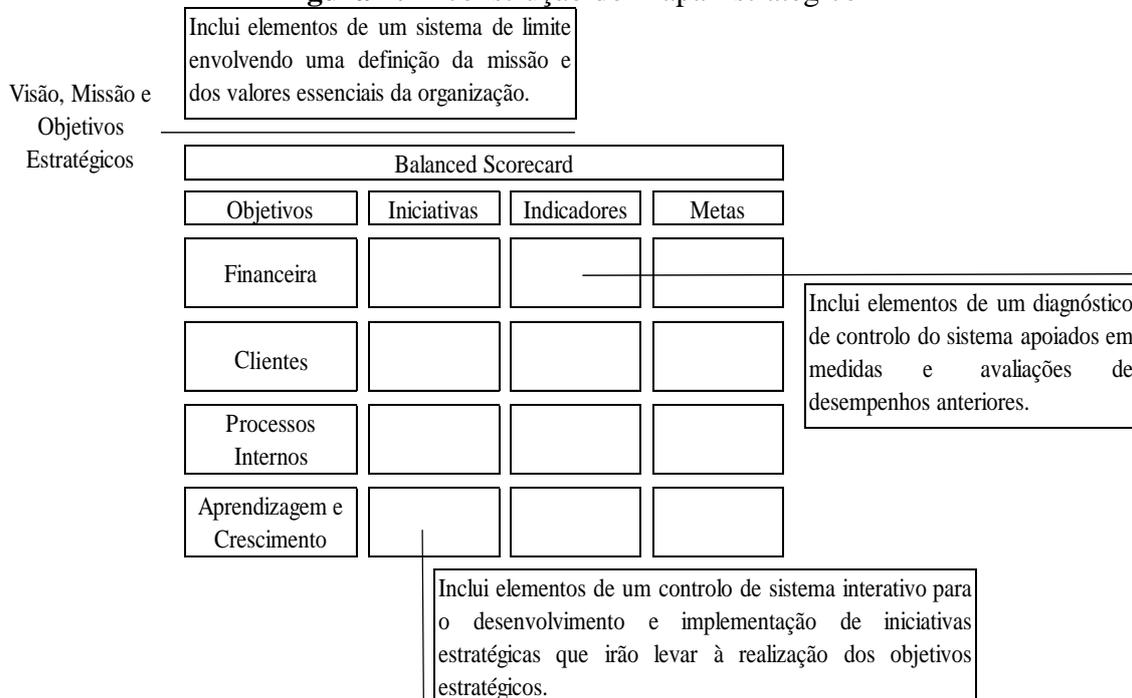
Fonte: Kaplan e Norton (2001a)

O ME é construído do topo para a base, começando com o destino e posteriormente definindo as rotas de caminho ao topo. A estratégia deve definir a lógica de como chegar a esse destino e ajudar uma organização a implementar as suas iniciativas de crescimento de forma rápida eficaz e observar as suas estratégias de uma forma coesa, integrada e sistemática, expondo lacunas nas estratégias. O processo de avaliação contínua possibilita ao gestor tomar medidas corretivas antecipadas conforme necessário. As relações causa e efeito torna os ME explícitos e testáveis, fazendo com que todos na organização o entendam claramente, levando ao alinhamento todos os recursos e unidades organizacionais Kaplan e Norton (2000a, 2004b e 2004c), conforme a **Figura 5**, em anexo.

Cada empresa personaliza o ME para o seu conjunto específico de objetivos estratégicos. Normalmente são definidas entre 20 a 30 medidas, tendo suscitado críticas que apontam o excesso de 25 medidas diferentes complicado para serem absorvidas pela organização e seus colaboradores. Todavia Kaplan e Norton (2004c) defendem que as empresas podem formular e comunicar suas estratégias com um sistema integrado de cerca de duas a três dezenas de medidas desde que o ME seja bem construído e que identifique as relações de causa e efeito entre as variáveis críticas. Quando o BSC é visto como uma estrutura de medidas alinhadas para uma única estratégia, o número de medidas implementadas torna-se irrelevante (Kaplan e Norton 1996c, 2000b, 2001a, 2004b, 2004c).

Caldeira (2009) aponta os vetores estratégicos como grandes linhas orientadoras que representam o caminho a seguir pela organização o que leva a organização a ter sempre presente as grandes apostas a médio longo prazo.

**Figura 2: A construção do Mapa Estratégico**



Fonte: Adaptado de Mooraj et al, (1999). Tradução própria.

Segundo Kaplan e Norton (2004b), a construção do ME (Figura 2) assenta em 5 princípios (Tabela 8):

**Tabela 8: Construção do Mapa Estratégico**

1 - A estratégia como equilíbrio entre forças contraditórias

Equilibrar e articular o objetivo financeiro a curto prazo para a redução de custos e melhorias de produtividade com o objetivo a longo prazo para o crescimento da receita.

2 - A estratégia assente numa proposta diferenciada de valor ao cliente

Articulação entre clientes e a proposição de valor necessário para atrair e reter clientes, considerando a sua satisfação a fonte de criação de valor sustentável o que a torna a dimensão mais importante da estratégia.

3 - O valor é gerado através de processos de negócios internos

As organizações devem concentrar-se nos processos internos críticos que oferecem propostas de valor diferenciada, melhorando a produtividade e manter a organização habilitada a operar. Os autores classificam os processos internos em quatro grupos: gestão de operações, gestão de clientes, inovação e responsabilidade social.

4 - A estratégia consiste num conjunto de temas simultâneos e complementares

Incorporar um ponto estratégico em cada grupo dos processos internos de negócio, o que pode trazer benefícios em fases específicas e distintas, permitindo à organização perceber o momento em que estes ocorrem, acrescentando valor ao acionista.

5 - O alinhamento estratégico determina o valor dos ativos intangíveis

A quarta perspetiva descreve os ativos intangíveis da organização e seu papel na estratégia, sendo estes classificados em três categorias: o capital humano, Capital informação e capital organizacional.

Fonte: Kaplan e Norton (2004b)

## **2.8. As relações causa-efeito (RCE)**

O ME construído adequadamente indica o percurso da estratégia da organização representada por um conjunto RCE, estrutura em torno da qual um mapa estratégico é desenvolvido estabelecendo um vetor vertical através das 4 perspetivas. O ME promove a comunicação dentro da organização e constitui um sistema de *feedback* estratégico capaz de testar, validar e modificar as RCE incorporadas na estratégia. A chave para a implementação da estratégia é que cada um na organização compreenda claramente as hipóteses subjacentes, de modo a alinhar todas as unidades organizacionais, avaliando-as continuamente, e através da análise dos resultados adaptar-se conforme necessário (Ahn, 2001; Kaplan e Norton 1996b, 1996c, 2000a, 2004c; Mooraj et al 1999, Norreklit 2000, 2003).

Ahn (2001), através de um estudo na empresa ABB, refere que relações causa-efeito são utilizadas para explicar a forma como os colaboradores podem contribuir para a realização das metas estabelecidas, pelo que a ligação com a implementação da estratégia deve ser clara.

Conforme Caudle (2008), as relações causa-efeito tornam a estratégia explícita para os funcionários de uma organização e a outros *stakeholders* e ilustra uma estrutura de rápida compreensão no que respeita à alocação e alavancagem de recursos e capacidades. As melhorias nos ativos intangíveis afetam os resultados financeiros através das RCE porque permitem que as medições em áreas não financeiras sejam utilizadas no futuro para prever o desempenho financeiro (Ahn, 2001; Kaplan e Norton 1996b, 1996c, 2000a, 2004c; Mooraj et al 1999, Norreklit 2000, 2003).

## **2.9. Os indicadores do BSC**

O BSC contém um conjunto de métricas de desempenho, os considerados indicadores de resultado (*lagging*) outros considerados indicadores de ação (*leading*) (Epstein e Manzoni, 1998). Para Norreklit (2000), Um bom BSC deve ter um mix de indicadores (resultado e ação) em cada área estratégica, produzindo duas cadeias de causa e efeito direcionais: aplicando-se horizontalmente dentro dos domínios e na vertical entre as áreas.

O BSC possibilita a introdução quatro novos processo de gestão que, isoladamente e em combinação, contribuem para ligar os objetivos estratégicos de longo prazo com ações de curto prazo, fornecendo as etapas necessárias para alcançar o sucesso financeiro futuro, em que o resultado provem dos indicadores não financeiros. Todavia o cumprimento de metas financeiras de curto prazo não deve constituir um desempenho

satisfatório quando as medidas que indicam que a estratégia de longo prazo não estão a ser devidamente aplicadas (Kaplan e Norton, 1996c; Malina e Selto, 2001).

Segundo Kaplan e Norton (1996c), os gestores que utilizam o BSC não devem confiar em medidas financeiras de curto prazo como os únicos indicadores do desempenho, os indicadores de resultado informam o quão bem a estratégia da organização trabalhou no período passado, mas fornecem pouca orientação acerca do caminho para o futuro, porque conforme Epstein e Manzoni (1998) registram o efeito das decisões não quando estas são tomadas, mas quando o impacto financeiro dessas decisões se concretiza, o que pode originar um desfasamento de tempo após a tomada de decisão.

Os ativos intangíveis são a base da estratégia de cada organização. A inclusão dos indicadores de ação ou indutores no BSC permitem aos gestores identificar os fatores operacionais, tais como investimentos estratégicos, pesquisa de mercado, produtos e serviços inovadores, trabalhadores qualificados, e sistemas de informação avançados, indispensáveis para alcançar as metas financeiras desejadas. A escolha errada dos indicadores podem conduzir ao desperdício dos investimentos. Os indicadores devem estar sujeitos a uma revisão e interação intensiva entre a gestão de topo e gestão intermédia, permitindo avaliar estratégias com base em novas informações sobre os concorrentes, clientes, mercados, tecnologias e fornecedores. (Kaplan e Norton 1996a, 1996b, 1996c, 2001a, 2004a)

Através do conjunto equilibrado de medidas financeiras e não financeiras ligadas aos objetivos estratégicos, é possível evitar conflitos e incentivar os gestores a agir no melhor interesse da organização. A medição deve concentrar-se nas áreas onde os gestores têm influência sobre o desempenho (Mooraj et al, 1999; Otley, 1999; Roest, 1997).

Pink, G., McKillop, I., Scrhaa, E., Preyra, C., Montgomery, C. e Baker, G. (2001), na Tabela 9, adotam três critérios para a escolha de indicadores:

**Tabela 9:** Critérios para a escolha de indicadores

Cientificamente sólidos	Cada indicador deve ser fiável e válido.
Relevantes	Cada indicador deve ser considerado útil para os gestores e prestadores de serviços.
Viáveis, exequíveis	Cada indicador deve descrever atividades ou eventos que ocorreram com frequência suficiente para justificar comparações com sentido.

Fonte: Pink et al (2001)

Segundo Epstein e Manzoni (1998), o BSC reforça os meios tradicionais de comunicação, traduzindo a estratégia através de indicadores apropriados, em quadros de desempenho para unidades de nível inferior, em cascata, formando um conjunto alocado

de sistemas de gestão que informa as ações e fornece feedback aos colaboradores levando ao alcance das metas (Kaplan e Norton, 2008).

O BSC forma um sistema flexível e ajuda a definir o número de indicadores e o peso relativo que deve ser estabelecido para cada um deles, podendo as organizações adequar o peso relativo de cada perspetiva ao número de perspetivas, consoante o ramo de atividade em que a organização opera (Bourguignon, A., Malleret, V. e Norreklit, H., 2004; Ittner e Larcker, 1998). Inamdar et al (2002) definiram o peso de cada perspetiva através do estudo de nove Instituições de Saúde: financeira 23%; clientes 33%; processos internos 27%; aprendizagem e crescimento 17%.

Na tabela 10, sugere-se indicadores de resultado e ação para uma organização de saúde.

**Tabela 10:** Indicadores de resultado e ação nas quatro perspetivas, segundo os autores

P	Objetivos Estratégicos	Indicadores			
		Indicadores Resultado (Lag)	Autores	Indicadores Ação (Lead)	Autores
UTENTES	Melhorar a qualidade e transparência na prestação dos CS	Taxa de reinternamento (reincidência)	Chow et al, (1998); Gurd e Gao (2008); Grigoroudis et al, (2012)	Nº de iniciativas de melhores práticas	Gurd e Gao, (2008)
		Percentagem de pacientes que abandonam os cuidados de saúde	Santiago (1999)	Índice de perceção pelo utente da qualidade dos cuidados de saúde	Peters et al, (2007)
		Infecções hospitalares	Coop, (2006); Gurd e Gao (2008)	Cobertura favorável da imprensa (Artigos favoráveis) Satisfação instalações	Chow et al, (1998); Gurd e Gao (2008) Lovaglio, (2010)
		Resultados inquéritos	Guimarães et al, (2010)		
	Promover a intervenção dos utentes e da comunidade			Reclamações (sugestões)	Chow et al, (1998); Grigoroudis et al, (2012); Guimarães et al, (2010); Inamdar et al, (2002)
		% de reclamações resolvidas em 30 dias	Coop, (2006); Northcott e Taulapapa, (2012)	Percentagem de pacientes que recomendaria o hospital	Gurd e Gao, (2008); Kaplan e Norton, (2001a)
		N.º médicos na comunidade	Chow et al, (1998)	Acessibilidade	Gurd e Gao (2008)
		Tempo de espera para a primeira marcação	Inamdar et al, (2002)	Proporção de programas atuais que já consultou população-alvo na avaliação das necessidades	Weir et al, (2009)
				Foco no Utente	Groene et al, (2008)
	Melhorar a oferta de CSP	% disponibilidade de planeamento familiar	Peters et al, (2007)	Satisfação pacientes (Utentes / Clientes / Comunidade)	Chang et al, (2008); Chen et al, (2006); Chow et al, (1998); Chu et al, (2009); Coop, (2006); El-jardali et al, (2011); Grigoroudis et al, (2012); Gurd e Gao, (2008); Inamdar et al, (2002); Kaplan e Norton, (2001a); Lovaglio, (2010); Melonies, (2000); Northcott e Taulapapa, (2012); Peters et al, (2007); Santiago, (1999)
		Tx gravidez na adolescência	Weir et al, (2009)		
		% visitas a pacientes desfavorecidos	Chang et al, (2008)		
		N.º novos contratos com médicos	Chow et al, (1998)		
		Tx mortalidade infantil (TMI)	El-jardali et al, (2011)		
	Melhorar CS secundários	N.º camas por 1000 hab.	Grigoroudis et al, (2012)	Satisfação informação clínica prestada	Lovaglio, (2010)
	Melhorar CS terciários	N.º novos contratos com médicos	Chow et al, (1998)	Medidas de saúde relacionadas com a qualidade de vida	Santiago, (1999)
	Cumprir metas orçamentais	Adequação do orçamento	Chow et al, (1998)		
		Liquidez corrente	Greiling, (2010); Guimarães et al, (2011); Gurd e Gao (2008)		
		Custos operacionais	Brikmann et al, (2003)		
		Margem operacional	Coop (2006); Gurd e Gao, (2008); Northcott e Taulapapa, (2012)		
Excedente das receitas sobre as despesas (margem de lucro)		El-jardali et al, (2011); Santiago, (1999); Greiling, (2010)			
Autonomia financeira		Guimarães et al, (2010)			

FINANCEIRA				
Melhorar prazo pagamentos FSE	Racio endividamento	Coop, (2006); Grigoroudis et al, (2012); Northcott e Taulapapa, (2012)		
Reduzir despesa MCDT	% custos dos Cuidados de Saúde no total dos custos	Lovaglio, (2010)		
	Custos por doente internado por dia	Kaplan e Norton, (2001a)		
Reduzir despesa Medicamentos	Custos e despesas da farmácia (medicamento)	Chu et al, (2009); Gurd e Gao, (2008)		
Reduzir custos RH	Despesas com pessoal	Chen et al. (2006); Gurd e Gao, (2008)		
Utilização racional de recursos (gestão partilhada)	Custo do paciente por dia	Chow et al, (1998), Gurd e Gao, (2008)		
	Custo por caso	Chow et al, (1998); Gurd e Gao, (2008)		
	Tx utilização de recursos	Coop, (2006); Gurd e Gao (2008); Northcott e Taulapapa, (2012)	Eficiência e eficácia do equipamento	Chow et al, (1998)
	Custo resíduos hospitalares P/ ton	Guimarães et al, (2011)	Eliminação de resíduos hospitalares apropriada	Peters et al, (2007)
Aumentar e melhorar a atividade dos cuidados prestados (TMRG)	Demora média (DM)	Brikmann et al. (2003); Coop, (2006); Grigoroudis et al, (2012); Groene et al, (2008); Inamdar et al. (2002); Gurd e Gao, (2008); Kaplan e Norton, (2001a); Melonies, (2000); Northcott e Taulapapa, (2012)	Índice de qualidade na prestação de cuidados de saúde	Kaplan e Norton, (2001a)
	Tempo de permanência	Chen et al. (2006); El-jardali et al, (2011); Lovaglio, (2010); Melonies, (2000); Santiago, (1999)		
	Tx ocupação (TO)	Chen et al, (2006); Grigoroudis et al, (2012); Gurd e Gao, (2008)	Índice reclamação visitas ao paciente	Chu et al, (2009)
	Tx de infeção	El-jardali et al, (2011); Gurd e Gao, (2008); Kaplan e Norton, (2001a)		
	Tx mortalidade hospitalar (TMH)	El-jardali et al, (2011); Lovaglio, (2010); Walker e Dunn, (2006)		
	Doentes admitidos	El-jardali et al, (2011); Kaplan e Norton, (2001a); Melonies, (2000)		
	N.º doentes saídos	Kaplan e Norton (2001a)		
	Tempo gasto com o paciente	Peters et al, (2007)	Grau em que a equipa clínica é atenciosa	Chow et al, (1998)
	Tempos de espera	Brikmann et al, (2003); Gurd e Gao, (2008)		
Melhorar a cooperação e o trabalho em rede com as unidades	% histórico paciente e realização de exames	Peters et al, (2007)		
	Tx de recusa	Inamdar et al, (2002)		
	Erros médicos	El-jardali et al, (2011)		
	N.º atividades conjuntas	Chow et al, (1998)	Alianças estratégicas	Gurd e Gao, (2008)
	Tx de reinternamento (readmissão)	El-jardali et al, (2011); Groene et al, (2008); Gurd e Gao, (2008); Inamdar et al, (2002); Kaplan e Norton, (2001a); Melonies, (2000); Santiago, (1999)	Satisfação dos parceiros de cooperação	Greiling, (2010)
	N.º pedidos de atos de enfermagem	Nobre e Haquet, (2011)		
	% doentes tranferidos outros hosp.	El-jardali et al, (2011); Grigoroudis et al, (2012); Lovaglio, (2010)		
Privilegiar cuidados ambulatórios médicos e cirurgicos	Tempo de espera em regime de ambulatório	Chen et al, (2006)		
	% admitidos cirurgia ambulatória	Coop, (2006); Northcott e Taulapapa, (2012)		
	N.º Pacientes em ambulatório por ano e por médico	Chen et al, (2006)		
	Demora lista cirurgica	Walker e Dunn, (2006)		
	% cirurgias repetidas	El-jardali et al, (2011)		
	% cirurgias sem complicações no total cirurgias	Lovaglio, (2010)		
Melhorar eficiência e eficácia Serviços de Urgência e Emergência	Tempo demora urgências	Chow et al, (1998); Coop, (2006); El-jardali et al, (2011); Northcott e Taulapapa, (2012)		
	Tempo resposta emergências	Chow et al, (1998)		
	% doentes internados vindos da urg. em menos 4h	Chang et al, (2008)		
Desenvolver SI (ferramentas monitorização)	Nº de médicos que utilização on-line os sistemas de informação da clínica e do hospital	Gurd e Gao, (2008)	Qualidade SI	Guimarães et al, (2011)
	Tx de erro de codificação clínica e hospitalar	Gurd e Gao, (2008)		
	% orç. alocado a software e hardware	Chow et al, (1998)	Grau uso tecnologia	Chow et al, (1998)
Melhorar a contratualização interna (Autonomia e responsabilidade Serviços e RH)	Tx absentismo	El-jardali et al, (2011); Groene et al, (2008); Guimarães et al, (2011); Gurd e Gao, (2008)	Desempenho na contratação	Coop, (2006); Northcott e Taulapapa, (2012)

APRENDIZAGEM E CRESCIMENTO	Promover a investigação clínica (I&D)	N.º projetos de investigação	Chang et al. (2008)	% médicos que participam em conferências	Grigoroudis et al. (2012)
		Despesa com investigação médica	Chen et al. (2006)		
		% orçamento dedicado inovação	Guimarães et al. (2011)		
		N.º total de investigações de surtos por ano	Weir et al. (2009)		
		N.º Artigos Científicos publicados	Chang et al. (2008)		
	N.º total Apresentação de conferências	Weir et al. (2009)			
	Desenvolver capacidades RH	N.º formações (horas)	Grigoroudis et al. (2012); Guimarães et al. (2011); Gurd e Gao, (2008); Lovaglio, (2010); Nobre e Haquet, (2011)	% formações ao pessoal no último ano	Peters et al. (2007)
		Inquérito de satisfação dos colaboradores	Inamdar et al. (2002)	Rotatividade dos colaboradores	Chen et al. (2006); Coop, (2006); El-jardali et al. (2011); Gurd e Gao, (2008); Northcott e Taulapapa, (2012)
				Melhoria contínua	Guimarães et al. (2011)
	Motivar RH	N.º sugestões colaboradores	Guimarães et al. (2011)	Taxa satisfação colaboradores	Chen et al. (2006); Chow et al. (1998); El-jardali et al. (2011); Greiling, (2010); Grigoroudis et al. (2012); Kaplan e Norton, (2001a); Melonies, (2000); Peters et al. (2007); Santiago, (1999); Smith e Kim, (2005)
		Horas de formação contínua não alcançadas	Chu et al. (2009)	Tx retenção pessoal	Grigoroudis et al. (2012); Gurd e Gao, (2008)
		Horas excessivas de trabalho	Groene et al. (2008)	Consciencialização e implementação do plano de incentivos	Kaplan e Norton, (2001a)
		N.º de instituições em actividades conjuntas	Gurd e Gao, (2008)		
		N.º projetos com outras organizações	Grigoroudis et al. (2012)		
		Tx atestado doença	Coop, (2006); Northcott e Taulapapa, (2012)		
		Acidentes de trabalho	Coop, (2006); El-jardali et al. (2011); Groene et al. (2008); Gurd e Gao, (2008)		
	Melhorar contratualização RH	N.º novos contratos médicos	Chow et al. (1998)	Percentagem de pessoal necessário por unidade	Santiago, (1999)
		N.º novos contratos por período	Chow et al. (1998)	Percentagem de pessoal qualificado para tarefas específicas	Santiago, (1999)
	Desenvolver Tecnologia	Redes de computadores e de formação	Gurd e Gao, (2008)	Idade dos equipamentos	Inamdar et al. (2002)
		Recursos alocados a IT	Grigoroudis et al. (2012)	Disponibilidade e utilização do banco de dados estratégicos	Gurd e Gao, (2008); Kaplan e Norton, (2001a); Melonies, (2000)
Orçamento usado em novas tecnologias		Grigoroudis et al. (2012)			
% incidentes com equip. médicos		El-jardali et al. (2011)			

Fonte: Elaboração própria, adaptado Kaplan e Norton (1996c); Contratualização HH-ULS-2016 e restantes autores.

## 2.10. Metas, Tolerância, Excelência e Iniciativas no BSC

As metas quantificam o nível de desempenho que leva ao alcance do objetivo estratégico, referindo o nível de desempenho necessário ao cumprimento da estratégia e devem estar adaptadas a cada objetivo estratégico com base em estimativas realistas e com o tempo necessário para produzir benefícios (Kaplan e Norton, 2009, p. 123, 127). Para Caldeira (2009), as metas devem estar ajustadas à realidade e aos recursos disponíveis da organização, sujeitas a alterações durante o seu percurso, não devendo ser demasiadamente ambiciosas para que os colaboradores possam alcançar o nível proposto. A tolerância indica a margem aceitável de desvio do resultado relativamente à meta, funcionando como um aviso aquando o incumprimento do objetivo. A tolerância é calculada em função do valor da meta, não existindo segundo o autor, valores obrigatórios de referência, a excelência aparece quando a meta é ultrapassada num determinado valor, podendo se apresentar como no seguinte exemplo (Tabela 11):

**Tabela 11:** Exemplo de cálculo de tolerância e excelência com um indicador da saúde

Objetivo	Diminuir utentes em lista de espera
Iniciativa	Reinstalar e requalificar a Unidade de Ambulatório
Indicador	N.º utentes em lista de espera para Ambulatório
Meta	2000 utentes
Tolerância	Até 2100 (+ 5% em função da meta)
Excelência	De 2000 até 1900 (- 5% em função da meta)

Fonte: Adaptado de Caldeira, (2009)

Para Kaplan e Norton (2009, pg. 143), as iniciativas estratégicas são a força, o impulso que move a organização vencendo a inercia e a resistência à mudança, constituídas por conjuntos de projetos que ajudam a atingir os objetivos propostos. A Liderança pode alinhar as mudanças e iniciativas estratégicas com a alocação de recursos de curto e longo prazo (Caudle, 2008).

### **2.11. Aspetos e evolução do sistema de gestão estratégico**

O BSC coloca a estratégia e a visão no centro (Kaplan e Norton, 1992; Butler, A., Letza S. e Neale B. 1997). Para Otley (1999), o BSC foi concebido para estar no centro dos mecanismos de controlo das organizações, formando um sistema de gestão em que o principal desafio é elaborar um conjunto de medidas explicitamente ligadas à sua estratégia. Esta arte é a condição essencial para que a estratégia seja amplamente compreendida e aceite dentro da organização, especialmente entre os responsáveis pela elaboração do próprio BSC (Letza, 1996).

Segundo Lipe e Salterio (2000), a gestão de topo deve traduzir a missão em objetivos específicos e em seguida, desenvolver uma estratégia que irá utilizar os pontos fortes para fazer cumprir os objetivos. A estratégia é comunicada em cascata a todos os níveis hierárquicos da organização, devendo ser facilmente percebida e envolver todos os colaboradores, o que segundo Collis e Ruskstad (2008) é a essência do desenvolvimento da estratégia, que só está enraizada quando as ações e capacidades de todos dentro da organização são guiados pelos mesmos princípios. Mooraj et al (1999) referem que o BSC cria uma ligação à parte operacional auxiliando a gestão a comunicar melhor a estratégia, estabelece prioridades e motiva as equipas para o alcance de objetivos comuns e de longo prazo.

A estratégia deve ser especificada a partir da perspetiva financeira e dos clientes como perspetivas externas, e as perspetivas dos processos internos e aprendizagem e crescimento como perspetivas internas (Ahn, 2001). Para Otley (1999), existe uma necessidade das organizações concentrarem-se no contexto externo em detrimento das atividades internas, referindo que a análise da concorrência é importante, no entanto

mais central ainda é o valor que uma organização entrega aos seus clientes. Muitas organizações saem da linha de execução estratégica porque os seus sistemas de medição focam-se maioritariamente em metas financeiras, ignorando os facilitadores da implementação da estratégia (Niven, 2005).

Kaplan e Norton (1996b) introduzem quatro novos processos de gestão que separadamente e em combinação contribuem para ligar os objetivos estratégicos de longo prazo com as ações de curto prazo, conforme a **Figura 6**, em anexo. Na Tabela 12 são descritas as fases do processo estratégico:

**Tabela 12:** Quatro processos de gestão estratégica

**Tradução da visão**

Processo que permite aos gestores a construção de consensos em torno da visão e da estratégia da organização a longo prazo, desde a gestão de topo ao desenvolvimento das ações ao nível operacional, através um conjunto integrado de medidas e objetivos, definidos pela gestão de topo, que faça sentido e envolva todos os colaboradores no alcance da visão.

**Comunicação e alinhamento estratégico**

Processo que permite aos gestores comunicar e articular a estratégia a todos os níveis da organização estabelecendo a ligação entre a estratégia e os objetivos departamentais e individuais. O BSC assegura aos gestores que todos os níveis da organização estão alinhados com a estratégia a longo prazo. Para alinhar o desempenho individual com a estratégia global, são precisas três atividades: Educação e comunicação; Definir objetivos e Estabelecer recompensas.

**Planeamento**

A elaboração do BSC força as organizações a integrar o seu plano estratégico e o orçamento, garantindo que o orçamento suporta as suas estratégias, afetando os recursos físicos e financeiros à estratégia global. Os objetivos são definidos nas quatro perspetivas e estabelecidas metas para cada uma, de seguida são selecionadas as iniciativas e ações que vão conduzir às metas.

**Feedback e Aprendizagem**

O BSC fornece três elementos essenciais à aprendizagem da estratégia: 1) Através da articulação da visão, o BSC comunica de uma forma global ligando os esforços individuais aos objetivos de cada unidade, resultando em termos operacionais naquilo que a organização, como equipa ambiciosa alcançar; 2) Fornece um sistema de *feedback* estratégico visto através de um conjunto de hipóteses que resulta das relações causa-efeito. 3) Através do BSC é possível proceder à revisão da estratégia que é essencial para a aprendizagem. A especificação das relações causa-efeito entre vetores de desempenho e os objetivos, permite à organização e aos gestores das unidades efetuar revisões periódicas, avaliando a validade e a forma como a estratégia está a ser executada.

Fonte: Kaplan e Norton, (1996b)

Mais tarde, Kaplan e Norton (2001b) referem os princípios de uma organização focada na estratégia, conforme a **Figura 7**, em anexo, pelo que propõem o processo estratégico através de cinco princípios para uma organização focada na estratégia (Tabela 13):

**Tabela 13:** Cinco princípios de gestão estratégica

**1 Traduzir a estratégia da organização em termos operacionais**

As organizações traduzem a sua estratégia através da estrutura lógica de um mapa estratégico e do BSC, relevando detalhadamente os elementos críticos para as suas estratégias de crescimento, o que gera uma referência comum e compreensível a todos os colaboradores e unidades na organização.

**2 Alinhar a organização à estratégia**

As estratégias individuais devem estar ligadas e integradas para um desempenho organizacional único e não o conjunto da soma das várias estratégias, definindo as ligações entre as unidades e criando sinergias que garantam que estas ocorrem, alinhando as funções dos colaboradores e serviços partilhados, como os recursos humanos, sistemas de informação, logística, cultura e finanças.

### 3 Fazer da estratégia um trabalho diário de todos

O terceiro princípio exige que todos os colaboradores entendam a estratégia e conduzam as suas ações diariamente de forma a contribuir para o sucesso dessa estratégia que deve ser comunicada do topo. Os gestores devem fazer esforços concertados para capacitar os colaboradores em todos os níveis da organização acerca dos componentes estratégicos fundamentais (clientes, segmentos de mercado, margens de contribuição, *Marketing*, base de dados, etc.). O sistema de compensações através do BSC aumenta o interesse dos colaboradores nas ações estratégicas sentindo-se motivados e integrados e aprofundando o seu conhecimento e informação acerca das medidas do BSC, tornando a estratégia um trabalho diário que envolve todos.

### 4 Fazer da estratégia um processo contínuo

As empresas que adotam o BSC introduzem um novo “processo de duplo circuito” utilizando 3 processos importantes: 1) As organizações ligam a estratégia ao processo orçamental, usam o BSC como uma ferramenta para avaliar potenciais investimentos e iniciativas. 2) Para tornar a estratégia um processo contínuo é introduzido uma reunião de gestão para rever estratégia criando também um sistema de *feedback* aberto em que os resultados estejam disponíveis para todos dentro da organização. 3) Um processo de aprendizagem e adaptação da evolução da estratégia. O mapa estratégico torna as hipóteses estratégicas explícitas através das relações causa-efeito.

### 5 Mobilizar a mudança através da liderança

A participação da gestão de topo é a condição mais importante para o sucesso. A Estratégia necessita de mudanças a todos os níveis organizacionais, o que requer trabalho de equipa para as coordenar e um acompanhamento constante sobre as iniciativas e resultados, necessitando a organização de líderes com energia, procurando evoluir no sentido de incorporar novos valores e uma nova cultura organizacional.

Fonte: Kaplan e Norton, (2001b)

Kaplan e Norton (2008), através do artigo “*Mastering the Management System*”, salientam que as falhas no sistema de gestão de uma empresa, não advêm da falta de capacidade ou esforço dos gestores, o problema reside no sistema de gestão, ou seja, no conjunto integrado de processos e ferramentas que uma organização usa para desenvolver a sua estratégia sabendo traduzi-la em ações operacionais e executando de forma contínua a monitorização e melhoria da eficácia de ambos. Com a criação de um sistema de gestão em ciclo fechado (Figura 3), as empresas podem evitar tais deficiências. Os autores definem o circuito composto por cinco fases (Tabela 14):

**Tabela 14:** Cinco etapas do ciclo estratégico

#### Fase 1 – Desenvolver a estratégia

O ciclo de gestão tem início com a articulação da estratégia da empresa através de uma reunião na qual a equipa de gestão pretende melhorar progressivamente uma estratégia existente ou, nalgumas situações, introduzir um sistema totalmente novo. No final é realizado um resumo onde consta as conclusões efetuadas às análises internas e externas através da análise *SWOT*.

#### Fase 2 - Tradução da estratégia

Traduzida em objetivos e medidas que devem ser claramente comunicado a todas as unidades e colaboradores, o que é feito através de mapas estratégicos e BSC`s. Seguidamente são selecionados e autorizados os recursos necessários para elaborar um portfólio de iniciativas estratégicas destinadas a ajudar a alcançar os objetivos estratégicos.

#### Fase 3 – Plano Operacional

A organização desenvolve um plano operacional que define as ações para alcançar os seus objetivos estratégicos. Esta fase começa com a definição de prioridades para projetos de melhoria de processos, um plano detalhado de vendas, um plano de capacidade de recursos e orçamentos operacionais e de capital.

**Fase 4 – Monitorizar e Aprender**

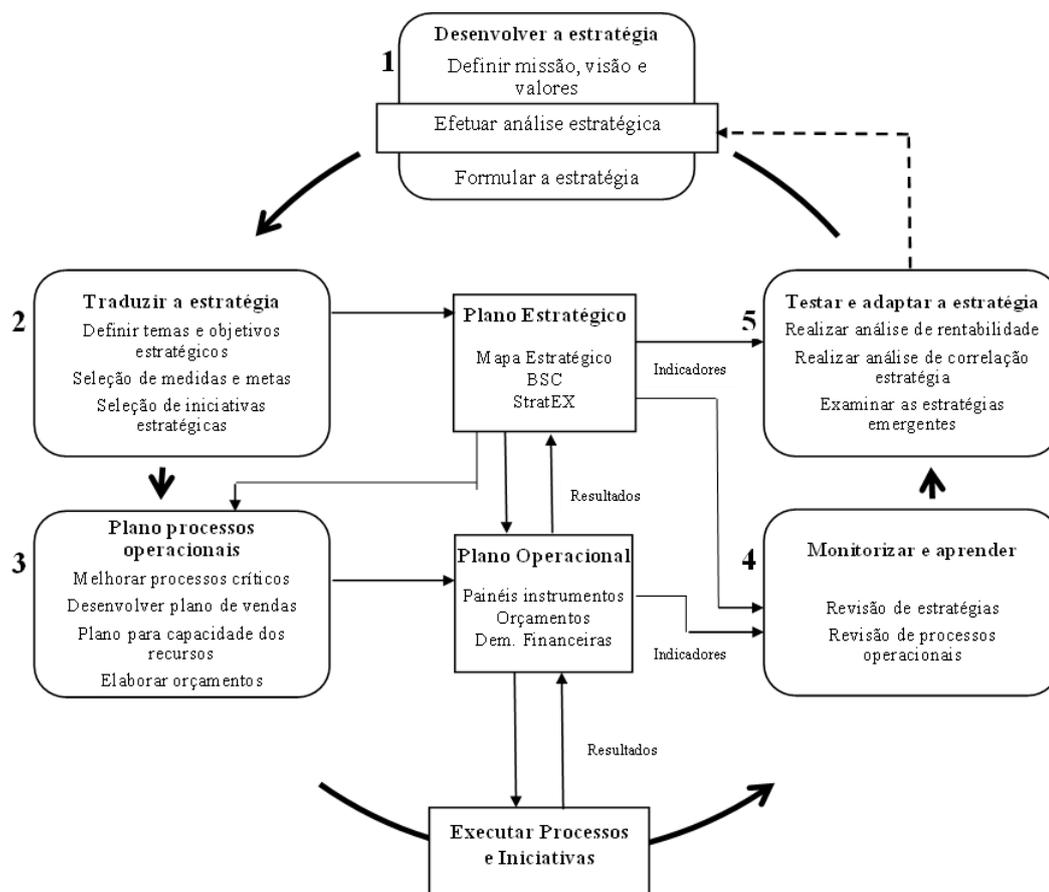
As empresas devem realizar três tipos de reuniões para acompanhar e aprender com seus resultados: Reuniões para revisão dos processos operacionais; Reuniões para a revisão da estratégia e Reuniões para testar e adaptar a estratégia.

**Fase 5 – Testar e adaptar a estratégia**

Com o decorrer do tempo os gestores percebem que alguns dos pressupostos subjacentes à sua estratégia apresentam falhas ou estão obsoletos, o que os leva a reexaminar rigorosamente sua estratégia e adaptá-la, decidindo se as melhorias incrementais são suficientes ou é necessário uma nova estratégia. Este processo fecha o circuito do sistema de gestão. O processo de teste e adaptação da estratégia requer atenção sobre a análise e reporte financeiro, análise estatística e estratégias emergentes.

Fonte: Kaplan e Norton, (2008)

**Figura 3: Sistema de gestão em ciclo fechado**



Fonte: Kaplan e Norton (2008)

**2.12. Gabinete de Gestão da Estratégia (GGE)**

Segundo Kaplan e Norton (2005, 2009), o GGE tem como função ajudar a integrar e coordenar as atividades de todas as funções e unidades com a finalidade de alinhar a estratégia com a parte operacional, fazendo com que os planos de desenvolvimento de competências dos trabalhadores e os seus objetivos e incentivos pessoais estejam alinhados com os objetivos estratégicos. O GGE torna-se no centro ideal para disseminar novas ideias através da organização. Os autores apontam as suas principais funções conforme descrito na Tabela 15:

**Tabela 15: Funções do Gabinete de Gestão Estratégica**

Criar e gerir o BSC

O GGE é o recurso central, que serve de apoio e ligação no desenvolvimento de projetos do BSC a todas as unidades. Garante que todas as alterações feitas na reunião anual de planeamento são traduzidas no Mapa Estratégico e no BSC.

Alinhar a organização

O alinhamento cria foco e uma coordenação sólida. O GGE ajuda toda a organização a ter uma visão consistente da estratégia e a gerir sistematicamente o alinhamento organizacional. Promove sinergias que percorrem todos os níveis da organização, assegurando que as estratégias de cada unidade e de apoio individual legam-se entre eles e à estratégia global.

Revisão da estratégia

Normalmente, por via de uma reunião mensal com os gestores de topo. Este encontro oferece a oportunidade de avaliar o desempenho e fazer ajustes com a estratégia e a sua execução. Administrar essa reunião é uma das funções essenciais do GGE, para determinar planos de ação e assegurar que estes serão realizados.

Desenvolver a estratégia

Os autores recomendam que a formulação da estratégia seja da responsabilidade do GGE, juntamente com o Gabinete de Planeamento, preparando um conjunto de análises de mercado, da concorrência e promovendo a reunião anual da estratégia.

Comunicar a estratégia

O GGE deve assumir a liderança na elaboração de comunicações estratégicas pelo CEO. Uma comunicação eficaz com os colaboradores sobre metas e iniciativas é essencial para verificar se os colaboradores estão alinhados com a estratégia. Para tal, deve existir uma cooperação com a Gestão de Recursos Humanos.

Gerir iniciativas estratégicas

O GGE identifica iniciativas como por exemplo, um programa de TQM, ou a implementação de um SI visando alcançar os objetivos estratégicos, devendo ser reportadas e avaliadas de forma contínua. A triagem, seleção e gestão de iniciativas estratégicas conduzem à mudança e à obtenção de resultados.

Integrar as prioridades estratégicas com outras funções de apoio

O GGE deve desempenhar um papel consultivo e integrador com os respetivos departamentos funcionais para a implementação da estratégia de sucesso: Planeamento, Serviços Financeiros, GRH, TIC e I&D.

Fonte: Kaplan e Norton (2005, 2009)

### 3. O BSC no setor público

#### 3.1. O BSC no setor público empresarial

Uma distinção clara entre BSC do setor público e privado resulta na colocação da missão no topo. O foco é sobre os clientes e servir as suas necessidades com a finalidade de cumprir a missão (Kaplan e Norton 2001a, Niven 2003). (**Figura 8**, em anexo).

As Organizações Públicas (OP) apresentam uma estratégia operacional centrada na melhoria dos processos e atividades críticas, que levam ao cumprimento da missão de forma eficiente e a um custo menor. Nas OP o foco é sobre os clientes, e servir as suas necessidades (Niven, 2003).

Segundo Kaplan e Norton (2001a), as OP estão sujeitas à regulação de agências do Estado. Os verdadeiros clientes são os cidadãos em geral, que beneficiam de uma aplicação eficaz e correta da contratualização destas com o Estado. Os autores definem três perspetivas para as OP que permitem que os objetivos sejam alcançados, definidos na Tabela 16:

**Tabela 16:** Três meios para alcance dos objetivos nas Organizações Públicas

Custo incorrido:	Esta perspetiva enfatiza a importância da eficiência operacional. As OP devem minimizar os custos diretos e sociais necessários para atingir os benefícios exigidos pela sua missão.
Valor Criado:	Esta perspetiva identifica os benefícios desenvolvidos pelas OP aos cidadãos sendo a mais problemática e difícil de medir.
Apoio legítimo:	A fim de assegurar a continuidade para as suas atividades, a organização deve atender ao cumprimento das metas orçamentais procurando manter a fonte de financiamento.

Fonte: Kaplan e Norton, (2001a)

Conforme Niven (2003), nenhuma organização pode operar com sucesso e atender aos requisitos dos clientes sem recursos financeiros, sendo que a chave para o sucesso do BSC depende de uma atuação financeiramente responsável. Para Pinto (2009), o BSC é o fio condutor do processo orçamental, dando-lhe clareza, consistência e objetividade na comunicação.

Northcott e Taulapapa (2012) sugerem que a falta de uma orientação estratégica percebida dentro das organizações do sector público pode ser uma barreira para a adoção BSC. Segundo Dreveton (2013), a nova gestão pública adotou os valores tradicionais que caracterizam as organizações privadas a fim de desenvolver a eficiência e eficácia na prestação de serviços públicos. Freire e Repullo (2011) analisaram a complexidade da gestão serviços públicos na saúde (Tabela 17):

**Tabela 17:** Complexidade dos serviços públicos de saúde

É um serviço prestado na esfera pública

A gestão pública tem características específicas devido a operar através de um quadro jurídico e político legitimado pelo processo político democrático, centrado no cumprimento de regras e procedimentos, em vez de se focar na eficiência e eficácia.

A natureza profissional da Medicina

A atividade profissional médica goza de autonomia dentro da hierarquia que por vezes gera conflitos com a gestão administrativa e outras classes profissionais não clínicas. No entanto, é fundamental para a eficiência e qualidade dos serviços os valores, princípios e compromissos do profissionalismo médico.

Contexto político e institucional

Contexto institucional e social específico do setor público de cada país, a sua cultura e as suas práticas políticas, administrativas e de gestão através da forma como se estendem aos serviços públicos de saúde em todas as suas dimensões.

Fonte: Elaboração própria adaptado de Freire e Repullo, (2011)

Relativamente ao setor público empresarial, conforme o *Decreto-Lei n.º 133/2013*, as EP são organizações empresariais, nas quais o Estado ou outras entidades públicas exercem uma influência dominante abrangendo os mais diversos sectores de atividade, “estando obrigadas a cumprir a missão e os objetivos que lhes tenham sido fixados, elaborar planos de atividades e orçamento adequados aos recursos e fontes de financiamento disponíveis” (*Artigo 43 do Decreto-Lei n.º 133/2013*).

O Estado define e aprova um conjunto de medidas que visam o equilíbrio económico e financeiro, regendo-se as EP pelo princípio da transparência financeira estando sujeitas

às regras gerais da concorrência, nacionais e de direito da União Europeia. As EP devem apresentar propostas que garantam a satisfação dos utentes e a orientação para a “valorização do indivíduo, para o fortalecimento da motivação e para o estímulo do aumento da produtividade, tratando com respeito e integridade os seus trabalhadores e contribuindo ativamente para a sua valorização profissional” (Artigo 50 do Decreto-Lei n.º 133/2013).

### **3.2. O BSC nas Unidades de Saúde**

Para El-Jardali F., Saleh, S. e Jamal, D. (2011), o sucesso da implementação do BSC depende de orientações, monitorização e avaliação eficazes. Curtright, (2000), defende que é essencial a criação de um sistema de medição de desempenho para melhorar a gama de competências organizacionais, incluindo: A qualidade Clínica, a agilidade organizacional, o foco organizacional em indicadores críticos e a informação precisa. Conforme Shutt (2003), o BSC combina os aspetos financeiros e a melhoria da qualidade com a visão. Kollberg e Elg (2011) sugerem que o BSC pode ser visto como uma ferramenta de gestão da qualidade.

Aidemark e Funck (2009) mencionam três características distintas do BSC na saúde: A descentralização, o interesse de gestão e a flexibilidade na conceção e utilização. O BSC torna diferentes interesses organizacionais visíveis e iguais relativamente aos interesses de políticos, administradores e profissionais da área médica (Funck, 2007).

Chen et al (2006) apontam que a utilização do BSC em diferentes países (regiões) pode revelar fatores de saúde que contribuem para incentivar o desenvolvimento de políticas de saúde pertinentes e ajudar o governo regional a avaliar ações estratégicas, promovendo uma análise comparativa (*benchmarking*), entre as organizações de saúde Nuti, S., Seghieri, C. e Vainieri M. (2013).

Segundo Wu e Kuo (2012), a aplicação de tecnologias de informação é um importante meio para o aumentar a satisfação do cliente. Os hospitais podem dispor de dados clínicos a partir de entidades reguladoras e demais prestadores de saúde, ajudando a melhorar o estado de saúde da comunidade, pelo que Olden e Smith (2008) sugerem a integração clínica de dados.

Para Gurd e Gao (2008), a satisfação do utente deve ser um indicador global utilizado na perspetiva do cliente ou na perspetiva dos processos internos. As necessidades do utente devem ocupar o centro do BSC e vêm em primeiro lugar (Curtright, 2000).

A gestão conjunta de várias dimensões de prestação de cuidados de saúde, como a sua produção, financiamento e avaliação de desempenho, potencia um alinhamento estratégico e operacional (Santana e Costa, 2008).

Na Tabela 18, encontra-se descrito os benefícios e desafios para a implementação do BSC nas organizações de saúde, assim como os temas em que estes se enquadram segundo os referidos autores. Pretende-se ainda abordar uma perspetiva de evolução temporal.

**Tabela 18:** Benefícios e desafios na implementação do BSC nas organizações de saúde

<b>Autores e Temas</b>	<b>Benefícios</b>
<b>Estrutura</b>	
Inamdar e Kaplan, (2002)	Estabelece princípios e processos essenciais para a implementação da estratégia
Inamdar e Kaplan, (2002)	Seleciona os recursos indicados e melhora o acesso aos cuidados de saúde
Moullin et al, (2007)	Uma estrutura flexível, adaptável às necessidades da organização
<b>Medição</b>	
Smith e Kim, (2005)	Atinge um equilíbrio entre as medidas de desempenho no passado e para o futuro.
Chen et al, (2006)	Através dos indicadores compara e analisa o desempenho de uma forma abrangente
Aidemark e Funck, (2009)	Cria uma cultura de medição
<b>Alinhamento</b>	
Inamdar e Kaplan, (2002)	Alinha a organização em torno de uma estratégia
Smith e Kim, (2005)	Alinha atividades departamentais e de cada funcionário com os objetivos estratégicos
Walker e Dunn, (2006)	Facilita, monitoriza, e avalia a implementação da estratégia global
Moullin et al, (2007)	Alto grau de envolvimento de todos os stakeholders
Koumpouros, (2013)	Os funcionários percebem como a sua ação contribui para o plano estratégico
<b>Gestão eficaz</b>	
Curtright, (2000)	Ferramenta de Integração Clínica
Peters et al, (2007)	Preenche uma lacuna importante na gestão dos serviços de saúde
Peters et al, (2007)	Aumenta a transparência no sector da saúde
Koumpouros, (2013)	Instrumento de gestão eficaz
Northcott e Taulapapa, (2012)	Apoio forte à gestão
<b>Comunicação</b>	
Inamdar e Kaplan, (2002)	Fornecer um mecanismo de comunicação
Walker e Dunn, (2006)	Fornecer um mecanismo de comunicação e colaboração
Kollberg e Elg, (2011)	Fornecer a base para um diálogo entre profissões e dentro de equipas
Koumpouros, (2013)	Comunica de forma eficaz e melhora a visibilidade.
<b>Feedback</b>	
Inamdar e Kaplan, (2002)	Fornecer feedback contínuo
Walker e Dunn, (2006)	Fornecer feedback contínuo
Koumpouros, (2013)	Permite avaliar o progresso e efetuar correções
<b>Sucesso</b>	
Chow et al, (1998)	Vários exemplos bem sucedidos nas organizações
Zelman et al, (2003)	Tem sido adotado por uma ampla gama de organizações de saúde
<b>Visão</b>	
Chow et al, (1998)	Conceitualmente atraente e consistente e vê as organizações de uma forma holística
Kollberg e Elg, (2011)	Oferece às pessoas uma imagem unificada da organização
<b>Integração</b>	
Santiago, (1999)	Fornecer uma ferramenta eficaz entre a administração e a parte clínica
Funck, (2007)	Gera consenso entre interesses organizacionais (político, administrativo e médico)
Kollberg e Elg, (2011)	Estabelece relação entre a dimensão clínica e económica
Lupi et al, (2011)	Ferramenta de medição multi-dimensional serve interesses médicos e administrativos
<b>Qualidade</b>	
Santiago, (1999)	Facilita a todos os <i>stakeholders</i> informações sobre a qualidade da prestação do serviço
Shutt, (2003)	Incorpora a melhoria de qualidade de forma contínua em toda a organização
Aidemark e Funck, (2009)	Uma ferramenta para melhoria da qualidade
Kollberg e Elg, (2011)	Uma ferramenta de gestão da qualidade
<b>Comparabilidade</b>	
Zelman et al, (2003)	Permite a comparação de muitas organizações de saúde ( <i>benchmarking</i> )
Rodgers e England, (2011)	Mérito na investigação internacional e comparação ( <i>benchmarking</i> )
Nuti et al, (2013)	Permite uma análise comparativa construtiva ( <i>benchmarking</i> )

<b>Autores e Temas</b>	<b>Desafios</b>
<b>Implementação</b>	
Inamdar e Kaplan, (2002) Northcott e Taulapapa, (2012)	Obter a aprovação e recursos necessários para implementar o BSC Processo de decisão de pré-implementação
<b>Compromisso gestão de topo</b>	
Chan e Ho, (2000) Curtright, (2000) Voelker et al, (2001) Inamdar e Kaplan, (2002) Smith e Kim, (2005) Funck, (2007) Chang et al, (2008) Olden e Smith, (2008) Aidemark e Funck, (2009) Weir et al, (2009) Kollberg e Elg, (2011) Dyball et al, (2011) Rodgers e England, (2011)	Falta de conhecimento e compromisso pela gestão de topo Um compromisso sustentado pela alta administração Apoio e compromisso de toda a equipa de gestão de topo Obter tempo e compromisso pela gestão de topo Envolvimento pela gestão de topo Processo e conceção deve ter lugar no topo da organização Participação de membros da administração Envolvimento pela gestão de topo Envolvimento pela gestão de topo Envolvimento pela gestão de topo Envolvimento pela gestão de topo Compromisso pela gestão de topo Responsabilidade e envolvimento pela gestão de topo Envolvimento pela gestão de topo
<b>Complexidade</b>	
Chow et al, (1998) Zelman et al, (2003) Walker e Dunn, (2006) Walker e Dunn, (2006) Moullin et al, (2007) Santana e Costa, (2008) Kollberg e Elg, (2011) Lupi et al, (2011) Nobre e Haquet, (2011)	Traduzir conceitos gerais em ações concretas Adaptar o conceito para a realidade dos cuidados de saúde Ter em conta as características únicas de cuidados de saúde Alinhar o hospital em torno de uma estratégia centrada no utente Garantir que a estratégia, processos, medidas e serviços estão alinhados Gestão conjunta de várias dimensões de prestação de cuidados de saúde Diversos <i>stakeholders</i> , com diferentes funções e visões sobre os cuidados de saúde Operar em ambiente complexo - demonstrar eficiência e eficácia na prestação ao cliente Complexidade do funcionamento organizacional do hospital
<b>Orçamento</b>	
Chang et al, (2008) Santana e Costa, (2008) Northcott e Taulapapa, (2012)	Orçamentos estratégicos - equilibrar curto prazo e longo prazo Constrangimentos orçamentais - melhorar reafectação de recursos Financiar adequadamente as iniciativas BSC
<b>Medição</b>	
Curtright, (2000) Zelman et al, (2003) Smith e Kim, (2005) Coop, (2006) Moullin et al, (2007) Olden e Smith, (2008) Chu et al, (2009) Weir et al, (2009) Lupi et al, (2011) Rodgers e England, (2011) Northcott e Taulapapa, (2012)	Sistema de medição de desempenho, com indicadores significativos. Indicadores relacionados com a missão, serviços, programas e ambiente operacional Equilíbrio com indicadores de ação que sinalizam os resultados futuros Indicadores claros e transparentes sobre as atividades de um serviço Medidas de desempenho adequados para cada objetivo (transparência e fiabilidade) Incluir medidas de saúde da comunidade – indicadores de resultado e de ação Atribuir pesos adequados a cada medida Envolver gestores e funcionários do <i>frontoffice</i> no desenvolvimento de indicadores Indicadores e atribuição de pesos adequados, evitando sob ou sobre estimativa Sistema eficaz de indicadores equilibrados Identificar um número razoável de indicadores apropriados
<b>Comunicação</b>	
Inamdar e Kaplan, (2002) Northcott e France, (2005) Smith e Kim, (2005) Kollberg e Elg, (2011) Dyball et al, (2011)	Melhorar o <i>feedback</i> e processos de aprendizagem BSC necessita ser mais perceptível e visto como uma ferramenta útil Articular e comunicar a estratégia entre funcionários e gerentes Disseminar informações para as pessoas, tanto dentro como fora da organização Funcionários devem entender o BSC como uma ferramenta útil
<b>Descentralização</b>	
Inamdar e Kaplan, (2002) Smith e Kim, (2005) Coop, (2006) Chang et al, (2008) Aidemark e Funck, (2009) Kollberg e Elg, (2011)	Desenvolver BSC's departamentais alinhados com o BSC a nível organizacional. Deve ser implementado em toda a organização Envolver os funcionários Implementação BSC a nível departamental Descentralizar e flexibilizar o processo de BSC Compreensão, envolvimento e apoio dos trabalhadores
<b>SI</b>	
Curtright, (2000) Voelker et al, (2001) Inamdar e Kaplan, (2002) Garcia e Pardo, (2004) Zelman et al, (2003) Killingsworth e Seeman, (2005) Robbins, (2007) Chang et al, (2008) Olden e Smith, (2008) Santana e Costa, (2008) Rodgers e England, (2011)	Implementar novos SI Novos SI desenvolvidos para capturar dados revelantes Obtenção e interpretação de dados em tempo útil, de forma rentável SI de gestão modernos Necessidade de informações válidas, abrangentes e em tempo real Implementar e desenvolver um plano de implementação de SI Desenvolvimento de SI Implementar novos SI com informações reveladas de forma precisa e oportuna Criar sistemas de recolha de dados Tecnologias de saúde e tecnologias de informação Informação adequada, qualidade de dados e de informação

Processo evolutivo	
Chow et al, (1998)	Dois anos ou mais são necessários para implementar o BSC
Curtright, (2000)	Processo evolutivo: processo contínuo e interativo
Chang et al, (2008)	Processo evolutivo
Northcott e Taulapapa, (2012)	Aprendizagem contínua e formação
Contexto	
Chow et al, (1998)	Conjunto único de circunstâncias que torna diferente cada organização
Radnor e Lovell, (2003)	Deve ser adoptado de uma maneira sensível ao contexto
Olden e Smith, (2008)	Modificar BSCs para incluir o estado de saúde da comunidade
Rodgers e England, (2011)	Fatores contextuais
Northcott e Taulapapa, (2012)	Atender a características da indústria da saúde e peculiaridades de cada país
Koumpouros, (2013)	Adaptação do modelo para corresponder ao contexto e estratégia da organização
Dualidade de interesses	
Inamdar e Kaplan, (2002)	Colaboração entre as diferentes classes profissionais e suas funções
Robbins, (2007)	Desenvolver confiança entre a administração e clínicos
Dyball et al, (2011)	Articular a gestão com os interesses profissão médica
Nobre e Haquet, (2011)	Cooperação e coordenação para gerir interesses médicos e económicos
Comparabilidade	
El- Jardali et al, (2011)	Estimular a melhoria da qualidade através da medição e <i>benchmarking</i>
Northcott e Taulapapa, (2012)	Aprender com outras implementações do BSC e <i>benchmarking</i> das melhores práticas
Responsabilidade pública	
Zelman et al, (2003)	Responsabilidade pública
Chang et al, (2008)	Realizar apresentações públicas de resultados
Nuti et al, (2013)	Apoiar activamente a divulgação pública de dados

Fonte: Elaboração própria segundo os autores

#### 4. Metodologia

A metodologia proposta baseia-se num estudo qualitativo, uma vez que se está a falar de uma realidade mais subjetiva, em que existe uma interação entre o investigador e a empresa alvo do estudo (Ryan, Scapens e Theobald, 2002). Para Dawson (2002), existem muitos tipos diferentes de análise de dados qualitativos, em que a sua análise é um processo muito pessoal, com poucas regras e procedimentos rígidos.

Para Nevado (2009) o Método qualitativo assenta numa orientação exploratória e explicativa, focado na compreensão, partindo do ponto de vista de um entrevistado ou de um informante. A pesquisa qualitativa pode conter alguma informação quantitativa, todavia a sua análise é qualitativa. Segundo o autor a pesquisa qualitativa deve ter três características básicas: 1) A informação é normalmente recolhida através de entrevistas e observações; 2) Recorre-se a um procedimento analítico e interpretativo, a fim de se chegar a conclusões; 3) Apresenta-se na forma de um relatório, escrito ou verbal.

Para elaboração do trabalho foi usado o método de investigação qualitativa com base na observação e na análise documental. A observação implica a presença do investigador no local de recolha, usando vários métodos. A análise documental é uma técnica de investigação qualitativa, complementando informações obtidas por outras técnicas ou pela descoberta de novas evidências sobre um tema. Trata-se de uma análise crítica interna na qual o documento é sujeito a uma análise rigorosa (Sousa e Batista, 2011).

As diferentes etapas do procedimento do estudo enquadram-se, conforme Quivy e Caupenhoudt (2005) em três fases (Tabela 19):

**Tabela 19:** Etapas do procedimento de um estudo

1 -	Rutura	englobando a pergunta de partida, a exploração e a problemática
2 -	Construção	englobando a construção do modelo a analisar
3 -	Verificação	englobando a observação, a análise da informação e as conclusões.

Fonte: Quivy e Caupenhoudt, (2005)

O presente trabalho procurou enquadrar as diferentes etapas do procedimento, tendo como ponto de partida a proposta de uma ferramenta de controlo de gestão para a ULSG: O *Balanced Scorecard*.

Seguiu-se a revisão da literatura na área do tema, enquadrando a problemática. Na fase da verificação foi efetuada uma observação direta e participante no seio da organização o que permitiu aprofundar o conhecimento sobre a mesma e obter uma visão geral e contextual.

O presente trabalho contou com a participação direta do presidente da organização, que para além de toda a documentação fornecida pertinente para o desenvolvimento do trabalho, colaborou em diversas reuniões com o propósito de credibilizar e viabilizar a proposta do BSC para a ULSG.

## 5. Proposta de BSC na ULSG

### 5.1.A Unidade Local de Saúde da Guarda (ULSG)

As ULS definem-se como entidades únicas, responsáveis pelo estado de saúde de uma determinada população, “*visando garantir uma prestação integrada de cuidados de saúde, com elevado grau de eficiência, qualidade e satisfação do utente, através da gestão dos vários níveis de prestação de cuidados (designadamente, cuidados primários, cuidados hospitalares e cuidados continuados) e da coordenação em rede de todos elementos que fazem parte integrante do mesmo*” (ERS, 2011).

A ULSG é uma EPE, criada através do *Decreto-lei 183/2008 de 4 de Setembro*, presta de cuidados de saúde primários, diferenciados e continuados à população adstrita ao Distrito da Guarda que inclui dezanove unidades de saúde – dois hospitais, treze UCSP, uma USF, duas UCC e uma USP.

“*As ULS são pessoas coletivas de direito público de natureza empresarial, dotadas de autonomia administrativa, financeira e patrimonial*” (*Decreto-Lei n.º 558/99, de 17 de Dezembro*).

Conforme o *Artigo 10 do Decreto-Lei n.º 183/2008 de 4 de Setembro*, o financiamento pelo Estado é feito através de contratos-programa celebrados com o Ministério da Saúde que estabelece os objetivos e metas qualitativas e quantitativas, o que inclui indicadores para avaliação do desempenho dos serviços e do nível de satisfação dos utentes. O

recrutamento deve assentar na adequação dos profissionais às funções a desenvolver e assegurar os princípios da igualdade de oportunidades (Artigo 12).

No anexo à referida lei, Artigo 2, do N.º 2, indica ainda que as ULS também têm por objeto desenvolver atividades de investigação, formação e ensino, devendo participar na formação de profissionais de saúde.

#### 5.1.1. Missão, Visão e Valores

A Missão, a Visão e os Valores constam no sítio da ULSG, conforme a Tabela 20:

**Tabela 20: Missão, Visão e Valores da ULSG**

Missão	Prestação da melhor qualidade de cuidados e serviços de saúde à comunidade, na prevenção, diagnóstico e tratamento das patologias humanas. Apoio e fomento da educação dos profissionais de saúde, bem como, da investigação e pesquisa nas áreas clínicas.
Visão	A ULSG pretende constituir-se como uma organização de vanguarda e de referência na prestação de cuidados de saúde, sendo reconhecida por superar as expectativas dos utentes e profissionais, mobilizar o sistema organizacional segundo os princípios da estrutura em rede, e promover a inovação e a participação na investigação.
Valores	Qualidade: Excelência dos serviços prestados à população, garantindo as melhores práticas e competências, científicas e técnicas;
	Humanismo: Respeito pela dignidade humana, procurando cuidados de saúde centrados nos doentes e nas suas necessidades, sem prejuízo dos direitos dos doentes e dos colaboradores internos;
	Integração: Oferecer uma prestação de cuidados coordenados entre todas as unidades orgânicas que acrescente
	Acessibilidade: Assegurar a todos os doentes os cuidados necessários, no tempo e lugar adequados;
	Sustentabilidade: Utilização dos recursos com eficiência, através de um posicionamento competitivo assente no médio/longo prazo.
No desenvolvimento da sua atividade, a ULS da Guarda e os seus colaboradores regem-se pelos seguintes princípios: Legalidade; Igualdade; Proporcionalidade; Colaboração e Boa-fé.	

**Fonte:** Domínio Público (<http://www.ulsguarda.min-saude.pt/>)

#### 5.1.2. Perfil Assistencial

Na **Figura 9**, em anexo, podemos verificar o Organograma da ULSG, que representa as suas relações hierárquicas, setores, unidades funcionais, cargos e a relação entre eles.

No que refere à lotação e conforme a Tabela 21, a ULSG apresenta a seguinte composição:

**Tabela 21: Lotação ULSG**

HSN	279	HNSA	25	
Berçario	16	Paliativos	27	
Total	295		52	347

**Fonte:** ULSG 2016b

No que diz respeito aos recursos humanos, na Tabela 22, observa-se a variação por classes entre Abril de 2016 e o período homólogo:

**Tabela 22:** Composição dos Recursos Humanos da ULSG

Recursos Humanos				
ULSG	Abril 2016/2015			Total 2015
	2016	2015	$\Delta\%$ 2016/2015	
Nº Médicos	355	332	6,93%	344
Nº Enfermeiros	668	624	7,05%	655
Nº de TSS, TS e Docentes	68	53	28,30%	62
Nº de TDT	131	110	19,09%	127
Nº de Assistentes Técnicos	203	190	6,84%	200
Nº de Assistentes Operacionais	549	473	16,07%	527
Nº de Informáticos	12	10	20,00%	10
Pessoal Dirigente (AH)	4	4	0,00%	4
Conselho de Administração	4	4	0,00%	4
Outro Pessoal	4	4	0,00%	4
<b>Total</b>	<b>1.998</b>	<b>1.804</b>		<b>1.937</b>
RHV	1 625	1 611	0,87%	1.622
Prestações Serviços	302	125	141,60%	248
Médicos Internos	71	68	4,41%	67
<b>Total</b>	<b>1.998</b>	<b>1.804</b>		<b>1.937</b>

Fonte: ULSG 2016c

### 5.2. Definição dos vetores estratégicos

Os vetores estratégicos foram definidos através dos objetivos e iniciativas estratégicas da ULSG, conforme se pode ver nas Tabelas 23 e 24:

**Tabela 23:** Definição dos Vetores Estratégicos

Qualidade	Aumentar a qualidade e a segurança dos serviços hospitalares, e a influência / abrangência da instituição.	V1	Através do uso das boas práticas, a utilização de moderna tecnologia e a vinculação de profissionais motivados.
Produção	Requerer e reafirmar a condição de Hospital de ensino universitário para a Guarda.	V2	Atrair profissionais, especialmente jovens especialistas médicos e outros, dispostos a participar em investigação e desenvolvimento em parceria, com instituições do ensino superior da saúde.
Redução de Custos	Assegurar a sustentabilidade financeira da Instituição.	V3	Mediante a redução de custos, com base no aumento da produtividade e diminuição do desperdício.

Fonte: Elaboração própria adaptado de ULSG 2016e

**Tabela 24:** Definição dos Vetores Estratégicos através dos Objetivos e Iniciativas

Objetivos estratégicos para o triénio 2015-2017	Iniciativas Estratégicas 2016	QUALIDADE (V1)
<p>1. Melhorar o sistema de prestação de cuidados de saúde, centrando na comunidade e em cooperação com as autarquias, o reforço dos meios relativos aos cuidados primários e aos cuidados continuados.</p> <p>2. Aumentar a qualidade e a segurança dos serviços hospitalares, através do uso das boas práticas, a utilização de moderna tecnologia e a vinculação de profissionais motivados.</p> <p>3. Requerer e reafirmar a condição de Hospital de ensino universitário para a Guarda e atrair profissionais, especialmente jovens especialistas médicos e outros, dispostos a participar em investigação e desenvolvimento em parceria, com instituições do ensino superior da saúde.</p> <p>4. Atrair e valorizar os recursos humanos (Médicos, Enfermeiros, Técnicos, Assistentes técnicos e Assistentes operacionais) propiciando a sua formação contínua e o orgulho de pertencerem à instituição.</p> <p>5. Desenvolver um serviço que assegure a participação e a comunicação com os cidadãos-utentes e família dentro de um processo permanente de melhoria.</p> <p>6. Dar continuidade à informatização dos serviços de forma a permitir gerir com mais eficácia. Plano de aquisição de software: Sistema de <i>Business Intelligence</i>; A substituição das ferramentas Alert pelo SCLinic e outras da SPMS (inclui a prescrição electrónica, logística, Farmácia; Imobilizado e SIET); e equipamento de Impressão para os dois hospitais e CS.</p> <p>7. Desenvolver e implementar uma política de maior responsabilização da gestão intermédia, ou seja, disseminar a contratualização interna por diversas unidades orgánicas.</p> <p>8. Finalizar as obras de requalificação do edifício 5 do HSM.</p> <p>9. Finalização da construção do Centro de Saúde de Figueira de Castelo Rodrigo (no mês de junho), promover a construção do CS de Vila Nova de Foz Côa e da extensão de São Romão, do CS de Seia;</p> <p>10. Assegurar a sustentabilidade financeira da Instituição</p>	<p>Reforçar e melhorar a informatização dos CS; Elaborar protocolos de cooperação com diversas autarquias; Reforçar a rede de interserviços entre os CS e Hospitais c/ dinamização de unidades coordenadoras funcionais interdisciplinares; Elaborar e monitorizar inquéritos de Qualidade.</p> <p>Elaborar e monitorizar inquéritos de Qualidade; Rentabilizar o Serviço de Imagiologia; Formar uma equipa intrahospitalar de cuidados paliativos; Adquirir diverso equipamento (Anestesia; Otorrino; Gastro; Pneumo); Certificar a UCA.</p> <p>Continuar a política de atração de profissionais de saúde e outros técnicos; Estabelecer protocolos de cooperação no âmbito do Polo de Saúde da Beira Interior; Concretizar protocolos com o CHUC (Pediatría; Ortopedia; VIA Verde AVC's); Melhorar e dinamizar os protocolos com IPG, IIEP e outras escolas profissionais.</p> <p>Realizar Formação nas áreas de:Saúde (70); Proteção do Ambiente (26); Ciências Sociais e do Comportamento (9); Informática (10); Serviço de Segurança (2) = Total de 912 horas.</p> <p>Ligar aos CS de informação relativa à LPCC; Alargar o âmbito das aulas de preparação para o parto; Desenvolver a articulação de cuidados (primários e hospitalares) noutras áreas de enfermagem; Formar novas UCC; Implementar o “enfermeiro de família” nas UCSP.</p> <p>Consolidar o registo de assiduidade através da biometria; Concluir a implementação da gestão de horários em todos os grupos profissionais (plataforma informática); Implementar os Sistemas de Informação: (Serviços de Reengenharia de Processos e Serviços (Qualidade), Sistema de Gestão Documental e <i>Workflow</i>; Aquisição de Solução de Prescrição Electrónica, Renovação dos Ativos de Rede, Sistema Clínico de Gestão do Processo Anestésico, Central telefónica para invisuais, <i>Business Intelligence - BI</i>, <i>Storage</i> novo para <i>Data Center</i> - chassis e discos num total de 20 TB.</p> <p>Implementar outros Departamentos previstos no RI; Atribuir e formar Centros de responsabilidade (Contratualização Interna); Desenvolver um sistema de Gestão de Qualidade com vista à certificação da ULSG.</p> <p>Reinstalar e requalificar a UCA; Requalificar a Sala de Oncologia; Reinstalar e Requalificar o Serviço de Psicologia Clínica; Requalificar o espaço relativo ao Departamento da “Saúde da Mulher e da Criança”; Elaborar o projeto de requalificação do Pavilhão Rainha D. Amélia (Centro de Investigação); Planear a requalificação do Edifício Sede ULS.</p> <p>Concluir as obras de S. Romão ( Março); Planear a construção do CS VN Foz Côa; Requalificar o CS de Seia.</p> <p>Diminuir o RLE negativo; Melhorar a Gestão Logística e reforçar o combate ao desperdício; Limitar 3 a 5 fornecedores por pedido; Informatização completa da GRH progressivamente às necessidades da ULSG</p>	
		REDUÇÃO DE CUSTOS (V3)

Fonte: Elaboração própria adaptado de ULSG (2016e e 2016g)

Definidos os Vetores estratégicos, foram selecionados os objetivos e iniciativas para o BSC da ULSG, conforme a Tabela 25:

**Tabela 25: Objetivos e Iniciativas para o BSC da ULSG**

P	Objectivos	Iniciativas		
Utentes	Melhorar a rede de prestação de cuidados de saúde	O1	Reforço da rede de interserviços	I1
	Diminuir Utentes em Lista de Espera	O2	Reinstalar e requalificar a UCA e adquirir equipamento de anestesia	I2
	Aumentar protocolos com outras organizações	O3	Planeamento, execução e controlo das parcerias	I3
	Melhorar a qualidade dos SS	O4	Contratar profissionais de saúde e outros técnicos e melhorar a informatização dos CS	I4
	Aumentar o numero de consultas externas	O5	Gerir mais eficientemente os recursos e procedimentos	I5
	Gerir eficientemente a taxa de ocupação	O6	Gerir mais eficientemente os recursos e procedimentos	I6
	Melhorar cuidados de saúde terciários (CCI)	O7	Formar novas UCC	I7
	Aumentar a eficiencia dos serviços hospitalares (internamento)	O8	Implementar outros Departamentos previstos no RI (Gestão de Altas)	I8
	Melhorar a assistência à comunidade (proximidade)	O9	Reforçar a rede de interserviços entre os CSP, CSH, CCI e CSD, com dinamização de unidades coordenadoras funcionais interdisciplinares (1)	I9
Financeira	Melhorar o Resultado anual (RLE)	O10	Diminuir o RLE negativo	I10
	Melhorar o Resultado anual (EBITDA)	O11	Diminuir o EBITDA negativo	I11
	Cumprir metas orçamentais de consumos, MCDT e medicamentos	O12	Melhor Gestão Logística / Combate ao desperdício	I12
	Cumprir metas orçamentais de FSE	O13	Selecionar 3 a 5 fornecedores por pedido mínimo	I13
	Cumprir metas Orçamentais de Pessoal	O14	Informatização completa da Gestão de RH vs. Necessidades	I14
Processos Internos	Diminuição do risco clínico e não clínico	O15	Implementar SI: Reengenharia Processos e Serviços (Qualidade)	I15
	Maior eficiência GRH	O16	Informatizar registo de assiduidade e pontualidade	I16
	Desenvolver política de maior responsabilização da gestão intermédia (GI)	O17	Desenvolvimento do sistema de Gestão de Qualidade com vista à certificação da ULSG	I17
	Finalização de construções/obras e certificação de Unidades	O18	Intensificar acompanhamento e controlo - relatórios	I18
	Implementação dos Sistemas de Informação	O19	Intensificar acompanhamento e controlo - relatórios	I19
	Melhorar relação contratualização e avaliação de desempenho com os Serviços e Unidades Funcionais (GI)	O20	Atribuir e formar Centros de responsabilidade (GI - Contratualização Interna)	I20
	Melhoria de qualidade	O21	Garantir as boas práticas de execução - Informatização e relatórios de controlo	I21
Apr. e Crescimento	Aumentar nº de profissionais	O22	Atrair profissionais de saúde e outros técnicos	I22
	Valorizar RH	O23	Qualificar profissionais	I23
	Promoção da motivação e melhores práticas na GRH	O24	Elaborar e monitorizar inquéritos de Qualidade.	I24
	Melhorar a I&D	O25	Melhorar e dinamizar os protocolos com IPG, IEPF e outras escolas profissionais	I25
	Promover e Gerir a Mudança	O26	Envolver os colaboradores nas iniciativas globais e na integração efectiva de cuidados de saúde	I26

Fonte: Elaboração própria

### 5.3. Perspetivas do BSC

A avaliação do desempenho foi escolhida da forma apresentada na Tabela 26:

**Tabela 26: Avaliação do desempenho**

Objetivos não alcançados	Objetivos alcançados	Esperativas superadas
95% <	95% a 105%	> 105%
Nota: 1	Nota: 2	Nota: 3

Fonte: Elaboração própria

<sup>1</sup> Descrito na Tabela 35, em anexo

Os pesos atribuídos a cada indicador, para todas as perspetivas, foram definidos em colaboração com o Presidente da ULSG (Entrevista Presidente CA da ULSG).

### 5.3.1. Perspetiva Utente (PU)

**Tabela 27:** Perspetiva dos Utentes

P	Obj.	Inic.	Medidas/ Indicadores	Meta	Realizado	Desvio	Peso	Avaliação	Referência / Meta
PU	O1	I1	Rácio habitantes / Médico	1 480			4%		ULSG 2016d - slide 7. ULSG 2016f - Pg 1
	O2	I2	N.º utentes em Lista de Espera Ambulatória e cirurgia	2 000			4%		ULSG 2016d - Slide 11
	O3	I3	Nº de protocolos adicionais	3			2%		
	O4	I4	Demora média global (DM)	9,5			4%		ULSG 2016d - Slide 11
	O5	I5	Total consultas externas	135 000			5%		ULSG 2016d - Slide 11
	O6	I6	Taxa de ocupação (TO)	85%			4%		ULSG 2016d - Slide 11
	O7	I7	N.º assistências ao domicílio	2 600			5%		ULSG 2016f - Pg 2
	O8	I8	Taxa de reinternamento (TR)	8,5%			4%		Entrevista Presidente CA da ULSG
	O9	I9	N.º utentes sem médico de família	8 000			2%		ULSG 2016f - Pg 2

Fonte: Elaboração própria

A PU é representada no topo do BSC, onde se encontra espelhado a criação de valor ao utente e à comunidade. De acordo com o estudo sobre o desempenho das ULS (2011), pela ERS, na génese das ULS esteve o propósito de criar uma melhor integração dos serviços de saúde através da interligação entre centros de saúde, hospitais e outras entidades responsáveis pela saúde regional ou local. A integração dos cuidados tem sido evidenciada pela realização de MCDT, pela internalização da realização dos mesmos, aproveitando a respetiva capacidade instalada.

Como referem Santana e Costa (2008), a integração de cuidados de saúde constitui cada vez mais um tema central, induzido pelo seu potencial e onde predomina a centralização no utente, o que conduz à obtenção de uma prestação com melhor qualidade assistencial e simultaneamente promotora de eficiência técnica e económica. Os autores defendem como fundamental a promoção do bem-estar e a focalização no utente, com orientação nas necessidades dos consumidores e nas suas doenças do que nos prestadores. Realçam ainda que, o efeito substituição entre o internamento e o ambulatório programado dá evidências de uma melhor qualidade assistencial e um incremento da eficiência técnica e económica.

A centralização no utente é também referida pelo Presidente da organização à comunicação social, onde podemos ler no sítio da Beira.pt, em 9 de Abril de 2015: “...mobilizar o sistema organizacional segundo os princípios da estrutura em rede, dos centros de saúde com os hospitais e estes com a UBI, a fim de oferecer serviços de excelência assistencial, através de um foco integral no cidadão-utente”.

Igualmente no Jornal da Guarda online, a 24 de Abril de 2015: “...a fim de oferecer serviços de excelência assistencial, através de um foco integral no cidadão-utente”.

Para a prestação direta de cuidados de saúde, conforme informação na Tabela 22, em Abril de 2016, a ULSG dispõe de mais 23 médicos e 44 enfermeiros, relativamente ao período homólogo. Todavia verifica-se, que dos 23 médicos, apenas 3 passaram a internos sendo os restantes através de contratos de prestação de serviços, nas diversas especialidades. O rácio médico por habitantes em 2015 era de 1 533. Com a contratação de novos médicos pretende-se atingir a meta de 1.480 (ULSG 2016d). As principais ações concluídas relacionadas com a PU em 2015, resumem-se na Tabela 28:

**Tabela 28:** Ações concluídas em 2015 relativamente à PU

Comunidade

Certificação pela UNICEF de Hospital “Amigo dos Bebés”; Criada equipa de profissionais de relações públicas no Serviço de Urgência (08:00/24:00h); Implementação do “Departamento da Saúde da Mulher e da Criança”; Cooperação e cedência de um espaço físico à LPCC.

Articulação entre dos CSH e os CSP

Contratação de especialidades médicas; Ligados todos os CSP por vídeo-conferência; Criadas as condições para a telemedicina; Implementado (experiência piloto) do “Enfermeiro de Família” no CS de Gouveia; Implementação/articulação dos CSH – CSP em aulas de preparação para o parto (Gouveia e Seia).

Plano setorial

Continuidade parceria com a UBI, relativamente ao ensino de medicina; Participação na criação de Centro de Investigação Médico em parceria com a UBI, CHCB, ULSCB e o CHTV.

Investimentos

Investimento em equipamento foi de 2,3 ME.

Fonte: Elaboração própria adaptada de ULSG 2016g

### 5.3.2. Perspetiva Financeira (PF)

**Tabela 29:** Perspetiva Financeira

P	Obj.	Inic.	Medidas/ Indicadores	Meta	Realizado	Desvio	Peso	Avaliação	Referência / Meta
PF	O10	I10	Resultado líquido do exercício (RLE)	-8 933 418,00			5%		ULSG 2016e - Slide 15
	O11	I11	EBITDA	-5 626 658,00			5%		ULSG 2016e - Slide 15
	O12	I12	Consumos, MCDT e medicamentos	35 798 823,00			4%		ULSG 2016e - Slide 14
	O13	I13	FSE	27 356 356,00			4%		ULSG 2016e - Slide 14
	O14	I14	Custos com pessoal	50 868 082,00			4%		ULSG 2016e - Slide 14

Fonte: Elaboração própria

Para presente ano o limite máximo a contratualizar é de 82.426.303 € (ACSS, 2016). A ULSG tem um financiamento *per capita*, no valor de 560,17€ (Entrevista Presidente CA da ULSG). Este valor é ajustado às populações através de um índice assente nas suas características, que evidencie as diferenças entre entidades geográficas de oferta e procura de cuidados de saúde (ERS, 2011). Este tipo de financiamento prioriza a ação ao nível das fases primárias de doença, onde são privilegiadas as atividades relacionadas com a promoção da saúde e prevenção da doença (Santana e Costa, 2008).

No que respeita à PF, é necessário considerar o tipo de atividade desenvolvida pela organização, na qual a missão e os objetivos estratégicos estão centrados na criação de valor para o utente. Deste modo o peso dos objetivos nesta perspetiva enquadra-se nessa realidade.

Para alcançar o objetivo estratégico da sustentabilidade económico-financeira da organização foram definidos quatro objetivos base. O primeiro reflete um melhoramento do resultado global, ou seja, do resultado líquido (RLE). Evidencia-se a escolha do RLE e não somente do EBITDA, pois este indicador baseia-se na realidade em que as rubricas de juros, impostos, depreciações e amortizações, têm um peso elevado no desempenho financeiro da entidade, e por conseguinte não devem ser excluídos dos objetivos principais. Segundo a ACSS (2016), a ULSG deve apresentar as medidas quantificadas e calendarizadas de forma a atingir um EBITDA positivo.

Seguidamente, foram selecionados os três maiores componentes de gastos, indispensáveis para melhorar o desempenho operacional: 1) Consumos, MCDT e medicamentos; 2) os Fornecimentos e Serviços Externos – FSE; 3) Gastos com Pessoal. Uma derrapagem orçamental em qualquer dos itens identificados, dada a sua dimensão, implicaria comprometer as metas de resultados financeiros e a sustentabilidade económico-financeira da organização.

As metas quantitativas para os quatro objetivos na perspetiva financeira, assentam no orçamento da própria entidade para 2016, conforme documento ULSG 2016e.

### 5.3.3. Perspetiva dos Processos Internos (PPI)

**Tabela 30:** Perspetiva dos Processos Internos

P	Obj.	Inic.	Medidas/ Indicadores	Meta	Realizado	Desvio	Peso	Avaliação	Referência / Meta
PPI	O15	I15	Diminuição de incidentes e de más práticas clínicas reportadas (%)	-10%			4%		Sem informação disponível
	O16	I16	Número de faltas injustificadas per capita por trimestre	1			4%		ULSG 2016e - Slide 10. Sem histórico
	O17	I17	Relatórios trimestrais de evolução (%)	100%			5%		ULSG 2016e - Slide 11
	O18	I18	Relatórios trimestrais de evolução (%)	100%			2%		ULSG 2016e - Slide 12/13
	O19	I19	Relatórios trimestrais de evolução (%)	100%			5%		ULSG 2016e - Slide 10. Sem histórico
	O20	I20	Grau de concretização dos objectivos contratualizados	100%			4%		ULSG 2016e - Slide 11
	O21	I21	Nº de Não Conformidades em auditorias externas	<4			3%		Sem histórico

Fonte: Elaboração própria

As principais ações concluídas relacionadas com a PPI em 2015, resumem-se na Tabela 31:

**Tabela 31:** Ações concluídas em 2015 relativamente à PPI

Gestão Intermédia

Criação e aprovação do Regulamento Interno (Gestão intermédia, Direção de serviços e Departamentos); Implementação de Equipa de Gestão do HNSA; Criação e dinamização do Gabinete de Qualidade; Reorganização do Gabinete de Comunicação e Imagem.

RH

Implementou-se a gestão de horários em plataforma informática.

SI

Implementação do SClinico nos CSH - áreas médica e enfermagem; Implementado o serviço de Avisos de consultas por telemóvel; Criação de 2 placards electrónicos de informação permanente de tempos de espera no Serviço de Urgência. Renting de 100 computadores (HSM e HNSA). Elaboração e aprovação da candidatura em Sistemas informação SAMA 2020 (1,2 ME).

Instalações e Equipamentos

Concurso e Início da construção da cobertura edifício 5 (HSM), Remodelação do Departamento de Psiquiatria; Requalificação de diversos serviços e edifícios (Unidade AVC's, Ginecologia, PPCIRA, Anestesia, Cinesioterapia, Terapia da fala, Consulta Ext. Pediatria, Sanatório, Cozinha do HSM, Serviço Medicina A e B); Finalização obra (Refeitório ULS; CS Figueira de Castelo Rodrigo); Início obras extensão São Romão.

Fonte: Elaboração própria adaptada de ULSG 2016g

5.3.4. Perspetiva de Aprendizagem e Crescimento (PAC)

**Tabela 32:** Perspetiva Aprendizagem e Crescimento

P	Obj.	Inic.	Medidas/ Indicadores	Meta	Realizado	Desvio	Peso	Avaliação	Referência / Meta
PAC	O22	I22	Nº de contratações	33			3%		ULSG 2016e - Slide 6/7
	O23	I23	Horas de formação	912			4%		ULSG 2016e - Slide 8
	O24	I24	Índice de satisfação dos colaboradores	98%			3%		Sem histórico
	O25	I25	N.º jornadas e investigações apresentadas / Volume de investigação em I&D	+10%			3%		Sem histórico
	O26	I26	Nº de decisões conjuntas	+20%			4%		Sem histórico

Fonte: Elaboração própria

É referido pela ACSS (2016), que a componente de I&D é essencial para a qualificação e afirmação do SNS, pelo que aplica o Programa de Promoção de I&D, com a dotação de 2 M €, de forma a estimular e premiar a investigação científica e onde concorrem as instituições do SNS.

Nas palavras do Presidente do CA da ULSG ao Jornal da Guarda *online* em 2015, e que se revêm na PAC, podemos ler: “...promover a inovação e a participação na investigação, através de um desempenho dirigido à formação de profissionais da saúde em diferentes especialidades”. As principais ações concluídas relacionadas com a PAC, em 2015, resumem-se na Tabela 33:

**Tabela 33:** Ações concluídas em 2015 relativamente à PAC

RH

Acções de acolhimento aos novos colaboradores; Organização de diversos cursos internos; Divulgação no site de participações, prémios, elogios e outras ações que promovam o mérito;

I&D

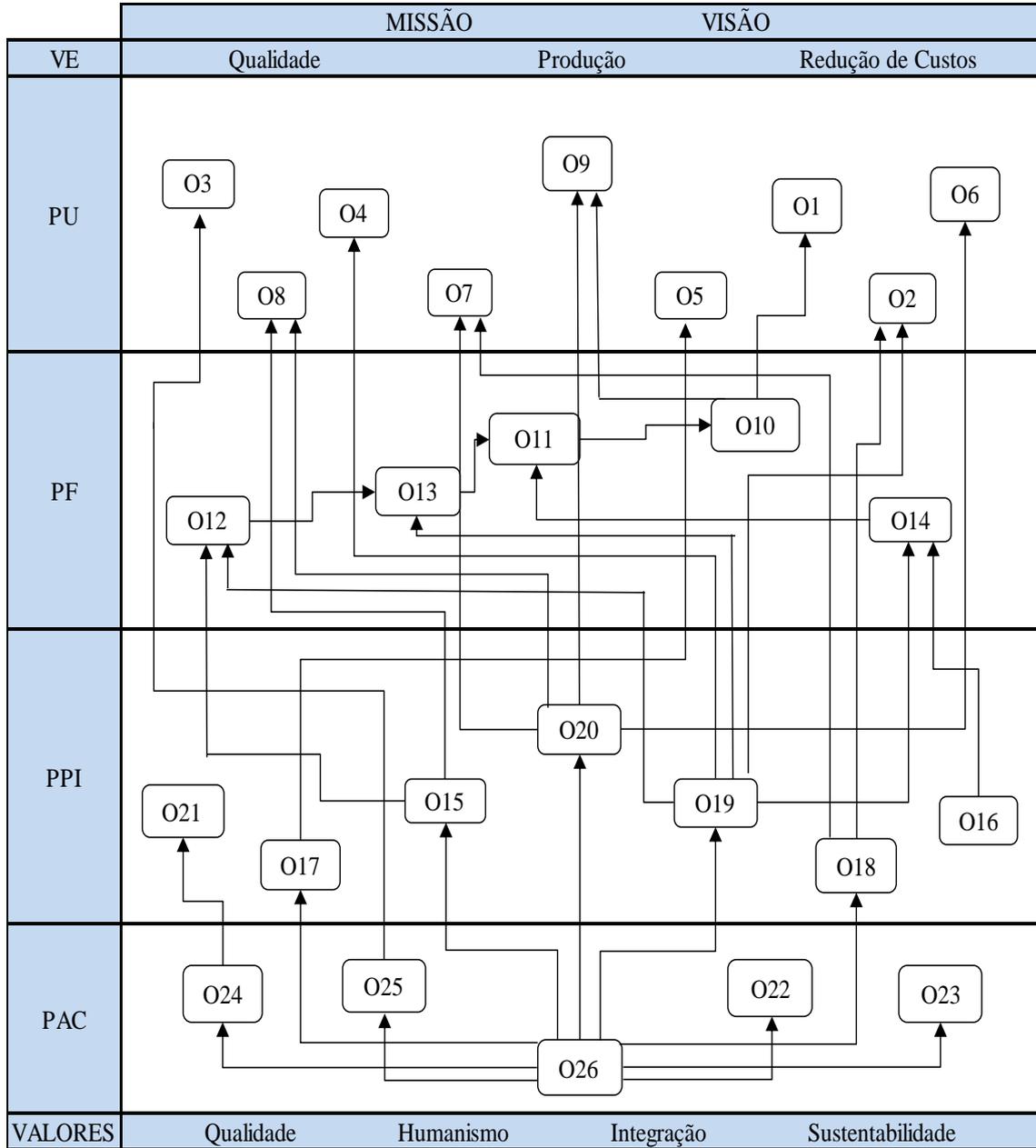
Cedência de espaço à Escola Superior de Saúde (IPG); Realizaram-se vários estágios de graduação e pós-graduação com alunos de instituições em ensino de Enfermagem, Psicologia e outros; Participação na criação de um Centro de Investigação médico em parceria com a ULSG + UBI + CHCB + ULSCB + CHTV.

Fonte: Elaboração própria adaptada de ULSG 2016g

No presente ano decorrem as ações e iniciativas relacionadas com as quatro perspetivas do BSC, rumo ao alcance das metas conforme descrito anteriormente na **Tabela 24**.

**5.4.O Mapa Estratégico (ME)**

**Figura 4:** Proposta do Mapa Estratégico para a ULSG



Fonte: Elaboração própria

### 5.5.O Mapa de Iniciativas

**Tabela 34:** Proposta de Mapa de Iniciativas para a ULSG

Impacto das Iniciativas nos Objectivos estratégicos

Iniciativas	Utentes									Financeira				Processos Internos						Apr. e Crescimento						
	O1	O2	O3	O4	O5	O6	O7	O8	O9	O10	O11	O12	O13	O14	O15	O16	O17	O18	O19	O20	O21	O22	O23	O24	O25	O26
I1	■	■	■	■	■		■	■	■							■	■	■	■							
I2	■	■		■				■																		
I3	■	■	■	■				■	■																	
I4	■	■	■	■	■	■	■	■	■																	
I5	■	■	■	■	■	■	■	■	■																	
I6	■	■	■	■		■	■	■	■																	
I7	■	■	■	■			■	■	■																	
I8	■	■	■	■	■	■	■	■	■																	
I9	■	■	■	■	■	■	■	■	■																	
I10										■	■	■	■													
I11																										
I12	■	■	■	■				■	■																	
I13	■	■	■	■				■	■																	
I14	■	■	■	■				■	■																	
I15	■	■	■	■	■	■	■	■	■																	
I16	■	■	■	■				■	■																	
I17	■	■	■	■				■	■																	
I18	■	■	■	■				■	■																	
I19	■	■	■	■	■	■	■	■	■																	
I20	■	■	■	■	■	■	■	■	■																	
I21	■	■	■	■	■	■	■	■	■																	
I22	■	■	■	■	■	■	■	■	■																	
I23	■	■	■	■	■	■	■	■	■																	
I24	■	■	■	■	■	■	■	■	■																	
I25	■	■	■	■	■	■	■	■	■																	
I26	■	■	■	■	■	■	■	■	■																	

■ Forte    ■ Médio

Fonte: Elaboração própria

Em anexo junta-se a **Tabela 37**, Proposta de Mapa Consolidado para a ULSG.

## 6. CONCLUSÕES

As organizações de saúde têm sido objeto de vários estudos direccionados à gestão, pela complexidade que as caracteriza, por serem organizações que além da prestação de cuidados de saúde possuem uma dimensão relevante nas mais diversas áreas e classes profissionais, organizadas normalmente por uma estrutura hierárquica rígida.

As Unidades Locais de Saúde comportam na sua génese a integração e interligação em rede, de Cuidados de Saúde Primários, Hospitalares e Continuados na prestação dos vários tipos de cuidados de saúde confinados a uma determinada área geográfica, o que exige uma sólida intervenção junto da comunidade na vertente de proximidade, prevenção e continuidade, centrada no cidadão-utente. O BSC constitui uma ferramenta com evidências demonstradas que confere eficiência e eficácia e que requer essencialmente o compromisso da gestão de topo assente em três pilares: estrutura, estratégia e alinhamento. Para elaborar uma proposta do BSC credível na ULSG, foram encontrados constrangimentos e benefícios os quais se descrevem os mais relevantes:

1. A falta de gestão intermédia. Cria um vazio entre o topo e a base o que implica uma falta de alinhamento organizacional. A existência de gestão intermédia é fundamental para assegurar a ligação entre departamentos e áreas funcionais, trazendo também consequências na parte operacional. É absolutamente necessário que todos os colaboradores se sintam integrados e alinhados na estratégia, percebam a “cultura de medição” a desenvolver e que a sua ação diária seja devidamente acompanhada.
2. As fortes restrições orçamentais. O uso de dinheiros públicos requer uma gestão responsável e eficiente. A gestão dos recursos não deve ser apenas confinada aos tempos de crise, ao invés, deve ser um trabalho contínuo criado através da anteriormente referida “cultura de medição”.
3. O fechamento social por parte de algumas classes profissionais. Existem por vezes conflitos entre prestadores cuidados de saúde diretos e a gestão que pode constituir uma forte barreira à adoção do BSC.
4. A falta de recursos humanos. Principalmente médicos, devido à deslocação para o interior, a que se junta a falta de incentivos.
5. Os ciclos políticos. Por vezes fraturantes no decorrer do plano estratégico. O BSC é uma ferramenta que gera resultados no médio-longo prazo, podendo estar em causa o alcance das metas previamente definidas.
6. Desenvolvimento e implementação de Sistemas de Informação. A captação de investimento em 2015, assim como as iniciativas já concretizadas, constitui uma oportunidade de melhoria na interligação das unidades de saúde da ULSG. Pode trazer ainda proveitos na realização de MCDT, evitando gastos pela recorrência destes ao setor privado.
7. Finalização e certificação de Unidades e Edifícios. Constitui uma oportunidade de melhoria na integração, proximidade e assistência nos cuidados de saúde.
8. Integração setorial. A dinâmica com parcerias já estabelecidas e a criação de novas, atendendo às características sociais e aos determinantes de saúde da região, podem trazer relevância de I&D.
9. Formação. Existe um plano de formação com vista a melhorar o desempenho dos recursos humanos que são a base do desenvolvimento organizacional.

A utilização do BSC faz todo o sentido em organizações com a dimensão e características da ULSG, na qual o presente trabalho pretende prestar um contributo. A participação do Presidente do CA conferiu credibilidade e aceitação à proposta do BSC,

podendo este ser prontamente utilizado como uma ferramenta de dimensão global, centrado na comunidade e no cidadão-utente.

## **7. LIMITAÇÕES E TRABALHOS FUTUROS**

A distância geográfica foi um entrave à elaboração do trabalho, assim como a disponibilidade do presidente e de outros responsáveis da organização, considerando a presença no local fundamental para ter a perceção da dimensão, características e determinantes de saúde da ULSG necessária à elaboração de um BSC de carácter global. De notar que apenas o seu presidente conhecia profundamente o BSC, sendo que a grande parte dos titulares de cargos de responsabilidade desconheciam-no totalmente. Parte da informação documental encontrava-se desatualizada, o que dificultou a elaboração da ferramenta numa perspetiva a medio longo prazo. A contratualização com as ULSG só foi conhecida no início do mês de Abril, o que requereu uma readaptação do presente trabalho de forma a considerar e abranger as indicações dadas pela tutela, visto as iniciativas, metas e indicadores já se encontrarem definidas desde do início do ano. A pouca literatura referente ao BSC em organizações públicas pode ser um fator condicionante, no entanto a falta de uma cultura de medição e a aversão à mudança é mais significativa.

No que refere a trabalhos futuros seria desejável a elaboração do BSC para cada Unidade de Saúde da ULSG, devidamente alinhados com o BSC global aqui proposto. A proposta do BSC noutras organizações de saúde é também intenção do autor do presente trabalho.

## 8. REFERÊNCIAS

- Ahn, Heinz. 2001. Applying the Balanced Scorecard Concept: An experience report. *Long Range Planning*, 34(4), 441-461.
- Atkinson, Helen (2006). Strategy implementation: a role for the balanced scorecard? *Management Decision*, 44 (10), 1441-1460.
- Bourguignon, A., Malleret, V. e Nørreklit, H. (2004). The American balanced scorecard vs. the French Tableau de bord: the ideological dimension management. *Accounting Research*, 15(2), 107-134.
- Butler, A., Letza, S. e Neale, B. (1997). Linking the Balanced Scorecard to Strategy. *Long Range Planning*, 30 (2), 242-253.
- Caudle, Sharon. (2008). The Balanced Scorecard: A Strategic Tool in Implementing Homeland Security Strategies. *Homeland Security Affairs*, 4 (3), 1-17.
- Chan, Y. e Ho, S. (2000). The use of balanced scorecard in Canadian Hospitals. *Advances in Management Accounting*, 9 (1), 145-169.
- Chang, W., Tung Y., Huang, C. e Yang M. (2008). Performance improvement after implementing the Balanced Scorecard: A large hospital's experience in Taiwan, *Total Quality Management & Business Excellence*. 19 (11), 1143-1154.
- Chen, X., Yamauchi, K., Kato, K., Nishimura, A. e Ito K. (2006). Using the balanced scorecard to measure Chinese and Japanese hospital performance. *International Journal of Health Care Quality Assurance*. 19 (4), 339-350.
- Chow, C., Ganulin, D., Kamal, H. e Williamson J. (1998). The balanced scorecard: A potent tool for energizing and focusing healthcare organization management. *Journal of Healthcare Management*. 43 (3), 263-280.
- Chu H., Wang, C., e Dai, Y. (2009). A Study of a Nursing Department Performance Measurement System: Using the Balanced Scorecard and the Analytic Hierarchy Process. *Nursing Economic*, 27 (6), 401-407.
- Collis, David J. e Rukstad, Michael G. (2008). Can you say what your strategy is? *Harvard Business Review*, 86(4), 82-90.
- Coop (2006). Balancing the balanced scorecard for a New Zealand mental health service *Australian Health Review*, 30 (2), 174-180.
- Curtright, J. W., Stolp-Smith, S. C. e Edell E. S. (2000). Strategic performance management: development of a performance measurement system at the Mayo Clinic. *Journal Healthcare Management*, 45(1), 58-68.

Dawson, C. (2002). *Patrical research methods*. New Delhi, UBS: Publishers' Distributors.

Declaração de Alma-Ata (1978). Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde. Disponível em:

<http://cmdss2011.org/site/wp-content/uploads/2011/07/Declara%C3%A7%C3%A3o-Alma-Ata.pdf>

Decreto-Lei nº 133/2013 de 3 de Outubro. *Diário da República, nº 191/2013 – I série*. Ministério das Finanças. Lisboa.

Decreto-Lei n.º 101/2006 de 6 de Junho. *Diário da República, nº 109/2006 – I série-A*. Ministério da Saúde. Lisboa.

Decreto-Lei n.º 558/99, de 17 de Dezembro. *Diário da República nº 292/1999 - I série-A*. Ministério das Finanças. Lisboa.

Decreto-lei 183 de 2008 de 4 de Setembro. *Diário da República, nº 171/2008 - I série-4*. Ministério da Saúde. Lisboa.

Dreveton, Benjamin (2013). The advantages of the balanced scorecard in the public sector: beyond performance measurement. *Public Money & Management*, 33 (2), 131-136.

Dyball, Maria C., Cummings, Lorne e Yu, Hua (2011). Adoption of the concept of a Balanced Scorecard within NSW Health: An exploration of staff attitudes. *Financial Accountability & Management*, 27(3), 0267-4424.

El-Jardali F., Saleh, S. e Jamal, D. (2011). Design, implementation and scaling up of the Balanced Scorecard for hospitals in Lebanon: Policy coherence and application lessons for low and middle income countries. *Health Policy*, 103, 305-314.

Epstein, M. J. e Manzoni, J. F. (1998). Implementing corporate strategy: from Tableaux de Bord to Balanced Scorecards. *European Management Journal*, 16(2), 190-203.

Freire J-M e, Repullo JR. (2011). El buen gobierno de los servicios de salud de producción pública: ideas para avanzar. *Ciência e Saúde Coletiva*. 16(6), 2733-2742.

Funck, E. (2007). The balanced scorecard equates interests in healthcare organizations. *Journal of Accounting & Organizational Change*, 3 (2), 88-103.

García, Madorrán C. e Pardo, Val I. (2004). Strategies and performance in hospitals. Public University of Navarra. Department of Business Management. *Health Policy*, 67, 1-13.

- Greiling, D. (2010). Balanced scorecard implementation in German non-profit organizations. *International Journal of Productivity and Performance Management*, 59(6), 534-554.
- Grigoroudis E., Orfanoudaki E. e Zopounidis, C. (2012). Strategic performance measurement in a healthcare organisation: A multiple criteria approach based on balanced scorecard. *The International Journal of Management Science*, 40, 104–119.
- Groene et al. (2008). The World Health Organization Performance Assessment Tool for Quality Improvement in Hospitals (PATH): An Analysis of the Pilot Implementation in 37 Hospitals. *International Journal for Quality in Health Care*, 20(3), 155–161.
- Gurd, B. e Gao, T. (2008). Lives in the balance: an analysis of the balanced scorecard (BSC) in healthcare organizations. *International Journal of Productivity and Performance Management*, 57 (1), 6-21.
- Guimarães et al. (2010). Does performance evaluation help public managers? A Balanced Scorecard approach in urban waste services. *Journal of Environmental Management*, 2632-2638.
- Hitt, A., Ireland, R. e Hoskisson R. (2009). *Strategic Management Concepts & Cases. Competitiveness and Globalization. 8th Edition.* South-Western Cengage Learning.
- Inamdar N., Kaplan, Robert S. e Bower, M. (2002). Applying the balanced scorecard in healthcare provider organizations. *Journal Healthcare Management*, 47(3), 179-195.
- Ittner, Christopher D. e Larcker, David F. (1998). Innovations in performance measurement: Trends and research implications. *Journal of Management Accounting Research*, 10(2), 205-238.
- Jordan, H., Neves, J. C. e Rodrigues, J. A. (2011). *O Controlo de Gestão. (9ª ed).* Lisboa: Áreas Editora.
- Kanji, Gopal K. e Sá, Patrícia (2002). Kanji's Business Scorecard. *Total Quality Management*, 13(1), 13-27.
- Kaplan, Robert S. e Norton, David P. (1992). The balanced scorecard: Measures that drive performance. *Harvard Business Review*, 70(1), 172-180.
- Kaplan, Robert S. e Norton, David P. (1993). Putting the Balanced Scorecard to work. *Harvard Business Review*, 71(5), 134-142.
- Kaplan, Robert S. e Norton, David P. (1996a). *Translating strategy into action – The Balanced Scorecard.* Boston, Massachusetts: Harvard Business School Press.
- Kaplan, Robert S. e Norton, David P. (1996b). Using the balanced scorecard as a strategic management system. *Harvard Business Review*, 74(1), 75-85.

- Kaplan, Robert. S., Norton, David. P., (1996c). Linking the balanced scorecard to strategy, *California Management Review*, 39(1), 53-79.
- Kaplan, Robert S. e Norton, David P. (2000a). Having trouble with your strategy? Then map it. *Harvard Business Review*, 78(5), 167-176.
- Kaplan, Robert S. e Norton, David P. (2000b). Organização orientada para a estratégia. Rio de Janeiro: Editora Campus.
- Kaplan, R S; Norton, D P. (2001a). Transforming the Balanced Scorecard from Performance Measurement to Strategic Management: Part I. *Accounting Horizons*, 15(1), 87-104.
- Kaplan, R S.; Norton, D P. (2001b). Transforming the Balanced Scorecard from Performance Measurement to Strategic Management: Part II. *Accounting Horizons*, 15(2), 147-160.
- Kaplan, R S; Norton, D P. (2004a). Measuring the strategic readiness of intangible assets. *Harvard Business Review*, 52-63.
- Kaplan, Robert. S., Norton, David. P. (2004b), The strategy map: guide to aligning intangible assets, *Strategy & Leadership*, 32 (5), 10-17.
- Kaplan, Robert S. e Norton, David P. (2004c). How strategy maps frame an organization`s objectives. *Harvard Business School*, 40-45.
- Kaplan, Robert S. e Norton, David P. (2005). The Office of Strategy Management. *Harvard Business Review*, 72-80.
- Kaplan, Robert S. e Norton, David P. (2008). Mastering the management system. *Havard Business Review*. Disponível em: <https://hbr.org/2008/01/mastering-the-management-system#>
- Kaplan, Robert S. e Norton, David P. (2009). Prémio de Execução. Concretize a estratégia do seu negócio com eficácia e reforce a sua vantagem competitiva. Actual Editora. Lisboa.
- Killingsworth, Brenda e Seeman, Elaine. (2005). An Integrative Health Information Systems Approach for Facilitating Strategic Planning in Hospitals. *Association for Information Systems*. Paper 32, 172-177.
- Kollberg, B. e Elg, M. (2011). The practice of the Balanced Scorecard in health care Services. *International Journal of Productivity and Performance Management*, 60 (5), 427-445.

- Koumpouros, Y. (2013). Balanced scorecard: application in the General Panarcadian Hospital of Tripolis, Greece. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 26 (4), 286-307.
- Letza, Stephen R. (1996). The design and implementation of the balanced business scorecard. An analysis of three companies in practice. *Business Process Reengineering & Management Journal*, 2 (3), 54-76.
- Lipe e Salterio (2000). The Balanced Scorecard: Judgmental Effects of Common and Unique Performance Measures. *The Accounting Review*, 75 (3), 283–298.
- Lovaglio, Pietro G. (2010). Model Building and estimation strategies for implementing the Balanced Scorecard in Health sector. *Springer Science and Business Media*, 24(1), 199-212.
- Lupi e al. (2011). Multidimensional evaluation of performance with experimental application of balanced scorecard: a two year experience. *Cost Effectiveness and Resource Allocation*, 9(7), 1-5.
- Malina, Mary A. e Selto, Frank H. (2001). Communicating and controlling strategy: an empirical study of the effectiveness of the balanced scorecard. *Journal of Management Accounting Research*, 13, 47-90.
- Manica, J. (2009). Estudo descritivo dos indicadores de avaliação do desempenho estratégico em empresas sedeadas na Região Autónoma da Madeira. Tese de Mestrado em Ciências Empresariais, Instituto Superior de Economia e Gestão, Lisboa.
- Matos, Luís e Ramos, Isabel (2009). Medir para gerir: O Balanced Scorecard em Hospitais. 1ª Edição: Edições Sílabo.
- Meliones, John N. (2000). Saving Money, Saving Lives. *Harvard Business Review*, 78(6), 29-36.
- Ministério da Saúde (2011). Estudo sobre a organização e desempenho das Unidades Locais de Saúde. Entidade Reguladora da Saúde (ERS). Disponível em: [https://www.ers.pt/uploads/writer\\_file/document/39/ULS\\_11.pdf](https://www.ers.pt/uploads/writer_file/document/39/ULS_11.pdf)
- Ministério da Saúde (2016). Termos de Referência para contratualização hospitalar no SNS – Contrato-Programa (2016). Administração Central do Sistema de Saúde, IP. Lisboa. Disponível em: [http://www.acss.min-saude.pt/Portals/0/Contratualizacao-HH-ULS-Termos-Referencia\\_VF.PDF](http://www.acss.min-saude.pt/Portals/0/Contratualizacao-HH-ULS-Termos-Referencia_VF.PDF)
- Mooraj, S., Oyon, D. e Hosteller, D. (1999). The Balanced Scorecard: a Necessary Good or an Unnecessary Evil? *European Management Journal*, 17(5), 481-491.

- Moullin, M., Soady, J., Skinner, J., Price, C., Cullen, J. e Gilligan, C. (2007). Using the Public Sector Scorecard in public health. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 20 (4), 281-289.
- Nevado, P. (2009). Estudo de Casos: um curso de ação na investigação em Gestão. Instituto Superior de Economia e Gestão. ADVANCE – Centro de Investigação Avançada do ISEG. N.º 1. Pg. 1-15.
- Niven, P. R. (2002). *Balanced Scorecard - Step by Step - Maximizing Performance and Maintaining Results*, New York: John Wiley & Sons, Inc.
- Niven, P. (2003). *Balanced Scorecard Step-By-Step: for government and nonprofit agencies*. New Jersey: John Wiley & Sons, Inc.
- Niven, P. (2005). Driving Focus and Alignment With the Balanced Scorecard. Why Organizations Need a Balanced Scorecard. *The Journal for Quality & Participation*, 21-25.
- Nobre, T. e Haquet, I. (2011). Le cas d'un balanced scorecard en context hospitalier. Éluder la carte stratégique pour privilégier la performance organisationnelle. *Revue française de gestion*, 211, 103-118.
- Nørreklit, H. (2000). The balanced Scorecard – a critical analysis of some of its assumptions. *Management Accounting Research*, 11(1), 65-88.
- Nørreklit, H. 2003. The Balanced Scorecard: what is the score? A rhetorical analysis of the Balanced Scorecard. *Accounting, Organizations and Society*, 28(6), 591-619.
- Northcott, D. e Taulapapa, T. (2012). Using the balanced scorecard to manage performance in public sector organizations. Issues and challenges. *International Journal of Public Sector Management*. 25 (3), 166-191.
- Nuti, S., Seghieri, C. e Vainieri M. (2013). Assessing the effectiveness of a performance evaluation system in the public health care sector: some novel evidence from the Tuscany region experience. *Journal of Management & Governance*. 17, 59-69.
- Olden, P. e Smith, C. (2008). Hospitals, Community Health, and Balanced Scorecards. *Academy of Health Care Management Journal*, 4 (1), 39-56.
- Otley, D. (1999). Performance Management: a framework for management control systems research. *Management Accounting Research*, 11(1), 65-88.
- Peters, D. H., Noor, A. A., Singh, L. P., Hansen, P. M. e Burnham, G. (2007). A Balanced Scorecard for health services in Afghanistan. *Bulletin of the World Health Organization*, 85(2), 146-151.

- Pink et al, (2001). Creating a Balanced Scorecard for a Hospital System. *Journal Health Care Finance*. 27 (39), 1-20.
- Pinto, F. (2009), Balanced Scorecard, Alinhar mudança, Estratégia e Performance nos Serviços Públicos. (3º ed). Lisboa: Edições Silabo.
- Portaria n.º 132/2009 de 30 de Janeiro. *Diário da República, nº 21/2009 – 1ª série*. Ministério da Saúde. Lisboa.
- Quivy e Caupenhoudt, (2005). Manual de Investigação em Ciências Sociais. Projectos. 4.ª Edição. Gradiva.
- Radnor, Z. e Lovell, B. (2003). Defining, justifying and implementing the Balanced Scorecard in the National Health Service. *International Journal of Medical Marketing*, 3 (3), 174–188.
- Robbins, G. (2007). Obstacles to Implementation of New Public Management in an Irish Hospital. *Financial Accountability & Management*, 23(1), 55-71.
- Rodgers, M. e England, M. (2011). Organizational critical success factors influencing balanced scorecard systems in UK healthcare. *Journal of Management & Marketing in Healthcare*, 4 (3), 174-179.
- Roest, P. (1997). The golden rules for implementing the balanced business scorecard. *Information Management & Computer Security*, 5 (5), 163-165.
- Ryan, B., Scapens, R. e Theobald, M. (2002). Research Method and Methodology in Finance and Accounting. Second Edition. Cengage Learning EMEA.
- Santana, R. e Costa, C. (2008). A integração vertical de cuidados de saúde: aspectos conceptuais e organizacionais. *Revista de Saúde Pública*, 7, 1-28.
- Santiago, J. M. (1999). Use of the balanced scorecard to improve the quality of behavioral health care. *Psychiatric Services*, 50(12), 1571-1576.
- Senge, P. M. (1990). The fifth discipline: the art and practice of the learning organization. *New York: Doubleday*. 6ª Edição.
- Shutt, Judith A. (2003). Balancing the Health Care Scorecard. *Management Care*, 12(9), 42-46.
- Smith, H. e Kim, I. (2005). Balanced Scorecard at Summa Health System. *The Journal of Corporate Accounting & Finance*, 65-72.
- Sousa, M. e Batista, C. (2011). Como fazer investigação. Dissertações, teses e relatórios segundo Bolonha. (4ª ed). Lisboa: Lidel.

Voelker, K., Rakich, J. e French, R. (2001). The balanced scorecard in healthcare organizations: A performance Measurement and Strategic Planning Methodology, 79 (3), 13-24.

Walker, K. e Dunn, L. (2006). Improving Hospital Performance and Productivity with the Balanced Scorecard. *Academy of Health Care Management Journal*, 2, 85-110.

Weir, E., Entremont, N., Stalker S., Kurji, K. e Robinson, V. (2009). Applying the balanced scorecard to local public health performance measurement: deliberations and decisions. *BMC Public Health*, 9, 1-7.

Wu, Ing-Long e Kuo, Yi-Zu (2012). A Balanced Scorecard Approach in Assessing IT Value in Healthcare Sector: An Empirical Examination. *Journal of Medical Systems*, 36, 3583-3596.

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

Entrevista ao Presidente do CA da ULSG (2015), ao *Jornal da Guarda Online*. Disponível em:

<http://www.jornalaguarda.com/index.php/atualidade/2781-novo-presidente-da-uls-pretende-melhorar-a-prestacao-de-cuidados-de-saude-no-distrito>

Entrevista ao Presidente do CA da ULSG (2015), à Beira.pt. Disponível em:

<http://beira.pt/portal/noticias/carlos-rodrigues-garante-que-uls-da-guarda-quer-ser-organizacao-de-vanguarda-e-de-referencia/>

Documentos fornecidos pelo Presidente do Conselho de Administração da ULSG:

ULSG 2016(a) – Organograma

ULSG 2016(b) – Lotação

ULSG 2016(c) – RH

ULSG 2016(d) - Resultados 2015 (CA)

ULSG 2016(e) - Proposta CA 2016

ULSG 2016(f) - Doc. ACSS (CSP)

ULSG 2016(g) - Realizado 2015 e Objetivos 2016

Páginas da Internet:

<http://www.ulsguarda.min-saude.pt/>

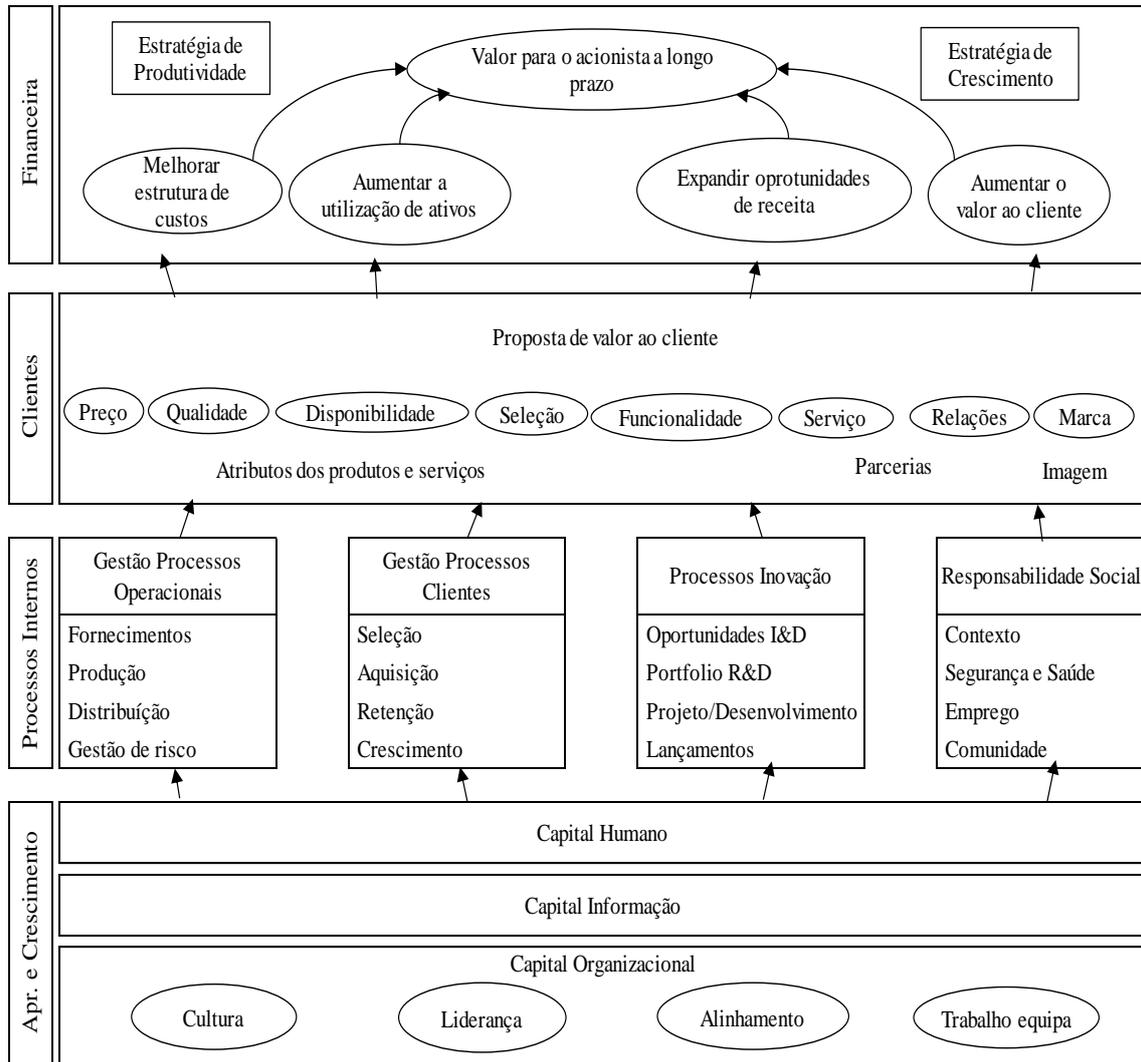
<http://www.acss.min-saude.pt/>

<https://www.ers.pt/>

<http://spms.min-saude.pt/product/sclinico/>

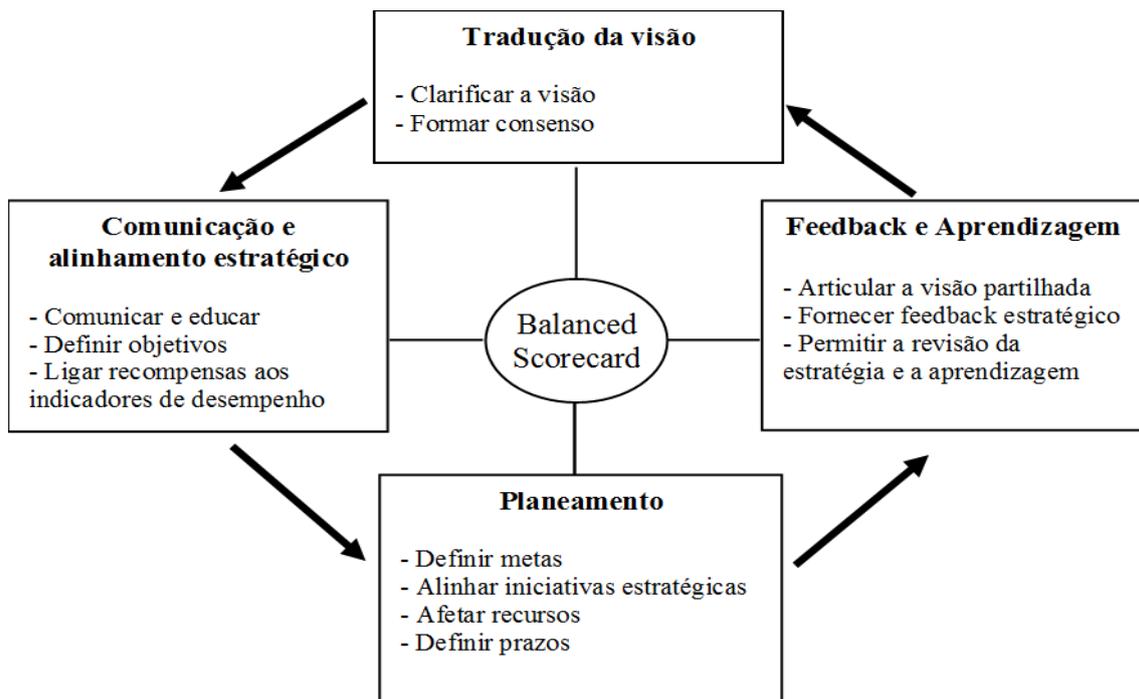
**ANEXOS**

**Figura 5: O Mapa Estratégico e as relações causa-efeito**



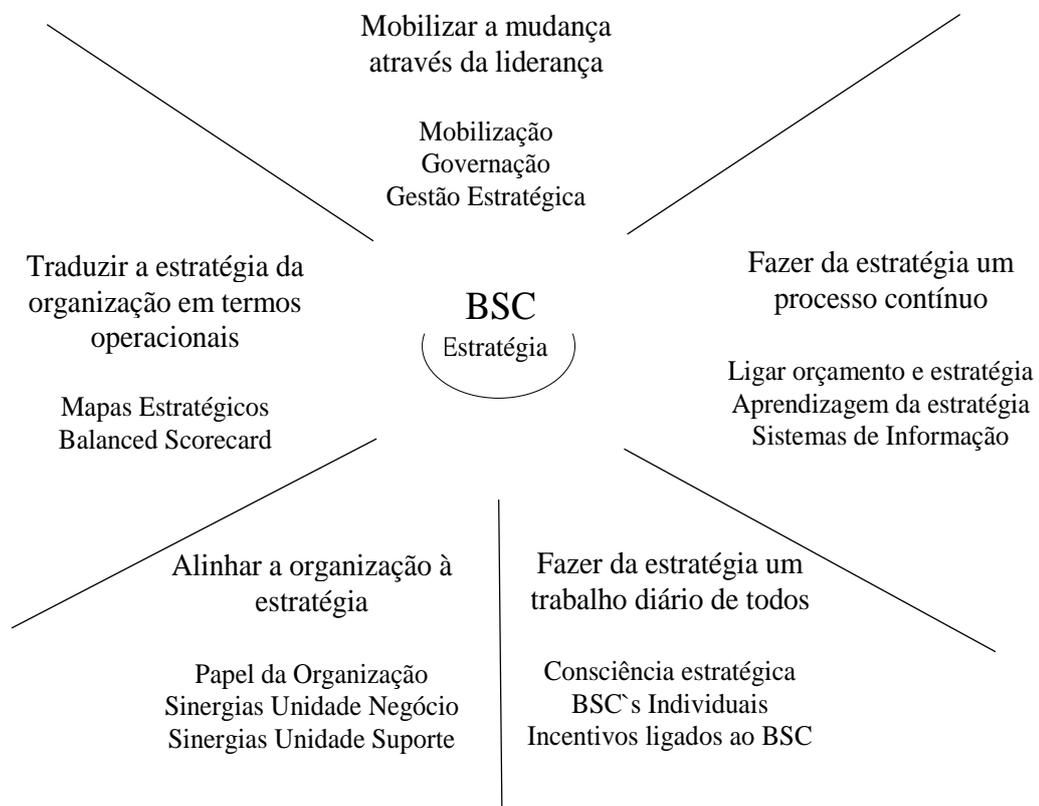
Fonte: Adaptado de Kaplan e Norton (2001a, 2004b)

**Figura 6:** Quatro processos de gestão estratégica



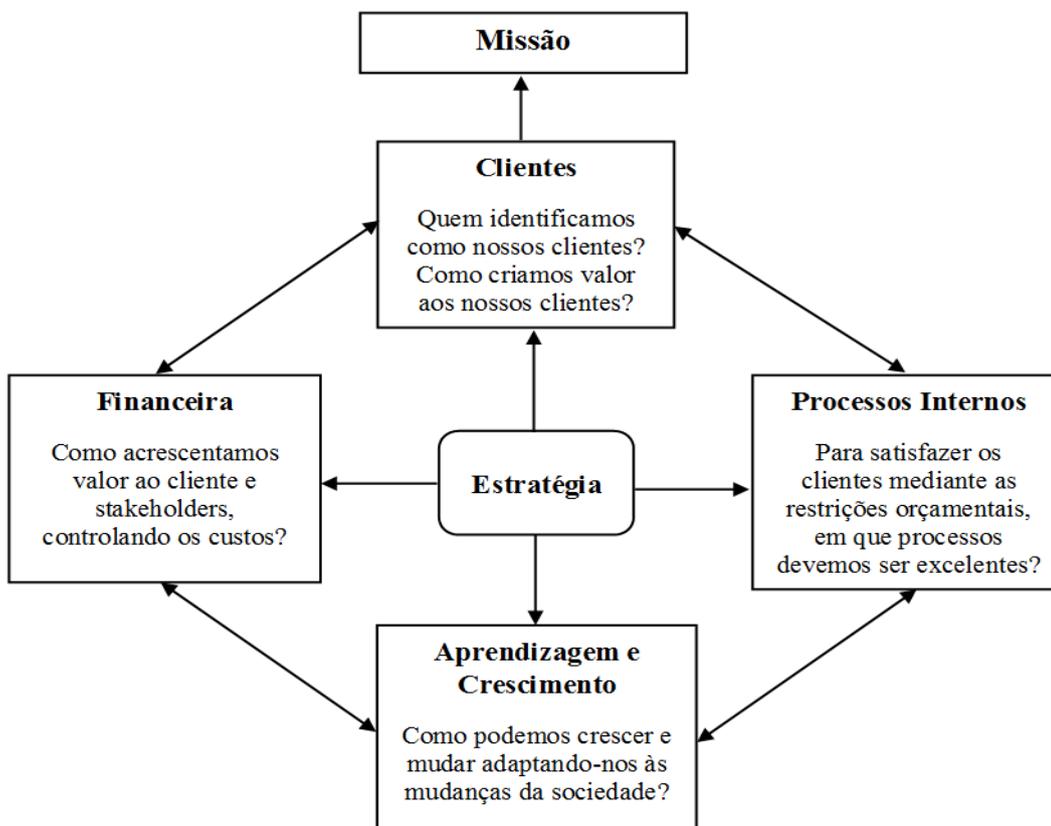
Fonte: Kaplan e Norton, (1996b)

**Figura 7:** Os cinco princípios do processo de gestão estratégica



Fonte: Kaplan e Norton, (2001b)

**Figura 8:** O BSC nas Organizações Públicas



Fonte: Kaplan e Norton, (2001a) e Niven, (2003)

**Tabela 35:** Tipologia dos Cuidados de Saúde

(1) Cuidados de Saúde Primários (CSP)

“os cuidados essenciais de saúde, colocados ao alcance universal de indivíduos e famílias da comunidade, mediante a sua plena participação e a um custo que a comunidade e o país podem manter. Representam o primeiro nível de contacto dos indivíduos, da família e da comunidade com o SNS. Constituem o primeiro elemento de um continuado processo de assistência à saúde” (Artigo VI da Declaração da Alma-Ata, 1978).

Cuidados de Saúde Secundários ou Hospitalares (CSH)

O conjunto de atividades de prevenção, promoção, manutenção da saúde, MCDT`s e reabilitação, efetuados em hospitais a doentes em fase aguda, recorrendo a tecnologia e RH diferenciados (Santana e Costa, 2008).

Cuidados de Saúde Terciários ou Continuados (CCI)

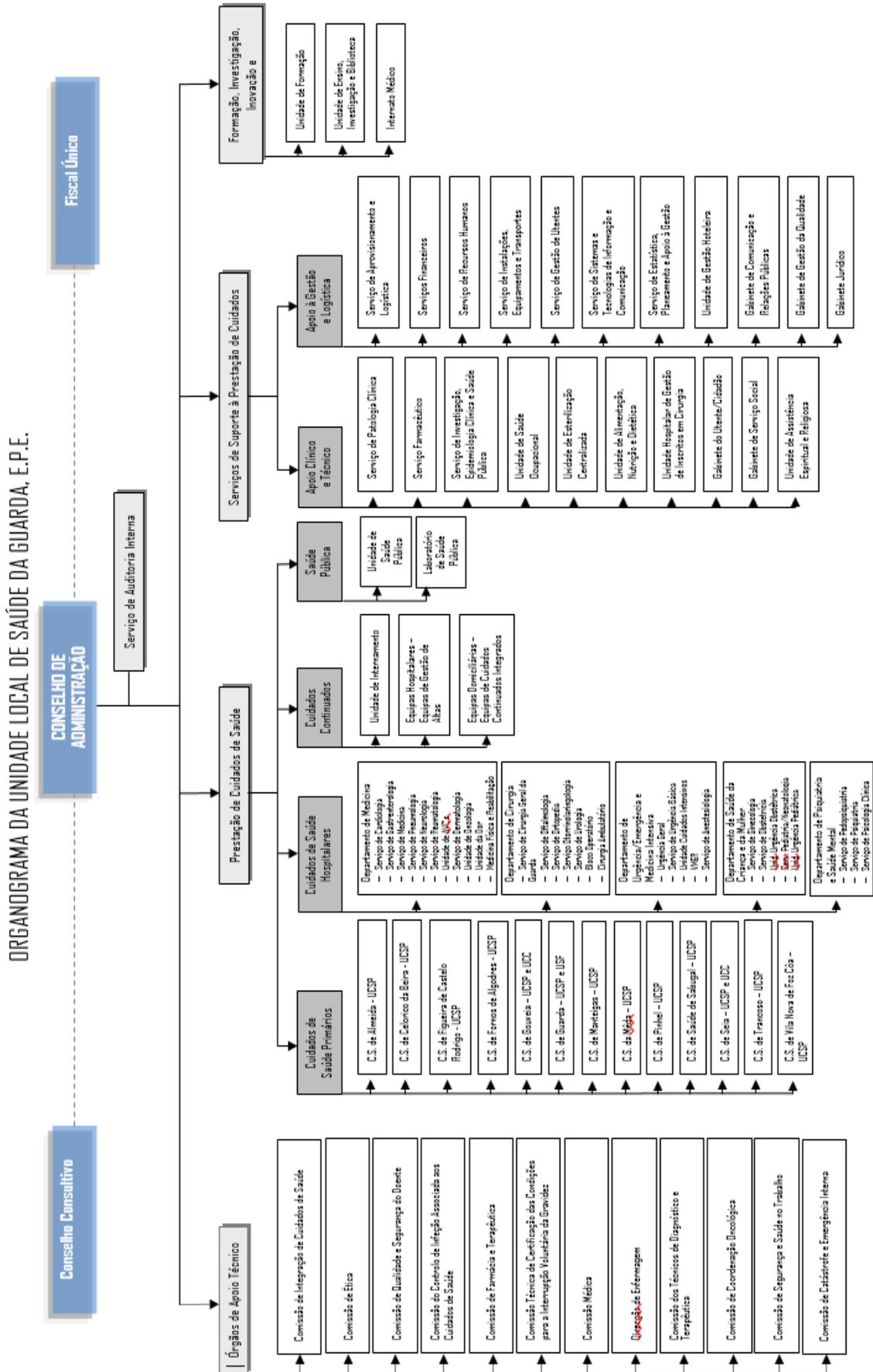
"conjunto de intervenções sequenciais de saúde e ou de apoio social, decorrente de avaliação conjunta, centrado na recuperação global entendida como o processo terapêutico e de apoio social, activo e contínuo, que visa promover a autonomia melhorando a funcionalidade da pessoa em situação de dependência, através da sua reabilitação, readaptação e reinserção familiar e social" (Decreto-Lei n.º 101/2006, de 6 de Junho).

Cuidados de Saúde Domiciliários (CSD)

"Conjunto de actividades de prevenção, promoção, restabelecimento ou manutenção da saúde, bem como de diagnóstico, tratamento/terapêutica e reabilitação, através de um conjunto de recursos destinados a prestar cuidados de saúde, a pessoas doentes ou inválidas, no seu domicílio, em lares ou instituições" ( n.º 1 do art. 1.º da Portaria n.º 132/2009, de 30 de Janeiro )

Fonte: ERS, 2011

Figura 9: Organograma da ULSG



**Tabela 36: Proposta de Mapa Consolidado para a ULSG**

		Status	Done	WIP	To Do	Total												
		QTdd	0	5	21	26												
BSC - Database										Proveitos = +		3 - Superou as espetativas (>105%) 2 - Nos objetivos (+/- 5%) 1 - Não atingiu (<95%)						
#	Área	Objectivos	Alvos / Parceiros	Iniciativas	Responsável	Medidas/ Indicadores	Meta	Data de Conclusão Prevista	Data de Conclusão Real	Status	Valor Estimado	Valor real	Desvio	Nota Avaliação	Ponderação Avaliação	Documento Suporte	Obs	Começado S?
1	Utente	Melhorar a rede de prestação de cuidados de saúde	Comunidade / CICS; CQSD; CM; DE; CCC; Dir. Produção	Reforço da rede de interserviços	Diretor Clínico / xxx	Rácio Médico / Habitantes	1480	31/12/2016		To Do	1480				4%	ULSG 2016d - slide 7. ULSG 2016f - Pg 1		
2	Utente	Diminuir Utentes em Lista de Espera	Comunidade / CICS; CM; DE; CTDT; Dir. CC; UHGIC; Dir. TIC	Reinstalar e requalificar a UCA e adquirir equipamento de anestesia	Dir. Produção / xxx	N.º utentes em Lista de Espera Ambulatória e cirurgia	2000	31/12/2016		To Do	2.000				4%	ULSG 2016d - Slide 11		
3	Utente	Aumentar protocolos com outras organizações	Comunidade / CICS; GGQ; GJ; GCRP; Dir. SEPG	Planeamento, execução e controlo das parcerias	CA / xxx	N.º de protocolos adicionais	3	31/12/2016		WIP	3				2%			S
4	Utente	Melhorar a qualidade dos SS	Utentes / CQSD; CE; CCICS; CM; DE; CTDT	Contratar profissionais de saúde e outros técnicos e melhorar a informatização dos CS	Diretor GGQ / xxx	Demora média global	9,5	31/12/2016		To Do	9,5				4%	ULSG 2016d - Slide 11		
5	Utente	Aumentar o numero de consultas externas	Utentes / CM; Dirs. CSP; Dir. CC	Gerir mais eficientemente os recursos e procedimentos	Dir. Produção / xxx	Total consultas externas	135.000	31/12/2016		To Do	135.000				5%	ULSG 2016d - Slide 11		
6	Utente	Gerir eficientemente a taxa de ocupação	Utentes / CM; DE; Dir. UI; Dir. GA; Dir. SEPG	Gerir mais eficientemente os recursos e procedimentos	Enf.º Diretor / xxx	Taxa de ocupação (TD)	85%	31/12/2016		To Do	85%				4%	ULSG 2016d - Slide 11		
7	Utente	Melhorar cuidados de saúde terciários (CCI)	Comunidade / CICS; CM; DE	Formar novas UCC	Dir. UCC / xxx	N.º assist. ao domicilio	2600	31/12/2016		To Do	2.600				5%	ULSG 2016f - Pg 2		
8	Utente	Aumentar a eficiencia dos serviços hospitalares (internamento)	Utentes / Gab. GA; Dir. Produção;	Implementar outros Departamentos previstos no RI (Gestão de Altas)	Diretor Internamento / xxx	Taxa de reinternamento (TR) 30 Dias	8,5%	31/12/2016		To Do	8,5%				4%	Entrevista Presidente CA da ULSG		
9	Utente	Melhorar a assistencia à comunidade (proximidade)	Comunidade / CICS; CM; DE; CTDT; Dir. CC; Dir. TIC; CIVG; Dir. CC; Dir. CSP	Reforçar a rede de interserviços entre os CSP, CSH, CCI e CSD com dinamização de unidades coordenadoras funcionais interdisciplinares	Enf.º Diretor / xxx	N.º utentes sem médico de família	8000	31/12/2016		To Do	8.000				2%	ULSG 2016f - Pg 2		
10	Fin	Melhorar o resultado anual (RLE)	SF; SEPG	Diminuir o RLE Negativo	Dir. S. Financeiro / xxx	Resultado Líquido do Exercício	-8.933.418,00	31/12/2016		To Do	-8.933.418,00				5%	ULSG 2016e - Slide 15		
11	Fin	Melhorar o Resultado anual (EBITDA)	SF; SEPG	Diminuir o EBITDA Negativo	Dir. S. Financeiro / xxx	EBITDA	-5.626.658,00	31/12/2016		To Do	-5.626.658,00				5%	ULSG 2016e - Slide 15		
12	Fin	Cumprir metas orçamentais de consumos, MCDT e medicamentos	SF; SEPG; Dir. Produção; CTDT; Dir. Farmácia; Dir. Imagiologia; Dir. Pat. Clínica; Dir. SIET; Dir. CSP	Melhor Gestão Logística / Combate ao desperdício	Dir. Logística / xxx	consumos, MCDT e medicamentos	35.798.823,00	31/12/2016		WIP	35.798.823,00				4%	ULSG 2016e - Slide 14		S

14	Fin	Cumprir metas Orçamentais de Pessoal	DM; DE; Dir. Produção	Informalização completa da Gestão de RH vs. Necessidades	Dir. GRH / xxx	Custos com pessoal	50 868 082,00	31/12/2016	To Do	50 868 082,00	4%	ULSG 2016e - Slide 14	
15	Proc. Int.	Diminuição do risco clínico e não clínico	Utentes / CQSD; CM, DE; DSJET	Implementar SI: Reengenharia Processos e Serviços (Qualidade)	Dir. Clínico / xxx	Diminuição de incidentes e de más práticas clínicas reportadas (%)	-10%	31/12/2016	To Do	-10%	4%	Sem informação disponível	
16	Proc. Int.	Maior eficiência GRH	Colaboradores	Informalizar registo de assiduidade e pontualidade	Dir. GRH / xxx	Número de faltas injustificadas <i>per capita</i> trimestre	1	31/12/2016	To Do	1	4%	ULSG 2016e - Slide 10. Sem histórico	
17	Proc. Int.	Desenvolver política de maior responsabilização da gestão intermédia (GI)	Colaboradores; Utentes / SACT; SAGL	Desenvolvimento do sistema de Gestão de Qualidade <i>à</i> vista à certificação da ULSG	Dir. EPG / xxx	Relatórios trimestrais de evolução (%)	100%	31/09/2015	WIP	100%	5%	ULSG 2016e - Slide 11	S
18	Proc. Int.	Finalização e requalificação de	Comunidade; Utentes / CA; DSJET	Intensificar acompanhamento e controlo	Dir. SIET / xxx	Relatórios trimestrais de evolução (%)	100%	31/12/2016	WIP	100%	2%	ULSG 2016e - Slide 12/13	S
19	Proc. Int.	Implementação dos Sistemas de Informação	Comunidade; Utentes, Colaboradores / CM; DE; CTDT; Dir. Produção; DSJET	Intensificar acompanhamento e controlo relatórios	Dir. TIC / xxx	Relatórios trimestrais de evolução (%)	100%	31/12/2016	To Do	100%	5%	ULSG 2016e - Slide 10. Sem histórico	
20	Proc. Int.	Melhorar relação contratualização e avaliação de desempenho com os Serviços e Unidades Funcionais (GI)	Colaboradores / CA;	Atribuir e formar Centros de responsabilidade (GI - Contratualização Interna)	Dir. EPG / xxx	Grau de concretização dos objectivos contratualizados	100%	31/12/2016	To Do	100%	4%	ULSG 2016e - Slide 11	
21	Proc. Int.	Melhoria de qualidade	Utentes, Colaboradores / CM, DE, CCICS, DSEPG; DSJET	Garantir as boas práticas de execução - Informatização e relatórios de controlo	Dir. G. Qualidade / xxx	Nº de Não Conformidades em auditorias externas	<4	31/12/2016	To Do	3	3%	Sem histórico	
22	Apr & Crs	Aumentar nº de profissionais	Comunidade, Utentes, Colaboradores / CM, DE, CSP, CCI	Atrair profissionais de saúde e outros técnicos	Dir. GRH / xxx	Nº de contratações	33	31/12/2016	WIP	33	3%	ULSG 2016e - Slide 6/7	S
23	Apr & Crs	Valorizar RH	Colaboradores / FII	Qualificar profissionais	Dir. GRH / xxx	Horas de formação	912	31/12/2016	To Do	912	4%	ULSG 2016e - Slide 8	
24	Apr & Crs	Promoção da motivação e melhores práticas na GRH	Colaboradores / CSST, CE; CCEI	Elaborar e monitorizar inquéritos de Qualidade.	Dir. G. Qualidade / xxx	Índice de satisfação dos colaboradores	98%	31/09/2016	To Do	98%	3%	Sem histórico	
25	Apr & Crs	Melhorar a I&D	IPG, UBI, Colaboradores, Comunidade / CA, GCRP	Melhorar e dinamizar os protocolos com IPG, IEFEP e outras escolas profissionais	Dir. FII / xxx	N.º jornadas e investigações apresentadas / Volume de investigação em I&D	:+10%	31/12/2016	To Do	10%	3%	Sem histórico	
26	Apr & Crs	Promover e Gerir a Mudança	Colaboradores / CA,	Envolver os colaboradores nas iniciativas globais e na integração efectiva de cuidados	Presidente CA / xxx	Nº de decisões conjuntas	:+20%	31/12/2016	To Do	20%	4%	Sem histórico	

Fonte: Elaboração própria

As siglas e abreviaturas das colunas “Alvos/ Parceiros” e “Responsável” são extraídas do organograma do ULSG.