

A REFORMA DOS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS E AS
IMPLICAÇÕES LOGÍSTICAS NA ARSLVT, IP.

Helena Garcia Gaspar Farinhote Fernandes

Projeto de Mestrado
em Gestão

Orientador:
Prof. Doutor José Crespo de Carvalho, Prof. Catedrático do ISCTE Business School,
Departamento de Marketing, Operações e Gestão Geral

Dezembro de 2011

A REFORMA DOS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS E AS REPERCUSSÕES
LOGÍSTICAS NA ARSLVT

Helena Garcia Gaspar Farinhote Fernandes

“O homem é o tamanho do seu sonho”

(Fernando Pessoa)

À minha família

Agradecimentos

Ao ISCTE Business School, que me formou e continua a formar.

À ARSLVT pela disponibilização da informação e estímulo.

Ao meu orientador, Prof. Doutor José Crespo de Carvalho, pelo apoio e colaboração.

A toda a minha família, pela ajuda e apoio disponibilizada.

Índice geral

iii	Agradecimentos	
iv.	Índice geral	
vi.	Índice de quadros e gráficos	
vii.	Lista de abreviaturas	
1.	Sumário	1
	Abstract	2
2.	Caso	3
2.1.	Apresentação do Problema	3
2.2.	Enquadramento	4
2.2.1.	O sistema de saúde Português – breve caracterização	4
2.2.2.	Principais problemas no sector	5
2.2.3.	Definição de cuidados de saúde primários	6
2.2.4.	A delimitação das NUTS	7
2.2.5.	A criação das regiões de saúde	7
2.2.6.	A reforma dos cuidados primários	8
2.2.6.1.	A criação dos ACES	8
2.2.7.	Caracterização da Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, IP	9
2.2.7.1.	Enquadramento geral	9
2.2.7.2.	Missão, visão e valores	10
2.2.7.3.	Organização da ARSLVT	11
2.2.7.4.	Recursos humanos	11
2.2.7.5.	Recursos financeiros	12
2.2.7.6.	Recursos tecnológicos	12
2.2.7.7.	Cadeia de abastecimentos atual	12
2.2.7.7.1.	Bases de abastecimento e compras	13
2.2.7.7.2.	Distribuição física	14
2.2.7.7.3.	Recursos envolvidos	14

2.2.7.7.4. Formulação dos procedimentos	14
2.3. Questões	16
2.4. Anexos	17
3. Nota Pedagógica	28
3.1. Público-alvo do caso	28
3.2. Objetivos pedagógicos	28
3.3. Revisão de literatura	29
3.3.1. Estratégia	29
3.3.2. Logística	32
3.3.3. Negociação.....	38
3.3.4. O código da contratação pública (CCP).....	39
3.4. Ferramentas de análise	40
3.5. Plano de animação.....	42
3.6. Questões de animação a colocar pelo docente ao aluno.....	43
3.7. Resolução	43
3.7.1. Resposta à Questão 1:.....	43
3.7.1.1. Análise do ambiente externo e interno.....	43
3.7.1.1.1. PEST	43
3.7.1.1.2. Stakeholders	44
3.7.1.1.3. Cadeia de valor	47
3.7.1.1.4. SWOT	47
3.7.2. Resposta à Questão 2:	50
3.7.3. Resposta à Questão 3	51
3.7.4. Resposta à Questão 4	53
3.7.5. Resposta à Questão 5	58
3.8. Slides de resolução.....	60
3.9. Ilacões a retirar do presente caso para a gestão	63
3.10. Bibliografia	65

Índice de Quadros e Gráficos

Figura 1	Crescimento anual das despesas de saúde e do PIB, 2000-2008	6
Quadro 1	Escolha dos procedimentos em função do valor	40
Quadro 2	PEST	44
Quadro 3	Matriz de análise de <i>stakeholders</i>	45
Quadro 4	Matriz de poder/interesse	46
Figura 2	Cadeia de valor da ARSLVT	47
Quadro 5	SWOT	48
Quadro 6	Matriz SWOT	49
Quadro 7	Vectores e objetivos estratégicos	50

Lista de Abreviaturas

ACES – Agrupamento de Centros de Saúde

ACS – Alto Comissariado da Saúde

ACSS – Administração Central dos Serviços de Saúde

AML - Área Metropolitana de Lisboa

AP – Administração Pública

ARS – Administração Regional de Saúde

ARSLVT - Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, IP

CATUS - Centro de Atendimento e Tratamentos Urgentes

CEE – Comunidade Económica Europeia

CENSOS - Recenseamentos da População e Habitação

CCP - Código da Contratação Pública

CD – Conselho Diretivo

DGO – Direção Geral do Orçamento

DGS – Direção Geral de Saúde

D.L. – Decreto-lei

EPE - Entidade Pública Empresarial

FIFO – First In, First Out

FMEA - Failure Mode and Effect Analysis

IGIF – Instituto de Gestão Informática e Financeira

IPSS – Instituição Particular de Solidariedade Social

JIT - Just-in-Time

JOUE – Jornal Oficial da União Europeia

LVT – Lisboa e Vale do Tejo

MCC – Material de Consumo Clínico

MCDT – Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica

NUTS – Nomenclaturas de unidades Territoriais para Fins Estatísticos

OCDE – Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico

ONG – Organização Não Governamental

PDCA – Plan, Do, Check and Act

PEST - Political, Economical, Social and Technological

PIB – Produto Interno Bruto

PNV – Plano Nacional de Vacinação

RIS – Rede Informática da Saúde
RNU – Registo Nacional de Utentes
SA – Serviço de Atendimento
SAP – Serviço de Atendimento Permanente
SH – stakeholders
SIGA - Sistemas de Informação Geográfica da ARSLVT
SLA - Service Level Agreements
SPMS – Serviços Partilhados do Ministério da Saúde
SWOT – Strengths, Weaknesses, Opportunities and Threats
SNS – Serviço Nacional de Saúde
TDT – Técnico de Diagnóstico e Terapêutica
USF – Unidade de Saúde Familiar

1. Sumário

O presente caso pedagógico foi desenvolvido no âmbito da Logística e aplica-se à realidade de um Organismo Público que opera na área da saúde em Portugal, há quase três décadas de existência.

Com o presente estudo pretende-se conhecer o mercado da saúde português e quais as alterações que a reforma dos cuidados primários veio introduzir, designadamente na ARSLVT, de forma a conceber, com fins pedagógicos, a possibilidade de definição de uma estratégia própria, dentro do contexto legal subjacente, e um novo modelo logístico otimizado adaptado à nova realidade.

O trabalho encontra-se dividido em duas partes. Na primeira parte do caso faz-se uma breve apresentação do mercado da saúde, incluindo as recentes alterações, caracteriza-se a ARSLVT, em termos históricos, missão, visão e valores estatuídos na Lei Orgânica das ARS, vertente de recursos humanos, recursos financeiros, cadeia de valor e outros elementos importantes da organização. Termina-se com a formulação das questões a serem resolvidas pelos alunos.

Na segunda parte, identifica-se o público-alvo do caso, os objetivos pedagógicos e elabora-se uma breve síntese da Revisão da Literatura subjacentes aos temas em análise, designadamente estratégia, logística, negociação e código dos contratos públicos. Seguidamente, apresenta-se um conjunto de ferramentas de análise, bem como o plano de animação atinente e definem-se questões de animação a colocar pelos docentes aos alunos. Segue-se a resolução e análise dos dados, incluindo os slides de resolução. Finalmente, termina-se o estudo indicando ilações a retirar do presente caso para a Gestão.

Palavras-chave: Análise dos Mercados em Saúde, Cadeia de Abastecimentos, Logística em Saúde, Distribuição,

Classificação no Sistema de Classificação JEL:

- I11 – Analysis of Health Care Markets
- M11 – Production Management

Abstract

The current pedagogical analysis was developed within the area of logistics and applies itself to the reality of a public provider of healthcare in Portugal for almost three decades. Recently, as far as internal organization goes, this entity underwent through deep modifications propelled by a primary healthcare reform movement associated to a steep reduction of assigned global budget.

With the present dissertation we tried to understand the Portuguese healthcare market and what were the modifications introduced by the primary healthcare reform, namely upon ARSLVT, as a way to develop (with a pedagogical objective), the possibility of assuming a tailored strategy within the legal context, and an optimized logistics model shaped regarding this new reality.

The dissertation is divided in two parts. In the first one we give a brief presentation of the healthcare market, including its recent changes, and present a summary of what are ARS's and specially what is ARSLVT. We conclude with the presentation of the questions to be answered by the prospective students.

In the second part we identify the target audience of the current study as well as the pedagogical objectives to be achieved and present a brief synthesis of the pertinent book review. Afterwards we propose a set of analysis tools, as well as the correlated action plan, and build up the questions to be asked to the prospective students. We follow up solving the case and proceed with a debriefing. Finally we conclude the presentation mentioning which conclusions to take from the present study.

Keywords: Analysis of Health Care Markets, Supply Chain, Logistics Health, Distribution..

Classification of JEL Classification System:

- I11 – Analysis of Health Care Markets
- M11 – Production Management

2. Caso

2.1. Apresentação do Problema

Quando o nosso telemóvel tocou em Março de 2009 estávamos longe de adivinhar o desafio profissional que daí adviria. A chamada provinha do Conselho Diretivo da Administração Regional de Lisboa e Vale do Tejo para solicitar a marcação de uma entrevista, ao que acedemos de bom grado, e dias depois, realizou-se a mesma. O objetivo era conceber um novo modelo logístico na ARSLVT de forma a acompanhar a implementação da reforma dos cuidados primários na saúde que estava em curso, bem como otimizar a gestão da cadeia de abastecimentos contribuindo para a redução dos encargos associados.

A Região de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo constitui a maior região de saúde do país, com maior número de utentes inscritos, maior número de unidades de saúde e o maior orçamento financeiro atribuído. Neste sentido, a implementação de reformas estruturais na ARSLVT tem um impacto económico e social muito superior ao da maioria dos organismos nacionais de natureza similar.

Com efeito, as alterações legislativas e orçamentais tiveram repercussões no conjunto global da Organização, colocando em causa o modelo de cadeia logística utilizado, associado a uma indefinição da estratégia a seguir.

Com o presente estudo pretende-se conhecer o mercado da saúde português e quais as alterações que a reforma dos cuidados primários veio introduzir, designadamente na ARSLVT, de forma a conceber, com fins pedagógicos, a possibilidade de definição de uma estratégia própria, dentro do contexto legal subjacente, e um novo modelo logístico otimizado adaptado à nova realidade.

O caso exige a reflexão sobre os principais desafios às Organizações que operam no mercado da saúde em Portugal e visa constituir um instrumento útil e prático na aprendizagem da temática da logística na saúde, sistematizando questões de suporte que permitam a consolidação dos seus conhecimentos e o desenvolvimento da capacidade e gestão dos organismos, integrados nesta área.

A perspectiva prática e dinâmica de exploração que o caso comporta, torna-o bastante relevante, enquanto objecto de estudo e conhecimento de uma realidade aplicável a muitas organizações.

2.2. Enquadramento

2.2.1. O sistema de saúde Português – breve caracterização

A criação do atual Serviço Nacional de Saúde (SNS) remonta a 1979, com a publicação da Lei n.º 56/79, de 15 de Setembro, com um objetivo muito democrático – universalidade, generalidade e gratuidade. O SNS passou a estar integrado no âmbito do Ministério dos Assuntos Sociais, enquanto instrumento do Estado destinado a assegurar o direito à proteção da saúde, nos termos da Constituição.

O SNS envolve todos os cuidados integrados de saúde, compreendendo a promoção e vigilância da saúde, a prevenção da doença, o diagnóstico e tratamento dos doentes e a reabilitação médica e social. Define-se o acesso como sendo gratuito, mas contempla-se a possibilidade de criação de taxas moderadoras, a fim de racionalizar a utilização das prestações.

O diploma estabelece ainda que o SNS goza de autonomia administrativa e financeira e que se estrutura numa organização descentralizada e desconcentrada, compreendendo órgãos centrais, regionais e locais, dispondo de serviços prestadores de cuidados de saúde primários (centros comunitários de saúde) e de serviços prestadores de cuidados diferenciados (hospitais gerais, hospitais especializados bem como de outras instituições especializadas

A partir de 1990, o sistema de saúde português foi regulado por dois diplomas fundamentais: a Lei de Bases da Saúde (Lei n.º 48/90, de 24 de Agosto) e o Estatuto do Serviço Nacional de Saúde (Lei n.º 11/93, de 15 de Janeiro). O sistema de saúde português passa a ser composto por três segmentos designadamente:

- O Serviço Nacional de Saúde (abrangendo todas as instituições e serviços oficiais prestadores de cuidados de saúde dependentes do Ministério da Saúde);
- Todas as entidades públicas que desenvolvam atividades de promoção, prevenção e tratamento na área da saúde;
- Todas as entidades privadas e todos os profissionais livre que acordem com o SNS a prestação de cuidados de saúde.

Ao longo dos últimos 30 anos assistimos a uma grande melhoria dos indicadores em saúde, sendo de destacar a redução da mortalidade infantil para 3,3 por 1.000 nados vivos¹ e o aumento da esperança média de vida que atingiu os 82,4 anos em 2008².

2.2.2. Principais problemas no sector

Em Anexo I apresentamos um quadro com os principais problemas no sector da saúde, identificados pelos diversos intervenientes no sector, dos quais destacamos os seguintes:

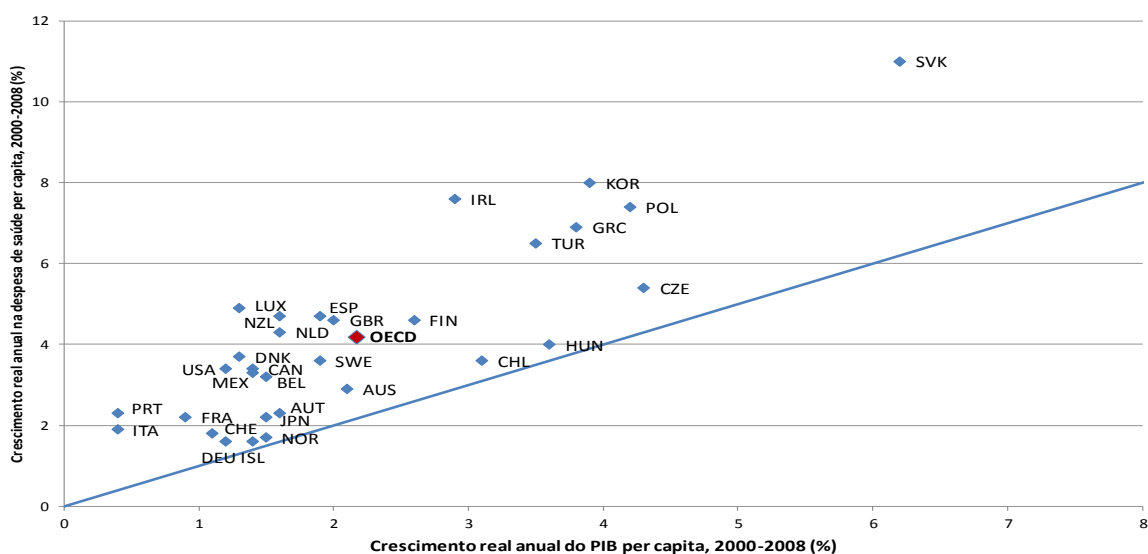
- Insustentabilidade financeira do SNS, verificando-se um aumento generalizado da despesa privada e pública em saúde, tendo esta ultrapassado o ritmo de crescimento do PIB;
- As alterações ao nível da estrutura demográfica populacional associadas a um aumento médio da esperança média de vida e um envelhecimento da população pressionam a sustentabilidade do sistema de saúde atual;
- A gestão da inovação tecnológica revela-se crítica para o controlo de custos em saúde, pois traduz-se normalmente num incremento da despesa;
- Os medicamentos têm um peso significativo na despesa local em saúde, pelo que qualquer oscilação no seu preço tem um elevado impacto na despesa;
- Verifica-se uma evolução gradual do papel de doente para o de cliente com as inerentes consequências no seu nível de informação, decisão e pressão;
- O financiamento da saúde em Portugal é na sua grande maioria de origem pública;
- As taxas moderadoras instituídas com o intuito de regular o consumo dos serviços de saúde contribuem com menos de 1% para o financiamento da despesa do SNS;
- Apesar da abrangência global do SNS, existem subsistemas públicos e privados, fazendo com que se multipliquem os casos de dupla cobertura;
- A governação da saúde em Portugal caracteriza-se por um papel tripartido do Estado, assumindo a posição de acionista, regulador e pagador.
- O planeamento e gestão dos recursos humanos são desadequados, existindo escassez de recursos humanos nalguns sectores e assimetria na sua distribuição;
- O sistema não está centrado no cidadão, criando obstáculos à sua circulação lógica no sistema;

¹ OCDE, Health Data 2010

² OCDE, Health Data 2010

- Falta informação de qualidade no sector da saúde, com repercussões ao nível dos custos;
- Sector público, privado e social têm coexistido no sistema de saúde, sem articulação e num clima de alguma desconfiança.

Figura 1 - Crescimento anual das despesas de saúde e do PIB, 2000-2008



Fonte: OCDE Health Data, 2010

2.2.3. Definição de cuidados de saúde primários

Os cuidados de saúde primários são reconhecidos como sendo o pilar de um sistema de saúde. Estão na linha da frente, constituindo-se como cuidados de primeiro contacto ao estarem acessíveis quando necessários, acompanhando global e longitudinalmente todo o processo saúde-doença de uma vida e não apenas os episódios da doença. Orientam-se para a promoção da autorresponsabilização e autonomia dos cidadãos nas suas decisões e ações, coordenando, sempre que necessário, as suas interações com outras estruturas e níveis de cuidados ou com profissionais no domínio da saúde.

Em Portugal, como em outras partes do Mundo, os Cuidados de Saúde Primários estão indelevelmente associados aos Centros de Saúde, agrupados em bases regionais correspondentes às NUTS, as quais têm variado ao longo dos anos.

2.2.4. A delimitação das NUTS

Em **1986** (Resolução do Conselho de Ministros n.º 34/86 de 5 de Maio), foi criada, no âmbito da CEE, entre o *Office Statistique*, os serviços da Comissão e os estados Membros uma norma comum, que se designa por Nomenclatura das Unidades Territoriais para Fins Estatísticos (NUTS). Estas unidades geográficas foram definidas com o objetivo de uniformizar as delimitações espaciais adotadas pelos diversos sectores administrativos nacionais bem como para implementar as regras e procedimentos estatísticos comuns às Comunidades Europeias, permitindo a comparação da informação. Esta nomenclatura constitui a matriz delimitadora da recolha e compilação da informação estatística de base regional e é constituída por três níveis de agregação para unidades territoriais (níveis I, II e III).

Ao longo dos anos as NUTS têm sofrido alterações em virtude das alterações na estrutura administrativa do País, bem como o perfil socioeconómico das Regiões. Assim, verificam-se alterações em **1989** (D.L. n.º 46/89 de 15 de Fevereiro), **1999** (D.L. nos 163/99 e 317/99 de 13 de Maio e de 11 de Agosto, respectivamente) e em **2002** (D.L. n.º 244/2002 de 5 de Novembro).

2.2.5. A criação das regiões de saúde

Em **1982** (D.L. n.º 254/82 de 29 de Junho) são criadas as Administrações Regionais de Saúde (ARS), em substituição das antigas Administrações Distritais de Serviços de Saúde (definidas em 1975). Segundo o diploma, as novas ARS tinham como território de atuação o distrito enquanto não fossem criadas as regiões administrativas previstas na Constituição da República.

Em **1990** a publicação da Lei de Bases da Saúde prevê a organização do sistema de saúde em Regiões de Saúde que poderiam ser divididas em sub-regiões de saúde, de acordo com as necessidades das populações e a operacionalidade do sistema.

Em **1993** com a publicação do estatuto do Serviço Nacional de Saúde, criam-se novas ARS e extinguem-se as de 1982. De acordo com o novo diploma, o SNS passa a organizar-se em 5

Regiões de Saúde (e respectivas ARS) que por sua vez se dividem em 18 sub-regiões de saúde: a) Norte (Braga, Bragança, Porto, Viana do Castelo e Vila Real); b) Centro (Aveiro, Castelo Branco, Coimbra, Guarda, Leiria e Viseu); c) Lisboa e Vale do Tejo (Lisboa, Santarém e Setúbal); d) Alentejo (Beja, Évora e Portalegre); e) Algarve (Faro), conforme ilustrado em Anexo II.

Em **1995**, as ARS passam a ter delimitação geográfica correspondente às unidades de nível II das NUTS, previstas no D.L. n.º 46/1989, de 15 de Fevereiro.

Em **2007** (de acordo com o D.L. n.º 222/2007 de 29 de Maio), a jurisdição territorial da área de influência das ARS passa a corresponder às NUTS II previstas no D.L. n.º 317/99 de 11 de Agosto, conforme ilustrado em Anexo II.

2.2.6. A reforma dos cuidados primários

Nos últimos anos assistiu-se a uma reorganização da estrutura da oferta dos cuidados de saúde. Esta reorganização tem em vista principalmente a melhoria da prestação de cuidados.

A **reforma** assentou numa reorganização funcional dos cuidados de saúde primários, extinguindo as sub-regiões de saúde, que até aqui estabeleciam a ponte entre os Centros de Saúde e as Administrações Regionais de Saúde, com funções essencialmente administrativas. Em simultâneo, foram criados os Agrupamentos de Centros de Saúde.

2.2.6.1. A criação dos ACES

A Lei Orgânica do Ministério da Saúde aprovada pelo D.L. n.º 212/2006 de 27 de Outubro e alterada pelo D.L. n.º 234/2008 de 02 de Dezembro consagra a extinção progressiva das sub-regiões de saúde, por diploma próprio até 31 de Dezembro de 2007. A extinção das sub-regiões de saúde, aliada à necessidade de criar órgãos de gestão mais flexíveis e mais próximos do cidadão implicou um novo desenho do modelo organizacional dos centros de saúde.

Em **2008** o D.L. n.º 28/2008 de 22 de Fevereiro **cria os ACES**, serviços públicos de saúde que agrupam um ou mais centros de saúde, devendo corresponder às NUTS III, a um agrupamento de concelhos ou a um concelho, conforme ilustrado em Anexo III.

Os ACES são serviços de saúde, com autonomia administrativa, com competências delegadas no âmbito de autorização de despesas até 10.000€, com estruturas de armazenamento próprias para assegurar a existência de stocks necessários à prestação de serviços de saúde, constituídas por várias unidades funcionais, e que agrupam um ou mais centros de saúde, considerando a necessidade de gestão mais eficiente dos recursos disponíveis e dos fatores geodemográficos. Os ACES têm por missão garantir a prestação de cuidados de saúde primários à população adstrita à sua área geográfica, através da contratualização da prestação de serviços com as unidades funcionais (UCSP, USF, entre outras). Para além disso, faz parte da missão dos ACES o desenvolvimento da atividade epidemiológica, de investigação em saúde e de controlo e avaliação de resultados.

Destas unidades funcionais destaca-se a **criação de USF**, unidades elementares de prestação de cuidados de saúde, individuais e familiares, que assentam em equipas multiprofissionais, constituídas por médicos, enfermeiros e pessoal administrativo. Este modelo de prestação de cuidados permite manter uma relação de maior proximidade com os cidadãos através do contacto constante e personalizado. Operando com base na partilha de informação e complementaridade entre profissionais, é possível, com este modelo obter uma maior cobertura de cidadãos com médico de família do que com o modelo tradicional. Deste modo, o número de USF tem aumentado substancialmente nos últimos anos, **sendo objetivo do Governo cobrir todo o território nacional com USF até 2013**.

2.2.7. Caracterização da Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, IP

2.2.7.1. Enquadramento geral

A Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, IP (ARSLVT) é responsável pela área geográfica correspondente a cinco NUTS III – Oeste, Grande Lisboa, Península de Setúbal, Médio Tejo e Lezíria do Tejo, à qual corresponde 51 concelhos, 526 freguesias a que corresponde um território de 11.741 km², uma população residente de **3.664 milhares de pessoas** (CENSOS 2001) e uma densidade de 312 habitantes/km². O número de utentes inscritos nos centros de saúde da LVT regista, no entanto, **4.139 milhares de utentes**.

O território da Região de Lisboa e Vale do Tejo corresponde a 13% do todo o território nacional e concentra 34% da população total. A Área Metropolitana de Lisboa (AML) corresponde a 3,2% do território nacional e a sua população representa 27%.

No seguimento do **Decreto-Lei n.º 222/2007, de 29 de Maio**, que extinguiu as Sub-Regiões de Saúde correspondentes às áreas dos distritos que coincidem com as sedes das ARS (a Sub-Região de Saúde de Lisboa, no caso da ARSLVT, IP), foram extintas, em 2009, as demais sub-regiões de saúde integradas na ARSLVT e criados os 22 Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES), conforme ilustrado em Anexo IV.

2.2.7.2. Missão, visão e valores

De acordo com a Lei Orgânica das ARS, IP, a ARSLVT, IP tem como **missão**:

MISSÃO	<i>Garantir à população, da Região de Lisboa e Vale do Tejo, o acesso à prestação de cuidados de saúde de qualidade, adequando os recursos disponíveis às necessidades em saúde e cumprir e fazer cumprir o Plano Nacional de Saúde</i>
---------------	---

Fonte: ARSLVT

Pretendendo a ARSLVT ser reconhecida por utentes e parceiros como uma organização líder em *managed care*³, a **visão** adotada para este organismo é:

VISÃO	<i>Mais Saúde e Bem-estar para a Região de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, atingindo os melhores indicadores de saúde do país</i>
--------------	---

Fonte: ARSLVT

Os **valores** que se consideram facilitadores da missão e visão são:

RESPONSABILIDADE	<i>A ARSLVT, IP norteia a sua actuação de modo a que esta atenda às expectativas da sociedade em termos do respeito pela lei, pelos valores éticos, pelas pessoas, pela comunidade e pelo meio ambiente</i>
-------------------------	---

³ *managed care* - processo para maximizar ganhos em saúde de uma comunidade dentro de recursos limitados, assegurando que um nível apropriado de serviços seja prestado e monitorizado, numa base individual, para assegurar melhoria contínua, de forma a atingir as metas nacionais para a saúde e para as necessidades individuais de saúde.

**ENTREAJUDA E
RECIPROCIDADE**

Garantir à população, da Região de Lisboa e Vale do Tejo, o acesso à prestação de cuidados de saúde de qualidade, adequando os recursos disponíveis às necessidades em saúde e cumprir e fazer cumprir o Plano Nacional de Saúde

**CRIAÇÃO DE
VALOR**

A ARSLVT, IP pauta a sua actuação de forma a ser útil às pessoas, a garantir a qualidade na prestação de serviços e nos procedimentos internos, a ser disponível para as organizações que tem sob sua tutela e a responder às necessidades com eficiência

Fonte: ARSLVT

2.2.7.3. Organização da ARSLVT

O organigrama da ARSLVT está de acordo com a Lei Orgânica das ARS e assume-se como o descrito em Anexo V.

2.2.7.4. Recursos humanos

Em 31/12/2010, a ARSLVT possuía 8.831 trabalhadores, distribuídos pela Sede e pelos ACES e por diversos grupos profissionais. O grupo mais representativo são os médicos, com 28% do total, seguido dos assistentes técnicos (27%) e enfermeiros (25%), conforme Anexo VI. A estrutura etária está envelhecida, com o grupo etário de trabalhadores mais representativo (25%) situado entre os 55 e os 59 anos.

Actualmente, e de acordo com a Lei do Orçamento de Estado para 2011 são vedados o recrutamento de trabalhadores, não podendo as organizações estatais proceder à abertura de procedimentos concursais com vista à constituição de relações jurídicas de emprego público.

A partir de Janeiro de 2011, são reduzidas as remunerações totais ilíquidas mensais de todos os trabalhadores que auferem s mais de 1.500€, de acordo com escalonamento descrito no art. 19º da lei n.º 55-A/2010, de 31 de Dezembro.

As pessoas colectivas de direito público, dotadas de independência e excluídos do âmbito da aplicação da Lei n.º 12-A/2008, de 27 de Fevereiro, podem no entanto proceder ao recrutamento de trabalhadores para a constituição de relações jurídicas de emprego por tempo indeterminado, determinado e determinável, em situações excepcionais, fundamentadas na existência de relevante interesse público no recrutamento ponderada a carência de recursos humanos.

2.2.7.5. Recursos financeiros

Para o ano de 2011, a ARSLVT, IP dispõe de um orçamento anual de 1.348.199.591 € dos quais 99% corresponde a orçamento de financiamento. Em 2009 esse valor correspondia a 1.469.924.348€ A receita prevista corresponde à real previsão de cobrança, tendo em conta as verbas a receber por transferências do Orçamento de Estado (96,23 %) e a referência da previsão de cobrança a realizar em 2010.

A despesa orçamentada é limitada às receitas previstas, correspondendo a uma **redução de cerca de 4,8% em todas as rubricas, relativamente ao ano anterior**.

O orçamento de funcionamento encontra-se afeto às rubricas abaixo discriminadas, verificando-se que 73,87% corresponde a aquisição de bens e serviços (incluindo a comparticipação dos medicamentos e meios complementares de diagnóstico e terapêutica prescritos pelo SNS, convencionados e privados) e 23,89% correspondem a despesas com o pessoal, conforme Anexo VII.

2.2.7.6. Recursos tecnológicos

Coabitam na ARSLVT diversos sistemas de informação, mas não existe um sistema único integrado. A Rede Informática da Saúde é lenta e não alcança todas as unidades de saúde.

Recentemente a ex-subregião de saúde adquiriu um software de gestão em rede para a área das compras e logística. O desenvolvimento desse software para toda a ARSLVT está estimado em 247.200€ Paralelamente, estima-se a necessidade de aquisição de hardware no valor de 19.200€

2.2.7.7. Cadeia de abastecimentos atual

Iremos seguidamente abordar a cadeia de abastecimentos que a ARSLVT possuía antes da implementação da reforma dos cuidados primários, reportando-nos ao ano de 2009 quando ainda existiam as sub-regiões de Santarém e Setúbal e as unidades de saúde do Oeste pertenciam à sub-região de Leiria.

O orçamento global da ARSLVT, IP em 2009, corresponde a 1.469.924.348€ dos quais apenas 32.723.998 € correspondem a aquisições de consumíveis de farmácia e materiais gerais, representando os produtos farmacêuticos, cerca de 77% do total, os materiais de consumo clínico 11% do total e os materiais de consumo administrativo 10% do total. Os restantes

consumos têm valores muito reduzidos. As vacinas e os anticoncepcionais representam 70% dos consumos totais, conforme Anexo VIII.

2.2.7.7.1. Bases de abastecimento e compras

Aquando da implementação da reforma dos cuidados de saúde primários verifica-se a existência de 4 serviços de compras (Lisboa, Setúbal, Santarém e Leiria) e uma dispersão por 10 locais de armazenagem, designadamente 4 armazéns gerais (Lisboa, Setúbal, Santarém e Leiria) e 6 farmácias (Lisboa, Setúbal, Pragal, Alenquer, Santarém e Leiria), conforme Anexo IX.

Alenquer é um espaço arrendado que serve exclusivamente para armazenagem de vacinas em rede de frio, não tendo recursos humanos afectos. O aluguer anual deste espaço estima-se em 8.029,44€ Lisboa fornece 45 centros de saúde e extensões correspondentes (14 ACES), Santarém fornece 21 centros de saúde e extensões correspondentes (4 ACES) e o Pragal fornece 16 centros de saúde e extensões correspondentes (4 ACES), respectivamente. Os restantes 6 centros de saúde são abastecidos por Leiria.

A gestão dos materiais de consumo clínico é efetuada pela Farmácia apenas em Lisboa, Pragal e Palmela. No caso de Santarém e Leiria, a gestão e armazenamento destes materiais é efetuada no Armazém de consumos gerais, simultaneamente com o material de consumo administrativo, hoteleiro e de manutenção e conservação.

Em todos os armazéns (excepto Alenquer, que não pertence à ARSLVT), as instalações físicas estão degradadas e totalmente desadequadas ao armazenamento de qualquer tipo de material hospitalar e muito menos de material farmacêutico. Não existem zonas definidas para a receção e armazenamento. Não existem estruturas de armazenagens adequadas. De um modo geral verifica-se uma gestão caótica dos espaços e onde o controle e planeamento são praticamente nulos.

O armazém e Farmácia de Lisboa possuem a vantagem de serem locais muito espaçosos, com bons acessos e junto ao Serviço de Compras, localizados no edifício da sede da ARSLVT, sita na Av. dos Estados Unidos da América, cujo valor da renda não pode ser autonomizado. Os armazéns de Palmela e Pragal estão localizados em edifícios pertencentes à ARSLVT. Os locais necessitam de obras estimadas em 215.770€. Foi igualmente solicitada uma estimativa de custos para a aquisição de novas estruturas de *layout*, armazenagem e sistemas automáticos de picking de materiais que rondam os 85.000€. O armazém de Santarém está localizado

numa cave arrendada com um valor de renda mensal correspondente a 410,18€. O local necessita de obras estimadas em 42.934,80€.

2.2.7.7.2. Distribuição física

A distribuição é assegurada em média trimestralmente aos 88 centros de saúde e extensões num total de 180 locais de entrega, simultaneamente por viaturas da ARSLVT e por recurso a empresas de transporte, de uma forma amadora, sem qualquer planeamento e sem definição de rotas, geridas por auxiliares sem formação, com circuitos repetidos entre os fornecimentos de materiais gerais (Anexo X) e químico-farmacêutico (Anexo XI), a pedido das unidades saúde. A carga média por centro de saúde oscila entre os 5 e os 15 m³. Não sendo possível identificar com exatidão o valor despendido na distribuição, estima-se que o mesmo seja superior a 1 milhão de euros, com base nas facturas de distribuição pagas, custos de combustíveis das viaturas próprias e portagens.

As unidades de saúde da grande Lisboa representam 55% dos consumos totais, as unidades de saúde da península de Setúbal representam 23%, Lezíria e Médio Tejo contribuem com 14% e o Oeste com 8% dos consumos totais, conforme Anexo XII.

2.2.7.7.3. Recursos envolvidos

No processo de compras/logística colaboram 52 colaboradores, dos quais 7 são farmacêuticos, 5 técnicos de farmácia, apenas 3 técnicos superiores da área de gestão, 27 administrativos e 10 auxiliares. Não foi possível obter os dados da ex-subregião de Leiria. Não estão incluídos os motoristas, pois estes executam vários serviços, incluindo o transporte de doentes. O custo anual foi elaborado com base nas remunerações médias mensais de cada uma das classes profissionais, tendo-se obtido o valor de 630.983,67€ conforme Anexo XIII.

As remunerações médias dos profissionais no mercado constam do Anexo XIV.

2.2.7.7.4. Formulação dos procedimentos

Os processos utilizados para a formulação da previsão dos consumos são maioritariamente manuais, com transcrição manual de pedidos das unidades de saúde pelos administrativos, validações manuais pelos enfermeiros e técnicos de farmácia e novos registos manuais ou em folhas de Excel pelos administrativos, conforme mapeamento dos processos indicados em Anexo XV. Não existe um software de gestão de compras e logística e os recursos humanos estão dispersos e, com exceção da farmácia, são pouco qualificados. Não existem gestores de stocks nas farmácias ou nos armazéns gerais.

A organização dos procedimentos de aquisição dos consumíveis/medicamentos é efetuada isoladamente pelos serviços de compras das diversas sub-regiões, aglutinando diversos centros de saúde. A instrução dos procedimentos é efetuada de acordo com o CCP nomeadamente através da consulta dos artigos de catálogo da ACSS (só para medicamentos), cujo artigo, embalagem, preço e fornecedores já estão previamente definidos. Não existe qualquer negociação com os fornecedores e as entregas costumam ser na totalidade da encomenda anual.

Os artigos transversais a diversas unidades de saúde são adquiridos pelos serviços de compras. No entanto, face às ruturas existentes e à falta de confiança no sistema existem elevados níveis de stocks ao longo da cadeia, as unidades de saúde procedem muito frequentemente a aquisições locais, através de fundo de maneiio, contactando diretamente os fornecedores, não efetuando qualquer processo de instrução de aquisição ou registo nos stocks. Os stocks finais em 31.12.2009 em armazéns/farmácias totalizaram 9.854.510€, correspondendo a 30% dos consumos.

De um modo geral, os fornecimentos aos centros de saúde são efetuados a pedido. Não existe qualquer sistema automático de picking, sendo o mesmo efetuado manualmente. O registo das entradas e saídas é efetuado em outros locais, que não o armazém, e com vários dias de defasamento. Não existem armazéns avançados. A noção de inventário permanente é inexistente. Não existe controlo da temperatura e humidade automático e o controle dos lotes é efetuado manualmente.

2.3. Questões

Tendo por base o caso anteriormente descrito, responda às questões a seguir apresentadas:

- **Questão 1:** Faça uma análise ao mercado da saúde em geral e da ARSLVT, em particular, com ênfase nos stakeholders, fornecedores e clientes. Desenvolva uma análise externa e interna tão completa quanto possível para a organização.
- **Questão 2:** Formule a estratégia possível enquadrada na política de saúde, e na missão, visão e valores definida pelo Governo.
- **Questão 3:** Comente o modelo de cadeia de abastecimentos presente no caso, considerando as bases de abastecimento, a distribuição física, a agilidade da cadeia de abastecimento, a gestão dos *stocks*, a formulação das previsões de consumos, a negociação, os custos e os recursos envolvidos.
- **Questão 4:** Considerando o modelo de cadeia de abastecimento referido na questão anterior, identifique pontos de otimização, propondo, um novo modelo com base nas análises anteriores.
- **Questão 5:** Elabore um cenário quantificado com a expectativa de ganhos, baseado nos elementos do caso. Descreva igualmente outros benefícios não quantificados para os utentes, profissionais de saúde e concomitantemente para a ARSLVT.

2.4. Anexos

Anexo I – Principais problemas no sector da saúde

Anexo II - Regiões de saúde, segundo a legislação de 1993 e de 2007

Anexo III - Agrupamentos dos centros de saúde, segundo a legislação de 2008

Anexo IV - ACES da ARSLVT, IP

Anexo V - Organigrama funcional da ARSLVT

Anexo VI - Recursos humanos da ARSLVT em 2010

Anexo VII - Distribuição do orçamento de funcionamento da ARSLVT em 2011

Anexo VIII - Distribuição dos consumos dos materiais da ARSLVT

Anexo IX - Localização dos atuais armazéns de materiais gerais e químico-farmacêuticos

Anexo X – Distribuição atual dos armazéns gerais e serviços de compras

Figura XI – Distribuição atual dos armazéns químico farmacêuticos

Anexo XII – Distribuição atual dos consumos

Anexo XIII – Recursos envolvidos

Anexo XIV – Remunerações de mercado e encargos totais

Anexo XV – Mapeamento das atividades atuais

Anexo I – Principais problemas no sector da saúde (I)

Legisladores	Reguladores	Pagadores	Prestadores Públicos	Prestadores Privados
Insustentabilidade financeira do Sistema	Insustentabilidade financeira do Sistema	Insustentabilidade financeira do Sistema	Insustentabilidade financeira do Sistema	
Modelo organizacional e de gestão inadequado		Modelo organizacional e de gestão inadequado	Modelo organizacional e de gestão inadequado	Modelo organizacional e de gestão inadequado
Ausência de planeamento estratégico	Ausência de planeamento estratégico		Ausência de planeamento estratégico	Ausência de planeamento estratégico
Planeamento e gestão de Recursos Humanos desadequados		Planeamento e gestão de Recursos Humanos desadequados	Planeamento e gestão de Recursos Humanos desadequados	Planeamento e gestão de Recursos Humanos desadequados
Sistema não está centrado no cidadão			Sistema não está centrado no cidadão	Sistema não está centrado no cidadão
Falta de informação com qualidade	Falta de informação com qualidade	Falta de informação com qualidade	Falta de informação com qualidade	
	Modelo de financiamento/alocação de recursos desajustado		Modelo de financiamento/alocação de recursos desajustado	Modelo de financiamento/alocação de recursos desajustado
Falta de clareza no papel das entidades privadas				Falta de clareza no papel das entidades privadas
Desigualdades e má qualificação do acesso	Desigualdades e má qualificação do acesso	Desigualdades e má qualificação do acesso	Desigualdades e má qualificação do acesso	
Insuficiências ao nível da qualidade	Insuficiências ao nível da qualidade		Insuficiências ao nível da qualidade	
Sistema pouco transparente			Sistema pouco transparente	Sistema pouco transparente
Burocracia			Burocracia	
	Instabilidade legislativa			Instabilidade legislativa
	Pouca investigação e desenvolvimento			
			Pouca liderança e cultura resistente à mudança	

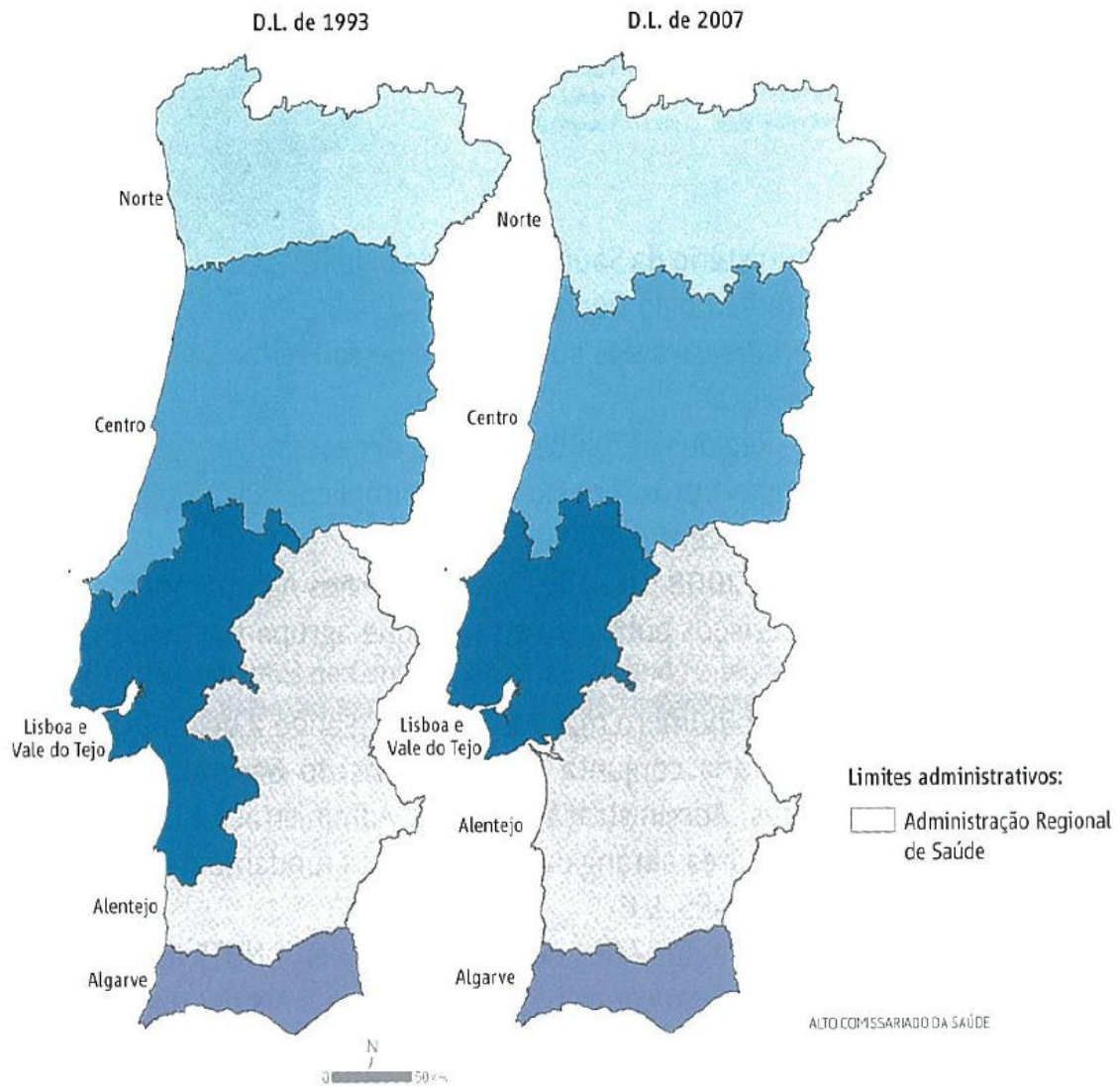
Fonte: Deloitte, 2011

Anexo I – Principais problemas no sector da saúde (II)

Líderes de Opinião	Associações de Profissionais	Associações de Doentes	Escolas e Investigadores	Entidades do Sector Farmacêutico
Insustentabilidade financeira do Sistema	Insustentabilidade financeira do Sistema			Insustentabilidade financeira do Sistema
Modelo organizacional e de gestão inadequado	Modelo organizacional e de gestão inadequado			Modelo organizacional e de gestão inadequado
Ausência de planeamento estratégico		Ausência de planeamento estratégico	Ausência de planeamento estratégico	Ausência de planeamento estratégico
Planeamento e gestão de Recursos Humanos desadequados			Planeamento e gestão de Recursos Humanos desadequados	
Sistema não está centrado no cidadão	Sistema não está centrado no cidadão		Sistema não está centrado no cidadão	
Falta de informação com qualidade		Falta de informação com qualidade	Falta de informação com qualidade	
Modelo de financiamento/alocação de recursos desajustado				Modelo de financiamento/alocação de recursos desajustado
Falta de clareza no papel das entidades privadas		Falta de clareza no papel das entidades privadas	Falta de clareza no papel das entidades privadas	Falta de clareza no papel das entidades privadas
Sistema pouco transparente				
Burocracia	Burocracia			Burocracia
				Instabilidade legislativa
Pouca investigação e desenvolvimento				Pouca investigação e desenvolvimento
Pouca liderança e cultura resistente à mudança	Pouca liderança e cultura resistente à mudança		Pouca liderança e cultura resistente à mudança	

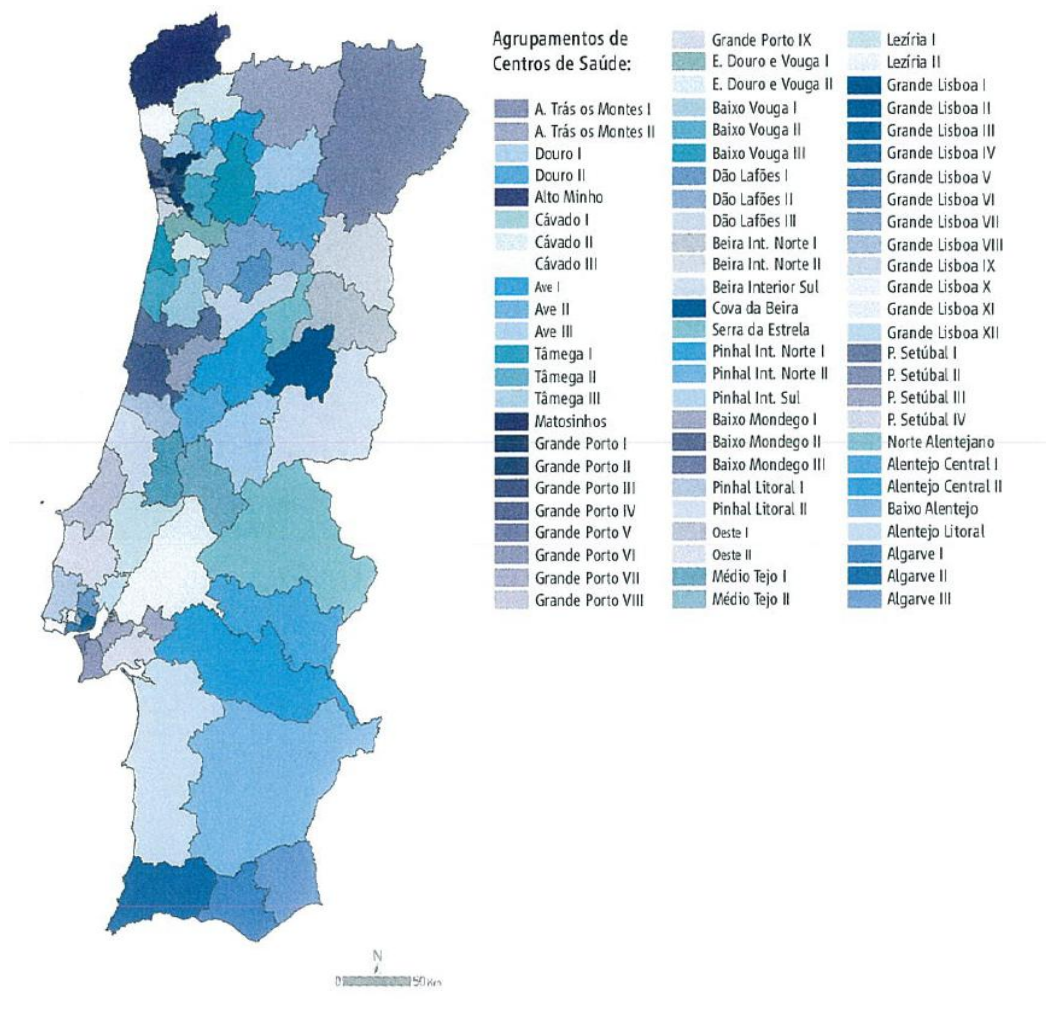
Fonte: Deloitte, 2011

Anexo II - Regiões de saúde, segundo a legislação de 1993 e de 2007



Fonte: Atlas do Plano Nacional de Saúde, 2010

Anexo III - Agrupamentos dos centros de saúde, segundo a legislação de 2008



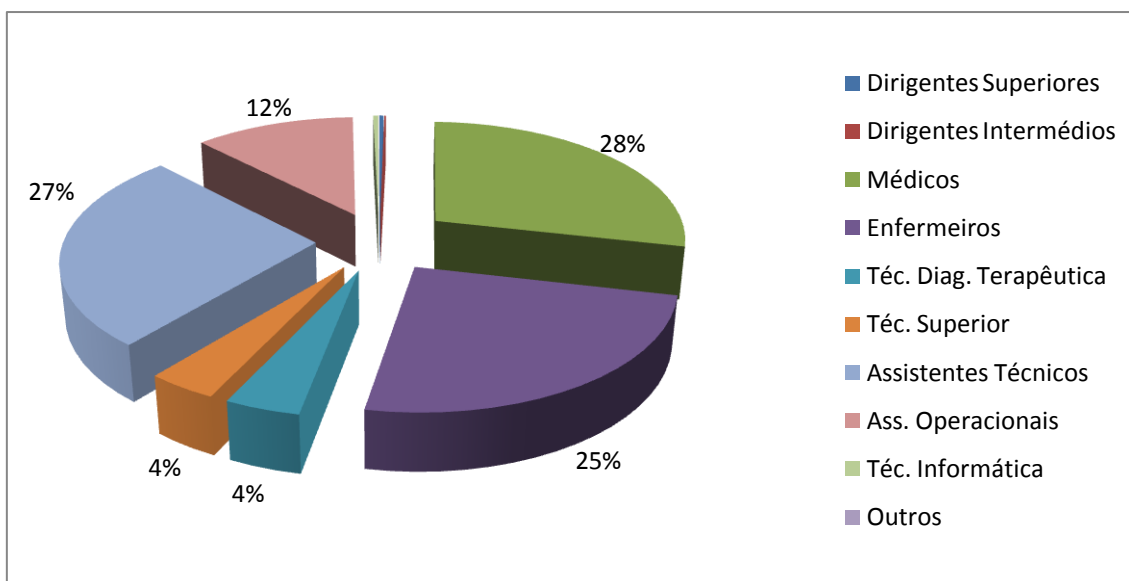
Fonte: Atlas do Plano Nacional de Saúde, 2010

Anexo IV - ACES da ARSLVT, IP



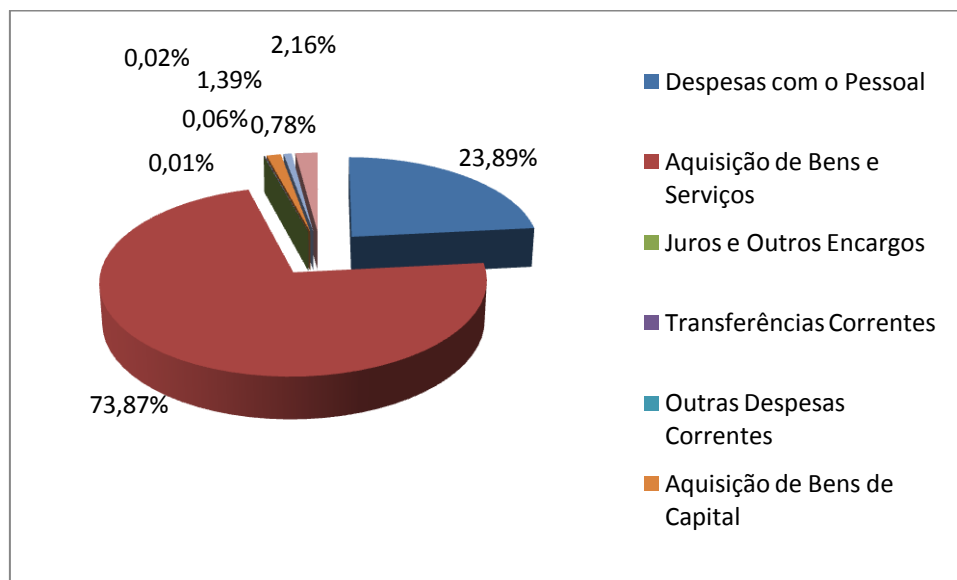
Fonte: ARSLVT, IP

Anexo VI - Recursos humanos da ARSLVT em 2010



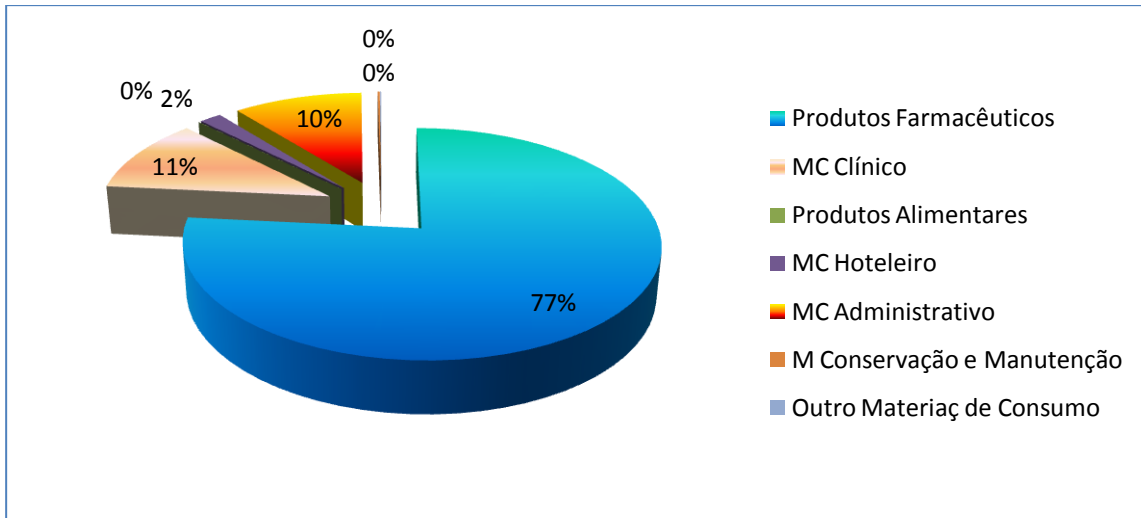
Fonte: ARSLVT – Unidade de Gestão de Recursos Humanos

Anexo VII - Distribuição do orçamento de funcionamento da ARSLVT em 2011



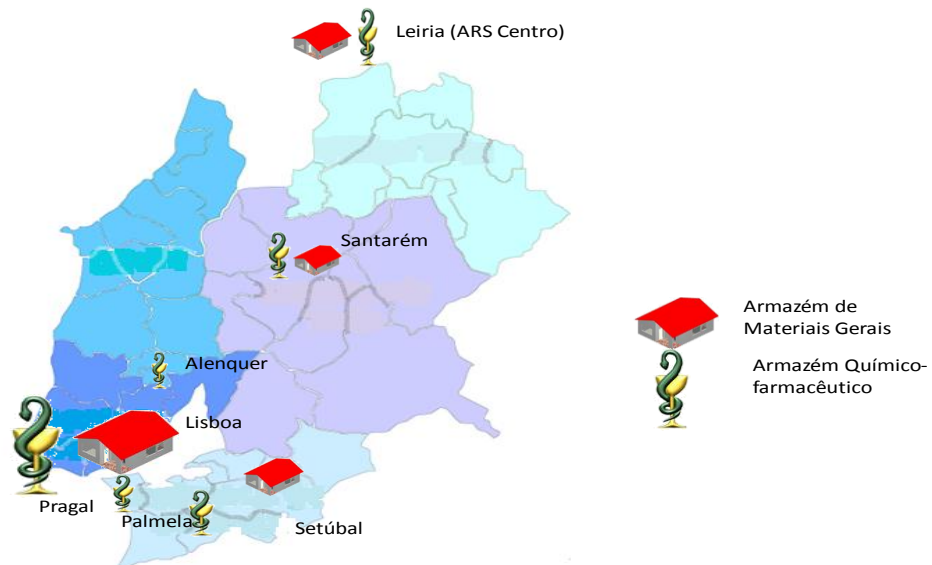
Fonte: ARSLVT – Departamento de Gestão e Administração Geral

Anexo VIII - Distribuição dos consumos dos materiais da ARSLVT



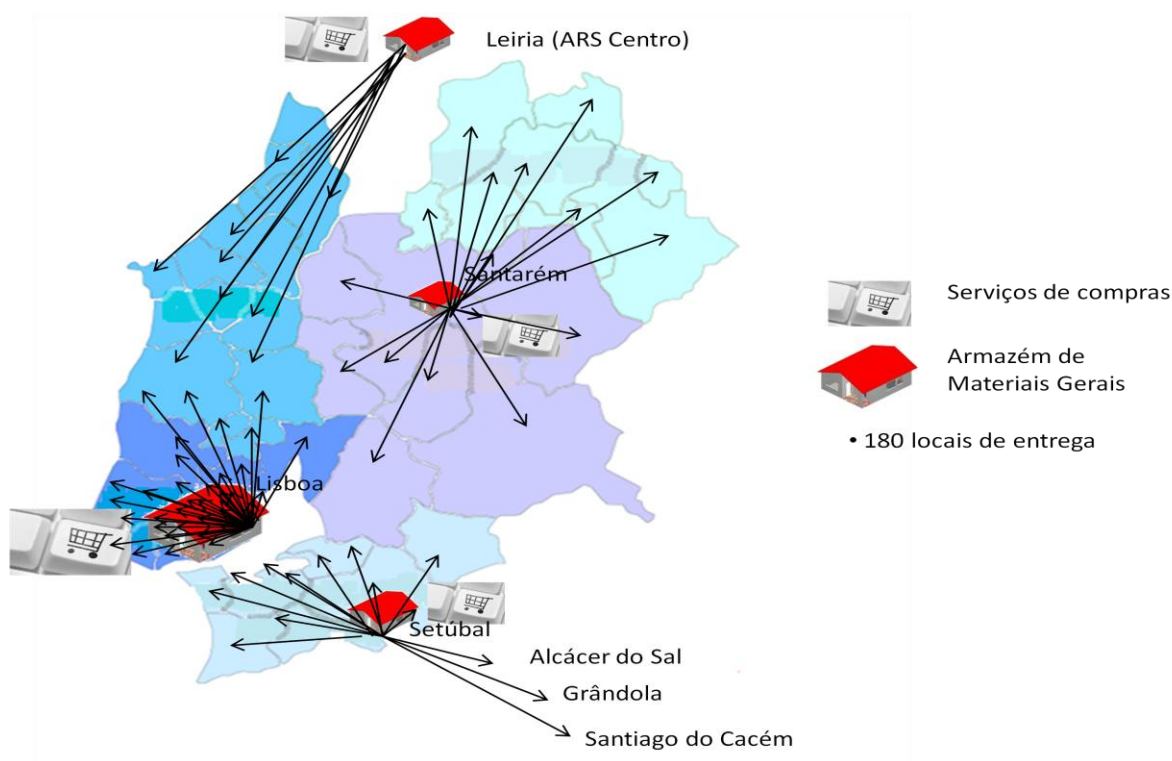
Fonte: Adaptado de Orçamento ARSLVT, 2011

Anexo IX - Localização dos atuais armazéns de materiais gerais e químico-farmacêuticos



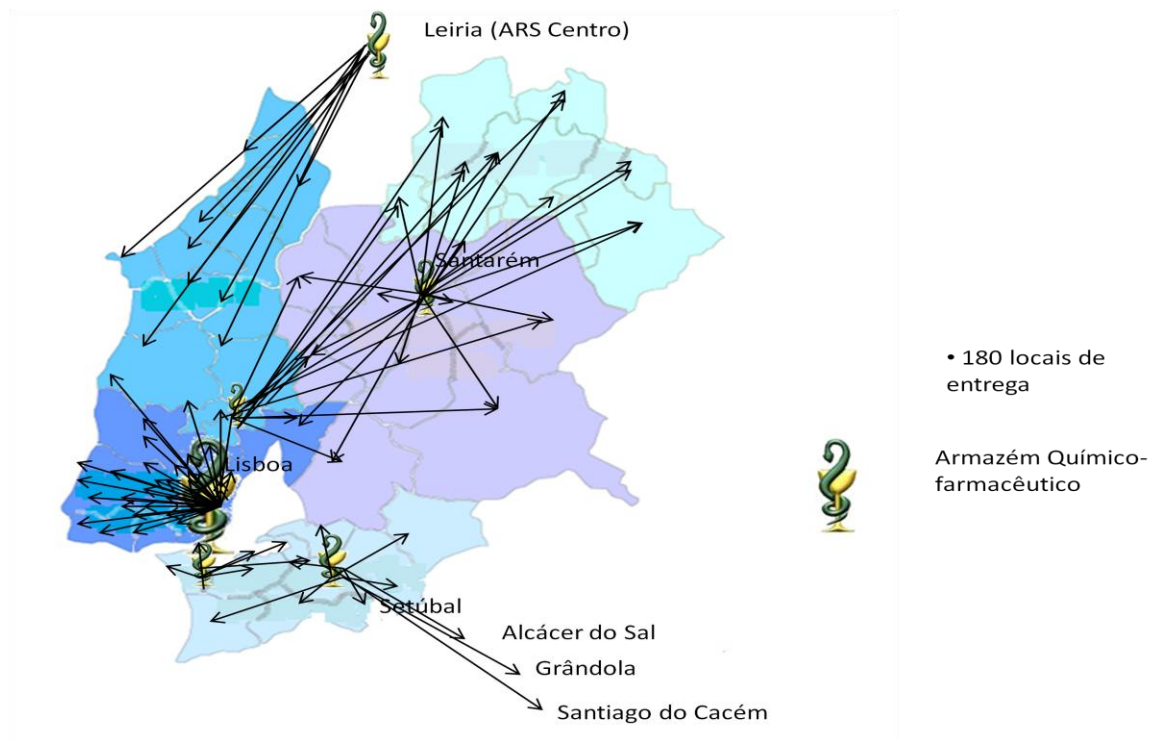
Fonte: Adaptado de ARSLVT

Anexo X – Distribuição atual dos armazéns gerais e serviços de compras



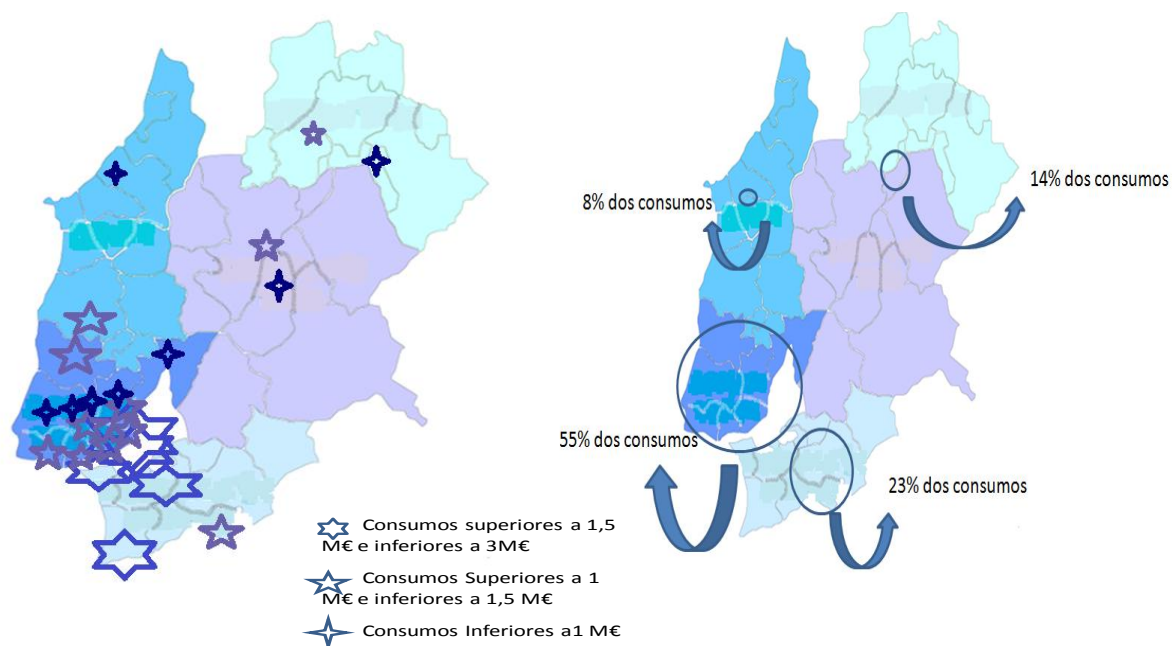
Fonte: Adaptado de ARSLVT

Figura XI – Distribuição atual dos armazéns químico farmacêuticos



Fonte: Adaptado de ARSLVT

Anexo XII – Distribuição atual dos consumos



Fonte: Adaptado de ARSLVT

Anexo XII – Recursos envolvidos

	Compras		Logística (inclui Farmácia e Armazém de materiais gerais)	
	N.º Colaboradores	Custo Anual	N.º Colaboradores	Custo Anual
Lisboa	18	302.890,73 €	10	274.310,75 €
Setúbal	4	119.089,15 €	5	101.350,83 €
Pragal	0	0	3	72.712,98 €
Santarém	5	173.191,25 €	7	174.579,67 €
Total	27	595.171,13 €	25	630.983,67 €

Fonte: A autora e adaptado de ARSLVT

Anexo XIV – Remunerações de mercado e encargos totais

Categorias Profissionais	Remunerações Médias do Mercado	Encargos com remunerações	Total
Auxiliar	550,00 €	7.750,00 €	9.590,63 €
Administrativo	750,00 €	10.568,18 €	13.078,13 €
Técnico Diagnóstico e Terapêutica	950,00 €	13.386,36 €	16.565,63 €
Técnico de Gestão	1.200,00 €	16.909,09 €	20.925,00 €
Farmacêutico	1.500,00 €	21.136,36 €	26.156,25 €

Anexo XV – Mapeamento das atividades atuais

	N.º	Descrição da Actividade	USF, UCSP, Outras	Centro de Saúde		Farmácia		Compras		Conselho	
			Unidades							Directivo	
			Prestadores	Enfermagem	Administrativa	Enfermagem	Administrativa	Técnico Farmácia	Administrativo	Chefia	Dirigente
USF, UCSP	1	Estimativa do consumo mensal de vacinas	X								
	2	Solicitação manual/fax ao centro de saúde correspondente	X								
Centro de Saúde	3	Recepção e espera de todas as solicitações mensais		X							
	4	Consolidação dos pedidos das Unidades		X							
	5	Impressão do pedido consolidado preliminar		X							
	6	Validação do pedido consolidado preliminar				X					
	7	Alteração eventual do pedido		X							
	8	Validação do pedido final				X					
	9	Impressão do pedido final consolidado		X							
	10	Envio manual/fax do pedido final consolidado à farmácia/armazém		X							
	Farmácia	11	Recepção e espera de um número significativo de solicitações mensais					X			
		12	Impressão dos pedidos					X			
13		Consolidação dos pedidos dos centros de saúde					X				
14		Registo dos pedidos manualmente					X				
15		1ª Validação da informação, quantidades, embalagens e lotes					X				
16		2ª Validação da informação, quantidades, embalagens e lotes por outro técnico					X				
17		Registo da informação dos técnicos numa folha de excell					X				
18		Impressão da informação detalhada					X				
19		Validação da informação detalhada					X				
20		Alteração eventual da informação					X				
21		Validação da informação final									
22		Impressão do pedido final consolidado					X				
23		Envio manual/fax do pedido final consolidado ao serviço de Compras					X				
Compras	24	Recepção do pedido						X			
	25	instrução do processo de aquisição correspondente						X			
	26	Impressão do processo						X			
	27	Validação da instrução do procedimento							X		
	28	Alteração eventual do processo						X			
	29	Validação do processo final							X		
	30	Envio manual ao Conselho Directivo						X			
	31	Autorização da despesa								X	
	32	Retorno manual ao Serviço de Compras						X			
	33	Impressão de Nota de Encomenda						X			
	34	Envio manual ao Conselho Directivo								X	
	35	Retorno manual ao Serviço de Compras						X			
	36	Envio da nota de encomenda ao fornecedor						X			

Fonte: A autora e adaptado de ARSLVT

3. Nota Pedagógica

3.1. Público-alvo do caso

O caso apresentado insere-se no âmbito das áreas de logística, negociação e gestão em saúde. Dirige-se assim a alunos da área de gestão e profissionais do ramo da saúde subsumíveis em dois grupos consoante as prévias habilitações académicas, a saber:

- **Alunos de licenciaturas ou mestrados.** Propõe-se a utilização do caso, em áreas que preparam os alunos para exercer funções em serviços de logística, compras ou gestão em saúde. O público-alvo deverá possuir desde logo alguns conhecimentos básicos de gestão, pelo que é desejável apresentar o caso já próximo do final do curso. Deste modo, o caso permitirá a articulação de conhecimentos entre as múltiplas vertentes de gestão, adaptando as diversas matérias lecionadas ao sector da saúde e demonstrar a obtenção/sustentação de vantagens competitivas;
- **Alunos executivos.** O caso poderá ser utilizado em pós-graduações de profissionais da saúde - médicos, farmacêuticos, enfermeiros e gestores em saúde - que tenham como objetivo tanto a aquisição de competências de gestão, como o aprofundamento das principais temáticas de gestão, de forma a completar a sua formação básica eminentemente técnica. Deverá ser exposto perante profissionais de saúde que sejam, ou tenham o objetivo de ser, dirigentes intermédios/superiores. Deverão estes exercer funções ao nível de gestão de serviços ou de unidades prestadoras de cuidados, logística e operações, em organizações da área da saúde.

3.2. Objetivos pedagógicos

O caso ora apresentado descreve a cadeia logística da ARSLVT,IP prévia à implementação da reforma dos cuidados primários e as principais alterações originadas pela referida reforma, bem como as alterações introduzidas por outras variáveis externas à organização. Pretende-se analisar as mudanças e as suas repercussões a médio prazo, de modo a propor uma nova cadeia logística, compatível com as expectativas da organização em termos de negócio.

Assim, a resolução deste caso permitirá ao público adquirir conhecimentos e desenvolver capacidades, de modo a:

- 1 Entender e caracterizar o desenvolvimento estratégico da ARSLVT, IP;
- 2 Identificar os conceitos mais utilizados na formulação de problemas logísticos;
- 3 Conhecer a importância da logística numa organização de saúde e o modo como permite obter ganhos para os utentes, profissionais de saúde e concomitantemente para as organizações;
- 4 Conhecer o quadro legislativo aplicável à contratação pública e o modo como interfere com a gestão da compra;
- 5 Relacionar estratégia, cadeias de abastecimento, negociação, sector da saúde e legislação específica de contratação pública;
- 6 Percecionar as implicações a médio prazo que podem ocorrer, por via das alterações do mercado da saúde e consequentemente as *Supply Chain* associadas;

3.3. Revisão de literatura

Nas páginas seguintes apresentam-se uma série de temas, considerados como os mais relevantes para o caso em análise, destacando-se a Estratégia, Logística, Redes de Transportes, Negociação e Legislação referente a contratação pública.

3.3.1. Estratégia

A ARSLVT,IP é um instituto público tutelado pelo Estado, para o cumprimento das orientações da Área da Saúde emanadas pelo Programa do Governo e cujas atribuições, Missão e Visão são definidos pelo mesmo. Neste sentido, grande parte da literatura dedicada à estratégia empresarial não se aplica à organização. Existem no entanto alguns autores cujo contributo é bastante válido e que descrevemos sumariamente

Análise PEST

Thomas Wheelen e J. David Hunger (2006) defendem que a **gestão estratégica** consiste em 4 elementos básicos: análise da envolvente, formulação da estratégia, implementação da estratégia e acompanhamento e controlo. Os mesmos autores sugerem para a **análise da envolvente**, a **PEST**. A Análise PEST é um modelo de análise da envolvente externa macro

ambiental da organização, cuja sigla corresponde às iniciais dos quatro grupos de fatores ou variáveis ambientais a serem analisadas, nomeadamente variáveis Político-Legais, Económicas, Socioculturais e Tecnológicas. Cada uma das variáveis apresentadas caracteriza-se por estar fora do controlo direto da organização, podendo o conteúdo representar ameaças ou oportunidades que a organização deverá procurar evitar ou aproveitar.

Teoria dos stakeholders

Ao nível da envolvente de Mercado, Robert Edward Freeman (1984) defende que os *stakeholders* são elementos essenciais ao processo de gestão estratégica de qualquer negócio. A **teoria dos stakeholders**, de forma mais ampla, compreende a análise de todos os envolvidos num processo, que pode ser de carácter temporário (como um projeto) ou duradouro (como o negócio de uma empresa ou a missão de uma organização). O sucesso de qualquer empreendimento depende da participação das diversas partes interessadas e por isso é necessário assegurar que as suas expectativas e necessidades sejam conhecidas e consideradas pelos gestores. De modo geral, essas expectativas envolvem satisfação de necessidades, compensação financeira e comportamento ético. Cada interveniente ou grupo de intervenientes representa um determinado tipo de interesse no processo. O envolvimento de todos os intervenientes não maximiza obrigatoriamente o processo, mas permite encontrar um equilíbrio de forças e minimizar os riscos e impactos negativos na execução desse processo. Uma organização que pretende ter uma existência estável e duradoura deve atender simultaneamente às necessidades de todas as suas partes interessadas. Para tanto, ela necessita "gerar valor", isto é, a aplicação dos recursos usados deve produzir um benefício maior do que seu custo total.

Friedman e Miles (2002) exploraram as implicações das relações conflituosas entre *stakeholders* e organizações introduzindo distinções entre interesses compatíveis e incompatíveis e entre conexões necessárias e contingentes como atributos adicionais para examinar as configurações destes relacionamentos.

Cadeia de valor

Ao nível interno devemos analisar o conceito de **cadeia de valor** introduzido por Michael Porter em 1985. De acordo com o referido autor, a cadeia de valor representa o conjunto de

atividades desempenhadas por uma organização desde as relações com os fornecedores, ciclos de produção e de comercialização até à fase da distribuição final. Ao decompor uma organização nas suas atividades de relevância estratégica, torna-se possível analisar o comportamento dos custos e as fontes existentes assim como potenciais de diferenciação em cada processo de negócio, otimizando o valor final que o seu produto representa para o cliente. A liderança de custo e a diferenciação pela qualidade acrescem valor ao produto e proporcionam uma vantagem competitiva à organização no contexto da indústria em que se insere.

A cadeia de valor de uma organização insere-se num contexto mais amplo de atividades e constitui um sistema de valores onde estão integradas também as cadeias de valor de fornecedores e de distribuidores.

A vantagem competitiva é, cada vez mais, fruto das capacidades de eficácia e eficiência com que uma organização administra todo o sistema (Dias et al., 2005).

Análise SWOT

Para terminar a análise interna/externa, propomos a utilização da ferramenta **SWOT** (Pontos Fortes e Fracos, Ameaças e Oportunidades). De acordo com os autores Lindon, D., Lendrevie, J., Rodrigues, J.V., Lévy, J., Dionísio, P. (2008), a análise SWOT é uma síntese das análises externas e internas, mas deve identificar os elementos chave que permitam estabelecer prioridades e preparar recomendações. A SWOT é uma ferramenta utilizada para fazer análise de cenário, sendo usada como base para a gestão e planeamento estratégico de uma organização ou empresa, mas podendo, devido à sua simplicidade, ser utilizada para qualquer tipo de análise de cenário.

Após a avaliação de onde se encontra a organização, podemos definir a visão e missão da organização, ou seja, é estabelecida em que posição se deseja estar no futuro e quais as atividades onde se devem concentrar os esforços, para alcançar tal posição. De acordo com Thomas Wheelen e J. David Hunger (2006) na formulação da estratégia, os elementos fundamentais são a definição da missão, especificar os objetivos, escolha da estratégia e definição das políticas. José Crespo de Carvalho e José Filipe (2006) sugerem ainda analisar os valores e fatores críticos de sucesso.

3.3.2. Logística

Definição de logística

A primeira questão que se coloca é: “O que é a Logística e para que serve?”. O vocábulo começou na escola Aristotélica com a necessidade de distinção entre lógica, raciocínio correto determinado pela dedução e analogia usando palavras e frases e, entre a Logística, raciocínio do mesmo tipo, mas baseado em algarismos e símbolos matemáticos.

O seu reaparecimento, como hoje é conhecido, pode estar relacionado com o desenvolvimento que ocorreu na logística militar durante a 2ª guerra mundial. Em muitas organizações, a logística ou simplesmente o negócio logístico representa 20% a 25% do custo total do seu negócio (Coyle, Bardi & Langley, 1998).

Com a globalização dos mercados, o surgimento de um espaço económico aberto e a produção especializada, induziram um crescimento dos níveis de competitividade. Neste quadro, a logística adquire uma maior importância. Existem diversas definições de logística, mas, a mais referida é a dos sete R que na língua original inglesa é mais explícita – *“Ensuring the availability of the Right product, in the right quantity and the right condition, on the right place, at the right time, for the right customer at the right cost”* .

Segundo Crespo de Carvalho (2004) **Logística** é um processo estratégico (porque acrescenta valor, permite diferenciação, cria vantagem competitiva, aumenta a produtividade e rentabiliza a organização), de planeamento, implementação e controlo de fluxos de materiais/produtos, serviços e informação relacionada, desde o ponto de origem ao de consumo (se bem que hoje se ponha a lógica da origem e do destino), de acordo com as necessidades dos elementos a serem servidos pelo sistema logístico em causa .

Carvalho e Ramos (2009) definem **gestão Logística** (*Council of Supply Chain Management Professionals*), como parte da cadeia de abastecimento que planeia, implementa e controla de forma eficiente e eficaz os fluxos diretos e os fluxos inversos, bem como os pontos de paragem desses fluxos, quer se trate de bens, quer de serviços, quer, ainda, de informação relacionada, desde os pontos de origem aos de consumo, esperando-se, por meio desta gestão, um elevado serviço ao cliente.

Ainda de acordo com os mesmos autores, **gestão da cadeia de abastecimento** (*Council of Supply Chain Management Professionals*): compreende o planeamento e a gestão de todas as atividades de *sourcing*, *procurement* e transformação, física ou não, e ainda todas as atividades de gestão Logística. Inclui igualmente, coordenação e colaboração com os parceiros da cadeia de abastecimento e que podem ser fornecedores, intermediários, prestadores de serviços logísticos, clientes, entre outros (Carvalho; Ramos, 2009).

O tempo, o custo e a qualidade do serviço são as 3 dimensões centrais da gestão Logística e da gestão da cadeia de abastecimento. Pretende-se conseguir, levando em consideração os *trade-off's* entre as dimensões, que o sistema Logístico apresente um baixo tempo de resposta, uma elevada qualidade de serviço ao cliente ao mais baixo custo. As organizações deverão ter capacidade para desenvolver e incorporar raciocínios logísticos e decisões de *trade-off's* entre estas dimensões. *Trade-off's* compensatórios são trocas entre as dimensões tempo, custo e qualidade do serviço que beneficiam o trinómio, como um todo muito embora possam prejudicar, individualmente, uma ou duas destas dimensões (Carvalho; Ramos, 2009).

A logística de transportes

Segundo Ballou (1998), a distribuição física é um dos processos mais importantes no estudo da logística, pois os custos de transporte correspondem de um a dois terços do total dos custos operacionais. Uma boa gestão deste processo garantirá maior eficiência e confiança no serviço prestado pela organização.

Os sistemas de transporte operam ao longo das vias ou rotas específicas que, quando interligadas, formam uma rede. Uma rede de transporte é um conjunto interligado de rotas específicas, onde circulam transportes. Uma aproximação preliminar a um sistema logístico é a sua caracterização em nós e conexões (Crespo de Carvalho, 2004). Numa perspectiva de logística global os nós representam os locais onde as mercadorias param para serem processadas, consumidas ou armazenadas. As conexões representam a movimentação, ou seja, o transporte das mercadorias entre os nós.

Na resolução de problemas de transporte e distribuição que geralmente procuram respostas rápidas são utilizados modelos simplificados para realizar estimativas de distâncias

geométricas entre pontos. Através de coeficientes de correção pode-se fazer com que as estimativas fiquem bastante próximas das distâncias reais. Actualmente os *softwares* de gestão de transportes já possuem estes modelos ajustados. Uma organização tão dispersa como a ARSLVT necessita de conhecer as distâncias para decidir de que forma efectuará a distribuição de materiais.

Ponto central de abastecimento

Uma das primeiras questões a serem abordadas no planeamento da distribuição física é a localização da base de abastecimento. Esta base de abastecimento, denominada por vários autores como “ponto central”, determina a localização da fábrica ou depósito que realizará o abastecimento com o objetivo da otimização do tempo e distância. Fatores como custos e receitas, provenientes da acessibilidade dos clientes, podem ser determinantes no planeamento da distribuição (Ballou, 1998). Actualmente, a ARSLVT possui 10 locais de armazenagem. Se optar pela redução dos locais, deverá analisar qual o ponto central mais adequado.

Distribuição física

A distribuição física é o ramo da logística que reúne as atividades de movimentação interna. Para Ballou (1998) a gestão da distribuição física através da logística abrange os níveis estratégicos, técnicos e operacionais.

Os problemas mais comuns relacionados com o processo de distribuição envolvem questões como estimativas de tempo, distâncias e segmentações geográficas de zonas de abastecimento. No atendimento a vários clientes é desejável a determinação de pontos de entrega. Estes roteiros estabelecem a sequência dos abastecimentos, respeitando as restrições de tempo e distâncias impostas pelo modelo. Estas restrições podem ser impostas pelas limitações de recursos da empresa ou pelas necessidades dos clientes.

Restrição de capacidade

Normalmente, as restrições do processo de distribuição são tratadas por um “Modelo Estocástico”, devido à imprevisibilidade de alguns dados do problema. Neste contexto, é necessário abordar a capacidade física dos veículos e o tempo máximo do horário de trabalho, como questões importantes a serem consideradas pelo processo.

Em relação à capacidade física dos veículos é importante determinar o tipo de carga a ser transportada. Cargas leves são geralmente limitadas pelo seu volume e cargas pesadas pelo seu próprio peso. Tanto a falta de capacidade quanto o excesso retratam um problema para a organização. O primeiro implica o não atendimento dos clientes e o segundo no desperdício de recursos.

Os limites impostos pelo horário de trabalho também precisam de ser analisados no planeamento, de forma a não prejudicar o processo de distribuição.

Definição de rotas

O processo de desenho de rotas de veículos está associado aos problemas da rede de transporte, que visam otimizar os esforços operacionais e reduzir custos.

O objetivo é determinar o “**caminho mínimo**”, ou seja, o caminho mais curto entre os pares de nós da rede. Normalmente os caminhos mais curtos são aqueles de menor custo e aqueles que demoram menos tempo de percurso.

Muitos autores sugerem o apuramento do “caminho mínimo” através do algoritmo de Floyd-Warshall.

Desenho de rotas com restrições múltiplas

Restrições do tipo tempo e capacidade, comuns a muitos casos reais da distribuição física, não são tratados pelo algoritmo de Floyd-Warshall. Para estes casos é preciso identificar subconjuntos de nós que atendam as restrições impostas pelo modelo.

Uma das heurísticas mais conhecidas para soluções destes problemas, é o algoritmo desenvolvido por Clarke e Wright (1964). Este é um dos algoritmos de economia, que constrói a cada passo uma solução e a compara com a anterior. Na comparação das rotas construídas, será selecionada aquela que trouxer maior economia seguindo um critério de ganho pré-definido.

A logística na saúde

Numa unidade prestadora de cuidados de saúde, encontramos a Logística sob várias formas, a saber (Carvalho; Ramos, 2009): **Logística** no processo de definição de **fornecedores para os diversos materiais consumidos** (consumo clínico, administrativo, hoteleiro), produtos

farmacêuticos, equipamentos, empreitadas e prestações de serviços várias (limpeza, vigilância, tratamento de resíduos); Logística no processo de qualificação desses fornecedores; Logística de negociação contratual e de gestão desses mesmos contratos; Logística de encomenda; Logística de transporte, de armazenagem e de distribuição.

Paralelamente existe também toda uma **Logística ligada ao utente**: Logística de entrada; Logística de triagem e/ou marcação de consulta; Logística de espera; Logística de atendimento; Logística de tratamento; Logística de intervenção cirúrgica; Logística de recobro; Logística de alta.

Planeamento logístico

Na sua vertente mais material, o planeamento logístico numa unidade prestadora de cuidados de saúde, assenta nas seguintes componentes:

- LOCALIZAÇÃO de instalações, serviços clínicos, centros de saúde, armazéns, etc.;
- POLÍTICA DE STOCKS, definição de níveis de stock, modelos e formas de reaprovisionamento, stocks de segurança, etc.;
- TRANSPORTE, no desenho de rotas e escolha do modo de transporte;
- SISTEMA DE ENCOMENDA, incluindo o sistema de informação que suporta a encomenda, a conceção, implementação e avaliação da performance do sistema, etc.;
- SERVIÇO AO CLIENTE, desde o desenho do serviço, a sua implementação e avaliação;
- ARMAZENAGEM, escolha dos locais, formas de aviamento (*picking*), equipamento, formas de arrumação e reposição, etc.;
- *PROCUREMENT*, métodos de negociação e contratualização com fornecedores de quaisquer tipo, etc.;
- DESENHO GLOBAL DO SISTEMA LOGÍSTICO.

A Logística ajuda os prestadores de cuidados de saúde a passarem à profissionalização e sustentação de equipas e organizações e à responsabilização efetiva dos vários profissionais envolvidos no processo logístico.

A gestão de stocks em unidades de cuidados de saúde

A necessidade de constituir *stock* surge quando o abastecimento e o consumo têm um comportamento distinto ao longo do tempo, ou seja, no processo de prestação de cuidados de saúde são consumidos recursos de uma forma praticamente contínua, mas o abastecimento de todos estes recursos é feito de uma forma descontínua, o que gera a acumulação de recursos num dado período (Carvalho; Ramos, 2009).

A existência de stocks permite que o consumo de recursos seja independente do abastecimento.

Outras importantes justificações para a criação de *stocks* são, por exemplo, ir ao encontro das variações da procura (flutuações imprevistas da procura) e da oferta (incerteza de prazos de entrega e quantidade entregue), a obtenção de descontos de quantidade e beneficiar do efeito de escala.

A gestão de produtos consumidos nas unidades prestadoras de cuidados de saúde é bastante complexa devido à variedade de produtos, ao perfil de consumo desses produtos, à sua criticidade, ao seu valor, prazos de validade e ciclos de vida curtos (motivado pelos desenvolvimentos tecnológicos, alteração de ciclos terapêuticos e aparecimento de novas patologias – aumento do risco de criação de produtos obsoletos).

A gestão económica de stocks traduz-se no equilíbrio entre a maximização do serviço ao cliente e a minimização dos custos e engloba mais duas componentes (Reis, 2008).

Diferentes métodos de logística nas unidades prestadoras de cuidados de saúde

Existem diversos métodos de logística de unidades de saúde sendo os mais utilizados os seguintes:

- Método Tradicional (fixação de intervalos entre abastecimentos);
- Método Alternativo (requisições pré-elaboradas com quantidades fixas);
- Método de Reposição por Níveis;
- Sistema de Troca de Carros;
- Método de Duplo Compartimento ou de Troca de Vazio por Cheio;
- Método de Fornecimento Através de Armários Controlados Eletronicamente.

3.3.3. Negociação

Porquê negociar? A necessidade de negociar verifica-se sempre e quando, numa dada situação, as conveniências de várias entidades se chocam, na medida em que cada uma procura satisfazer as suas necessidades individuais/próprias e nesse processo, colidem com a atuação de outra ou mais partes. (Carvalho, 2008).

De acordo com Fisher e Ury (2007) negociação é um processo de comunicação bilateral, com o objetivo de alcançar uma decisão conjunta. A negociação implica caracteristicamente uma troca de dar e receber entre negociador e o oponente, que tentam chegar a uma conclusão agradável ou aceitável no ajuste de um problema ou disputa".

A negociação pressupõe a criação de valor para todos os negociadores envolvidos (estratégia *win-win*), de acordo com Carvalho (2008), ou seja a obtenção de benefícios extraordinários para todos, que não existiriam na ausência de um acordo. Tal é possível pela exploração, por parte dos negociadores, das diferenças existentes entre os aspetos essenciais a cada uma das partes no tocante, precisamente ao objeto de contratação, *i. e.*, as diferenças entre as expectativas, os recursos e as atitudes, entre outros. Partindo de interesses divergentes, o processo de negociação implica uma aproximação ou transformação desses interesse no sentido de se criar valor para todos os negociadores.

No contexto da saúde, entende-se negociação (*procurement*), sentido lato, como um conjunto de etapas que vão desde a avaliação do sistema de abastecimento, para a qualificação dos fornecedores, até ao fecho do contrato, *i.e.*, que envolvem desenho de especificações, qualificação de fornecedores, concurso/escolha, dança comercial propriamente dita e contratualização. (Carvalho; Ramos, 2009).

No entanto, os mesmos autores referem que a utilização deste instrumento tem sido muito reduzida por parte das instituições públicas, em parte devido ao anterior normativo legal de contratação pública, conjugado com a existência de um catálogo de artigos, com preço, marca, fornecedor, princípio ativo e outras características pré-estabelecidas, efetuado a nível central (ex-IGIF, atual ACSS) e de consulta obrigatória. Porém, o surgimento em força dos prestadores de cuidados de saúde privados e a introdução de algum grau de empresarialização

nos prestadores de cuidados de saúde públicos, bem assim como a remodelação do quadro legal no que respeita a compras públicas, vieram introduzir no mercado uma dinâmica negocial ainda não conhecida e que, maioritariamente está por explorar. (Carvalho; Ramos, 2009).

Com a constituição dos Serviços Partilhados do Ministério da Saúde (2010), cuja missão é, entre outras, efetuar compras partilhadas entre as diversas organizações do Ministério da Saúde pretende-se negociar as aquisições de diversas entidades, de forma a ganhar economias de escala, beneficiando todas as entidades.

3.3.4. O código da contratação pública (CCP)

De acordo com a alínea d), do n.º 1 do art.º 2 do CCP, as regras da contratação pública previstas no CCP aplicam-se às aquisições efetuadas por todo o **sector público administrativo** tradicional, incluindo Institutos Públicos, que estão sujeitos ao cumprimento do normativo legal em vigor, constante do D.L. n.º 18/2008, de 29 de Janeiro.

De acordo com o *site* Base: Contratos Públicos Online (2008), o CCP vem introduzir alterações substanciais ao nível da contratação pública. Assim, o CCP agrega toda a legislação antes dispersa, revoga, substituindo, os diplomas e preceitos atualmente em vigor e incorpora as diretivas comunitárias sobre contratação pública. Algumas das principais novidades são:

- Obrigatoriedade de **utilização de Plataformas Eletrónicas** de Contratação por parte de todas as Entidades que estão sujeitas ao regime da contratação pública.
- **Não podem ser convidadas** a apresentar propostas **empresas com** as quais a mesma entidade adjudicante já tenha celebrado, nesse ano económico ou nos dois anos económicos anteriores, **contratos** cujo objeto seja idêntico ou abranja prestações do mesmo tipo, e **cujo preço contratual acumulado seja igual ou superior aos limites do ajuste direto;**
- **A celebração de quaisquer contratos** na sequência de ajuste direto **deve ser publicitada**, pela entidade adjudicante, no portal da www.base.gov.pt

Os **procedimentos permitidos pelo CCP** podem ser escolhidos em função dos valores e em função de critérios materiais, de acordo com os seguintes limites:

Quadro 1 – Escolha dos procedimentos em função do valor

TIPO DE PROCEDIMENTO	VALOR MÁXIMO	
	Empreitada de obras públicas	Locação e aquisição de bens móveis e aquisição de serviços
Ajuste Direto	Em geral: valor inferior a €150.000 [19.º/1/a) CCP]	Em geral: valor inferior a €75.000 [20.º/1/a) CCP]
Concurso Público e Limitado com anúncio no JOUE	Qualquer valor [19.º/1/b), 20.º/1/b) CCP]	Qualquer valor [19.º/1/b), 20.º/1/b) CCP]
Concurso Público e Limitado sem anúncio no JOUE	Valor inferior a €4.845.000 [art. 7.º/c) Diretiva 2004/18, 19.º/1/b) CCP]	Valor inferior a €193.000 [7.º/b) Diretiva 2004/18, 20.º/1/b), 3 CCP]

Fonte: Adaptado do CCP e Diretiva 2004/18

As ARS's, bem como os hospitais, que pertencem ao sector público administrativo, estão submetidos ao cumprimento integral do CCP. As Entidades Públicas Empresarias (EPE) apenas são obrigados apenas ao cumprimento da Parte I do CCP, o que significa que só são obrigadas a cumprir os procedimentos descritos no CCP a partir dos limites comunitários.

3.4. Ferramentas de análise

As ferramentas de análise utilizadas referem-se à recolha de informação secundária, a partir da qual é efectuada uma cuidadosa leitura e interpretação dos dados, que possibilitem ao público-alvo do caso a tomada de decisões coerentes. Assim, a análise terá por base a seguinte informação:

- Ao nível da análise do ambiente externa e interna da saúde e da ARSLVT, propõe-se a utilização dos seguintes modelos:

- Análise *PEST* (*Political, Economical, Social and Technological*)

Iremos analisar os fatores da envolvente contextual da ARSLVT, IP que mais influenciam a sua atuação.

- *Stakeholders*

O desempenho de uma instituição depende da interação com o seu ambiente externo, concretamente com as partes interessadas, em função das expectativas e interesses que estas manifestam, de forma mais ou menos direta, face às suas atividades. Esta análise permite-nos classificar os *stakeholders* em relação à ARSLVT, IP, e a extensão em que é provável mostrarem interesse nas estratégias da instituição e/ou nos seus objetivos, programas, projetos e atividades

- Cadeia de Valor

Análise das atividades primárias e secundárias da ARSLVT, IP, de acordo com o modelo de Michael Porter de forma a focalizar nas áreas “core” da organização.

- Análise *SWOT* (*Strengths, Weaknesses, Opportunities and Threats*)

A análise SWOT é um modelo que visa o diagnóstico das forças e fraquezas internas, bem como as oportunidades e as ameaças externas, com vista à formulação da estratégia da ARSLVT, IP.

➤ Formulação da Estratégia

Formulação da Estratégia possível a definir tendo por base a análise interna/externa anteriormente definida e a Missão, Visão e Valores instituídos pela Tutela.

➤ Cadeias de Abastecimento

Análise da cadeia de abastecimentos da organização, considerando as bases de abastecimento, a distribuição física, a agilidade da cadeia de abastecimento, a gestão dos stocks, a formulação das previsões de consumos, métodos de logística na saúde, centralização ou descentralização da aquisição e distribuição e a negociação associada às aquisições.

3.5. Plano de animação

Sessão	Objetivos	Estratégia / Meios	Tempo
1ª Sessão	Adquirir interesse para a resolução do caso	Distribuição do caso de estudo aos alunos Resumo do caso pelo docente Apresentação do produto alvo de estudo com visualização de imagens e vídeos	30 min
Fora da sessão	Conhecer o caso	Leitura e diagnóstico individual do caso	30 min
2ª Sessão	Compreender o caso Perceber a diferença entre estratégia empresarial e estratégia de organizações governamentais Aprender a analisar as várias componentes de uma cadeia de abastecimentos	Identificação dos principais factores que influenciam a estratégia das organizações públicas no sector da saúde Criticar o modelo actual da cadeia de abastecimentos Os alunos deverão efectuar uma avaliação crítica do mercado da saúde, e da cadeia de abastecimentos da ARSLVT em grupos de trabalho	40m
Fora da sessão	Analisar e destacar as especificidades do mercado em estudo	Pesquisa de informação complementar ao caso	30m
3ª Sessão	Resolução do caso, assegurando que se atingem os objectivos pedagógicos definidos	Apresentação da resolução do caso por diferentes grupos de trabalho, com recurso a slides Promover o debate entre os grupos, orientado pelo docente, com indicação das mais valias decorrentes	90m

3.6. Questões de animação a colocar pelo docente ao aluno

Questão 1: Qual a maior dificuldade que encontraram no caso?

Questão 2: Qual o maior desafio que encontraram na resolução do caso?

Questão 3: Coloquem-se no papel do docente. Que dados incluiriam no enunciado no sentido de facilitar o conhecimento sobre o mercado da saúde em Portugal?

Questão 4: Que questões incluiriam no caso?

3.7. Resolução

Apresenta-se de seguida, a resposta às questões colocadas, ao caso de estudo em causa

3.7.1. Resposta à Questão 1:

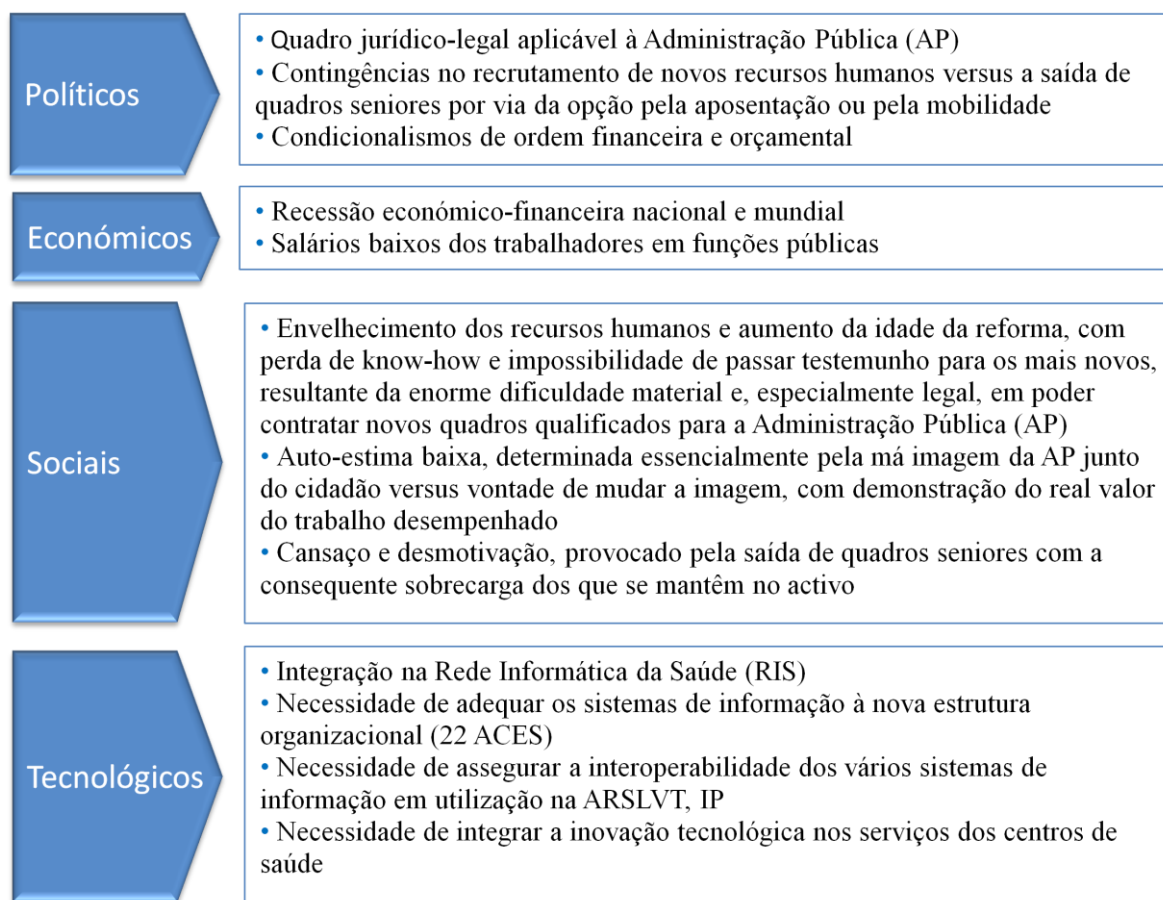
Faca uma análise ao mercado da saúde em geral e da ARSLVT, em particular, com ênfase nos stakeholders, fornecedores e clientes. Desenvolva uma análise externa e interna tão completa quanto possível para a organização.

3.7.1.1. Análise do ambiente externo e interno

3.7.1.1.1. PEST

Os fatores da *envolvente contextual* da ARSLVT que mais influenciam a sua atuação são os que abaixo se identificam.

Quadro 2 - PEST



Fonte: A autora

3.7.1.1.2. Stakeholders

O mapa seguinte permite-nos classificar os *stakeholders* em relação ao poder que detêm relativamente à ARSLVT, IP e a extensão em que é provável mostrarem interesse nas estratégias da instituição e/ou nos seus objetivos, programas/projetos e atividades.

Importa especificar um pouco em que se baseia a interação existente entre os *stakeholders* (SH) que se revelam mais poderosos e altamente interessados nas estratégias da ARSLVT, IP.

- **Conselho Diretivo:** Órgão dirigente da ARS, responsável pela definição das suas políticas internas e objetivos estratégicos, o que representa uma influência e interesses de nível máximo. Avalia a instituição segundo critérios de eficácia (cumprimento de objetivos) e economia (redução e adequação de custos), centrando a sua atenção na eficiência e qualidade dos serviços prestados.

Quadro 3 - Matriz de análise de stakeholders

	STAKEHOLDERS	PODER		NÍVEL DE INTERESSE	
		BAIXO	ALTO	BAIXO	ALTO
INTERNOS	Conselho Directivo		■		■
	Trabalhadores/colaboradores		■		■
	ACES		■		■
	Unidades Orgânicas da ARS		■		■
EXTERNOS	Fornecedores	■		■	
	Gabinetes Ministeriais		■		■
	DGS	■			■
	ACS	■			
	ACSS		■		■
	Coordenação de Programas	■			■
	Autarquias Locais	■			■
	Escolas	■		■	
	IPSS	■			
	Hospitais		■		■
	Outros Ministérios	■		■	
	Sindicatos/Ordens		■	■	
	ONG	■		■	
	Público em geral	■		■	
	Indústria da Saúde		■		■

Fonte: A autora

- **Trabalhadores/colaboradores:** SH de interação direta e têm um poder de influência de nível superior, dada a sua relevância para o sucesso da instituição, quer em termos do seu compromisso com o serviço, como das suas capacidades técnicas. O seu elevado interesse na instituição prende-se, sobretudo, com a imagem e reputação da instituição e com o bom funcionamento do sistema de vínculos, carreiras e remunerações e com a formação contínua.
- **ACES:** Avaliam a instituição segundo critérios de eficiência e eficácia, no âmbito da implementação das medidas de harmonização, de simplificação e racionalização de processos e procedimentos, quer ao nível interno como externo. Tem elevada influência na instituição ao constituírem o impulso da (re)organização interna, da redefinição e harmonização de procedimentos e normas e da melhoria da eficiência e eficácia operacional ao nível da articulação da sede com os seus 22 serviços desconcentrados.
- **Unidades Orgânicas da ARS:** partilham os interesses dos ACES, ao nível da simplificação e racionalização de processos e procedimentos, e avaliam a instituição com particular ênfase na sua eficácia e eficiência operacional bem como na qualidade e tempo de resposta dos serviços prestados.
- **Gabinetes Ministeriais:** Com grande influência direta, na ARS, já que, enquanto tutela, definem os recursos financeiros que lhe são afectos bem como as diretrizes

políticas para o sector. Avaliam a instituição segundo critérios de eficiência e eficácia (prosecução da missão e objetivos), de qualidade (dos serviços prestados) e de economia (redução de custos).

- **Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS):** Enquanto organismo coordenador no Ministério da Saúde, das atividades de planeamento de recursos humanos do SNS, de planeamento e coordenação da gestão de recursos financeiros afectos ao SNS e de definição de políticas sobre sistemas e tecnologias de informação e de comunicação assume-se como o *stakeholder* mais influente a nível sectorial, assumindo, também, elevado interesse na ARSLVT, IP, pela sua dimensão (geográfica e populacional), em termos da área de influência e do volume de “negócio”.
- **Hospitais:** A ARSLVT, IP assegura, na sua área geográfica, a prossecução das atribuições do Ministério da Saúde, de coordenação, orientação e avaliação da execução da política de saúde; assegura a adequada articulação entre os prestadores de cuidados de saúde, de modo a garantir o cumprimento da rede de referenciação; e a afetação dos recursos financeiros às instituições e serviços prestadores de cuidados de saúde, pelo que os hospitais da região têm um elevado interesse e poder na atuação da ARSLVT, IP.

Quadro 4 - Matriz de poder/interesse

		NÍVEL DE INTERESSE	
		BAIXO	ALTO
PODER	ALTO	Manter Satisfeito Sindicatos	Gerir em Proximidade (Intervenientes Principais) Conselho Directivo Trabalhadores/colaboradores ACES Unidades orgânicas ARS Gabinetes Ministeriais ACSS Hospitais
	BAIXO	Esforço Mínimo Fornecedores Escolas IPSS Outros Ministérios ONG	Manter Informado DGS ACS Coordenação de Programas Autarquias Locais Indústria da Saúde Público em geral

Fonte: A autora

A matriz de poder/interesse que se apresenta de seguida ajuda a identificar o tipo de relacionamento que a ARSLVT, IP deve ter com cada um dos grupos.

3.7.1.1.3. Cadeia de valor

Os serviços prestadores de cuidados de saúde à população são as atividades de relevância estratégica, nas quais a ARSLVT, IP deve concentrar as suas atividades, designadamente nas Unidades de Saúde Familiares, Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados, Unidades de Cuidados na Comunidade, Serviços de Atendimento Permanente, Unidades de Saúde Pública, Laboratórios de Meios Complementares e de Diagnóstico e Terapêutica.

Deste modo, podemos definir a cadeia de valor da ARSLVT, IP, da seguinte forma:

Figura 2 - Cadeia de valor da ARSLVT



Fonte: A autora

3.7.1.1.4. SWOT

Atendendo à análise interna da ARSLVT, IP, bem como ao seu contexto de atuação podemos identificar os seguintes pontos fortes e fracos e oportunidades e ameaças:

Quadro 5 - SWOT

STRENGTHS	WEEKNESSES
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Cliente apetecível face à sua dimensão; ▪ Estabelecimento de referência no SNS; ▪ Elevado poder sobre todos os prestadores de cuidados de saúde na região entre, hospitais, entidades convencionadas, entidades privadas, farmácias e outros; ▪ Ambiente de trabalho; ▪ Know-how dos profissionais de saúde; ▪ Abertura à inovação; ▪ Liderança na operacionalização da reforma organizacional das ARS e criação dos ACES. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Indefinição do modelo de desenvolvimento dos ACES; ▪ Falta de alinhamento organizacional; ▪ Indefinição do modelo logístico associado à sede e aos ACES; ▪ <i>Deficit</i> de comunicação; ▪ Carência de recursos humanos; ▪ Insuficiência dos sistemas e redes de informação; ▪ Gestão muito assente em processos e não na obtenção de valor acrescentado.
OPPORTUNITIES	THREATHS
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Reorganização dos cuidados de saúde primários; ▪ Modernização e desenvolvimento organizacional; ▪ Crise económico-financeira como forma de obtenção de ganhos de eficiência operacional; ▪ Necessidade de centralização da informação e consequentemente das operações; ▪ Disponibilidade de sistemas de informação no mercado; ▪ Existência de verbas específicas para a otimização logística; ▪ Pressão para reduzir os custos; ▪ Constituição de Centrais de Compras; ▪ Constituição dos Serviços Partilhados do Ministério da Saúde. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Restrições legais à contratação e manutenção de recursos humanos ▪ Legislação obrigatória no que concerne à contratação pública; ▪ Imprevisibilidade de acontecimentos em saúde (ex: Gripe A); ▪ Crise económica e consequentes restrições orçamentais; ▪ Alteração dos pressupostos sem capacidade de negociação pela ARSLVT; ▪ Dependência de serviços externos (ex.; ACSS, DGO, DGS);

Fonte: A autora

Podemos igualmente analisar as interações negativas (ameaças potenciadas/oportunidades desperdiçadas) e as interações positivas (ameaças combatidas/aproveitamento de oportunidades), através da Matriz SWOT.

Quadro 6 – Matriz SWOT

		AMBIENTE INTERNO													
		PONTOS FRACOS						PONTOS FORTES							
		Indefinição do modelo de desenvolvimento dos ACES	Falta de alinhamento organizacional	Indefinição do modelo logístico associado à sede e aos ACES	Deficit de comunicação	Carência de recursos humanos	Insuficiência dos sistemas e redes de informação	Gestão muito assente em processos e não na obtenção de valor acrescentado	Cliente apetecível face à sua dimensão	Estabelecimento de referência no SNS	Elevado poder sobre todos os prestadores de cuidados de saúde na região entre, hospitais, entidades convencionadas, entidades privadas, farmácias e outros	Ambiente de trabalho	Know-how dos profissionais de saúde	Abertura à inovação	Liderança na operacionalização da reforma organizacional das AHS e criação dos ACES
AMBIENTE INTERNO	AMEAÇAS	Restrições legais à contratação e manutenção de recursos humanos					(-)						(-)		
		Legislação obrigatória no que concerne à contratação pública			(+)		(-)	(-)							
		Imprevisibilidade de acontecimentos em saúde (ex: Gripe A)							(-)	(-)					
		Crise económica e consequentes restrições orçamentais	(+)		(+)		(-)								
		Alteração dos pressupostos sem capacidade de negociação pela ARSLVT						(-)							
		Dependência de serviços externos (ex.; ACSS, DGO, DGS)				(+)	(-)	(-)							
	OPORTUNIDADES	Reorganização dos cuidados de saúde primários	(+)							(+)	(+)				(+)
		Modernização e desenvolvimento organizacional		(+)		(+)									(+)
		Necessidade de centralização da informação e consequentemente das operações;			(+)		(+)			(+)					
		Disponibilidade de sistemas de informação no mercado					(-)	(+)						(+)	
		Existência de verbas específicas para a logística			(+)			(+)							
		Crise económico-financeira como forma de obtenção de ganhos de eficiência operacional			(+)					(+)		(+)			
		Constituição de Centrais de Compras			(+)				(+)	(+)					

(-) Interação negativa: ameaça potenciada / oportunidade desperdiçada
 (*) Interação positiva: ameaça combatida / aproveitamento de oportunidade

Fonte: A autora

3.7.2. Resposta à Questão 2:

Formule a estratégia possível enquadrada na política de saúde, e na missão, visão e valores definida pelo Governo.

Tendo como base a Visão, a Missão e os Valores definidos pela legislação, os objectivos específicos definidos pela Tutela, bem como a análise ao mercado da saúde e da ARSLVT efectuada anteriormente propõe-se a adopção de uma estratégia de expansão concentrada nas actividades de prestação de cuidados de saúde, e contração dos serviços de apoio, com atuação em três âmbitos específicos, sendo propostos os seguintes vectores e objetivos estratégicos:

Quadro 7 – Vectores e objetivos estratégicos

Vectores Estratégicos	Objetivos Estratégicos	Programas de Intervenção
Promover e melhorar a saúde da população	Consolidação de um sistema de informação para a tomada de decisão	<ul style="list-style-type: none"> • Intervir nos fatores de risco e determinantes da saúde; • Promover a adoção de comportamentos e estilos de vida saudáveis; • Estabelecer os mecanismos de deteção precoce das doenças; • Promover o reforço adequado do tratamento de doentes e promover as condições para uma adequada reabilitação dos mesmos
Reforçar o sistema de saúde;	Adequação da oferta de serviços às necessidades em saúde	<ul style="list-style-type: none"> • Expansão de unidades de prestação de cuidados de saúde, nomeadamente, USF's; • Redução das actividades de apoio à prestação de cuidados de saúde.
Garantir um SNS sustentável e bem gerido	Reforço e correta gestão do sistema de saúde	<ul style="list-style-type: none"> • Promoção das boas práticas clínicas e de ação comunitária; • Capacitação de recursos; • Potenciação da articulação institucional.

Os objetivos estratégicos acima enunciados estão de acordo com o Relatório Mundial de Saúde de 2008, onde se refere que os cuidados de saúde primários constituem um conjunto de valores e princípios para orientar o desenvolvimento dos sistemas de saúde, bem com a missão, visão e valores pelos quais a ARSLVT se norteia.

3.7.3. Resposta à Questão 3

Comente o modelo de cadeia de abastecimentos presente no caso, considerando as bases de abastecimento, a distribuição física, a agilidade da cadeia de abastecimento, a gestão dos stocks, a formulação das previsões de consumos, a negociação, os custos e os recursos envolvidos.

Da análise da cadeia de abastecimentos actual destaca-se o seguinte:

➤ Dispersão das bases de abastecimento e compras com desperdício de recursos

A cadeia logística atual é concentrada nas sedes das ex-sub-regiões, sem qualquer comunicação nem harmonização de procedimentos. A dispersão das atuais bases de abastecimento não permite a obtenção de sinergias, promovendo, pelo contrário, a existência de elevados stocks (cerca de 10 milhões de euros correspondendo a 30% dos consumos), dispersão de profissionais (que são escassos) e de um modo geral o desperdício de recursos. Paralelamente, a dispersão dos locais de compras, com repetição de procedimentos idênticos promove igualmente o desperdício, com dispersão dos recursos e não permitindo a obtenção de descontos por quantidade com os fornecedores. A inexistência de negociação e a ausência de recurso a integração de compras com entidades externas são outros factores que também contribuem negativamente para os custos associados.

Não existe promoção de boas praticas que já existam num local nem sequer um mestre de artigos comum, não permitindo a normalização de procedimentos e gerando ineficiências.

Por utro lado, a existência de vários locais de compras sem integração não é possível, no quadro legal atual de contratação pública, havendo a necessidade de agrupar todas as aquisições efectuadas, de forma a cumprir os limites contratuais de ajustes directos acumulados por empresa.

➤ Distribuição física aleatória e duplicada

A informação recolhida permite concluir que existe um enorme desperdício de recursos nesta área, pelo facto de não existir definição de rotas planeadas e calendarizadas com fornecimento a vários locais através de uma única deslocação. A existência de duas distribuições paralelas de materiais gerais e materiais químico-farmacêuticos, promove igualmente o desperdício.

➤ Recursos humanos excessivos e pouco qualificados

Da análise do caso, retira-se que os trabalhadores envolvidos nas áreas de compras e logística são excessivos, e a maioria não possui formação técnica nem competências de gestão necessárias a estas funções, o que gera ineficiência.

➤ Formulação dos procedimentos manuais e ausência de formulação de previsão de consumos

Da análise do mapeamento dos processos verifica-se que os procedimentos realizados são maioritariamente manuais, com interferência de diversos profissionais sem preparação técnica e sem conhecimentos de gestão, o que gera ineficiência e falta de informação de gestão relativamente às reais necessidades de consumíveis., promovendo o sobredimensionamento das encomendas e dos *stocks*.

➤ Gestão de armazéns ineficiente e ausência de automatismos

Os armazéns são geridos de uma forma amadora, sem controlo nem planeamento dos *stocks*, sendo o *picking* efetuado manualmente o que promove *stocks* elevados, *picking* demorado, erros associados à dispensa dos materiais e obsolescência dos produtos, motivado pela falta de controlo dos lotes e prazos de validade.

➤ Ruturas e falta de confiança

Da informação recolhida é notória a existência de ruturas nas unidades de saúde e uma falta de confiança do sistema, o que promove a existência de elevados níveis de *stocks* ao longo

da cadeia e frequentes aquisições através de fundo de maneiio, o que gera desperdício e ineficiência.

➤ Inadequação do modelo atual face à reforma dos cuidados primários

Os ACES têm delegação de competências para procederem à aquisição de bens e serviços até 10.000€, bem como têm a possibilidade de possuir os armazéns necessários ao fornecimento das diversas unidades de saúde que o compõem. Neste sentido, a existência de bases de abastecimento e compras ao nível sub-regional está em desacordo com o novo modelo legislativo, que se pretende mais flexível e próximo dos cidadãos.

➤ Fraca agilidade da cadeia de abastecimento

Da análise efetuada podemos concluir que a cadeia de abastecimentos é complexa, repetitiva, pouco ágil e lenta, não permitindo o abastecimento atempado das unidades de saúde, promovendo a existência de *stocks* elevados, dispersão de recursos e ineficiências. Deste modo, podemos definir a relação tempo/custo/qualidade, com ênfase no fator tempo, em detrimento dos fatores custo e qualidade, conforme descrito nos slides de resolução.

3.7.4. Resposta à Questão 4

Considerando o modelo de cadeia de abastecimento referido na questão anterior, identifique pontos de otimização, propondo, um novo modelo com base nas análises anteriores.

Propõe-se uma reorganização orgânica interna dos Serviços da ARSLVT, IP, consubstanciada no seguinte:

➤ Centralização das bases abastecimentos num único local

Propõe-se a extinção de todos os armazéns gerais e farmácias, centralizando as operações em Lisboa, que funcionará como Armazém/Farmácia Central, mantendo-se a utilização do espaço em Alenquer exclusivamente para vacinas que necessitam de rede de frio. As entregas passam a ser repartidas ao longo do ano;

➤ Uniformização de procedimentos e normalização de gestão de materiais

Todos os materiais químico-farmacêuticos ficam na dependência exclusiva da Farmácia, sendo concentrados os recursos técnicos neste local, com as vantagens de harmonização de procedimentos, criação de mestre de artigos e implementação de boas práticas na área do medicamento. Os materiais de consumo geral, comuns a todos os ACES, são geridos pelo Serviço de Logística, localizado em Lisboa, com as vantagens daqui decorrente;

➤ Criação de armazéns avançados na sede dos 22 ACES

Propõe-se a criação de 22 armazéns avançados na sede dos ACES, com vista ao armazenamento local dos materiais necessários ao exercício de funções nas Unidades de Saúde, funcionado de intermediário entre o Armazém/Farmácia Central e as Unidades de Saúde que integram cada agrupamento. Estes armazéns possuirão no máximo *stock* para 2 meses de consumo;

➤ Centralização das Aquisição num Único Local

As compras passam a ser efetuados exclusivamente pelo Serviço de Compras de Lisboa, aglutinando todas as aquisições de artigos transversais às unidades de saúde, propõe-se a extinção de todos serviços de compras dispersos;

➤ Utilização das centrais de compras

Os procedimentos pré-contratuais, principalmente de produtos farmacêuticos e MCC, passarão a ser efetuados pelos SPMS, que aglutinam outras ARS e hospitais, de forma a escolher os fornecedores e negociar os preços da forma mais económica.

➤ Possibilidade de aquisições locais pelos ACES

Os ACES podem adquirir artigos específicos e pontuais (ex.: pilhas, lâmpadas, enchimento de tinteiros recicláveis, materiais de consumo exclusivo local, etc.), no limite das competências delegadas restritas, até ao máximo de 5.000€, correspondendo ao valor máximo permitido legalmente para a realização de ajuste direto de regime simplificado, cujo

procedimento é dispensado de qualquer formalidade prevista no CCP, de forma a libertar os ACES da formalização de procedimentos e concentrar os recursos na prestação de cuidados de saúde;

➤ Possibilidade de aquisições inadiáveis e urgentes pelas unidades de saúde

De forma a não comprometer a prestação de cuidados de saúde, as unidades de saúde podem efetuar aquisições pontuais e específicas, de determinados bens e serviços, que se revelem urgentes e inadiáveis, e, por essa razão, a sua satisfação tem de ocorrer no imediato, não podendo, a sua aquisição, esperar por um procedimento de aquisição desenvolvido pelo serviço de Compras dos serviços centrais ou do ACES. Estas aquisições serão efetuadas através do recurso ao Fundo de Maneio, até ao limite de 150€;

➤ Criação de requisições eletrónicas com cargas pré-fixadas por ACES e unidades de saúde

Propõe-se a implementação do método tradicional de logística (fixação de intervalos entre abastecimentos), através de requisição eletrónica, com cargas pré-fixadas, por Unidade de saúde e por ACES;

➤ Otimização dos espaços de armazenagem

A gestão adequada e eficiente dos materiais químico-farmacêuticos, estimados em 30 milhões de euros anuais, exige a existência de um espaço físico adequado, propondo-se para tal a reestruturação ao nível das instalações físicas da farmácia e armazém geral localizados em Lisboa, com aquisição de novas estruturas de *layout* de armazenagem e sistemas automáticos de *picking* dos materiais. A aquisição de um termo higrómetro permite o controlo e o registo das temperaturas e humidade, de forma a controlar as condições de conservação de medicamentos, especialmente vacinas.

Pretende-se com este investimento contribuir para o controlo efetivo da despesa com *stocks*, e criar condições que permitam melhorar a racionalização e a monitorização sistemática e compreensiva do consumo de medicamentos.

➤ Criação de automatismos

Propõe-se a implementação de automatismos na receção/aviamento de artigos, com emissão de etiquetas autocolantes de códigos de barras que contêm como informação a designação, código e localização associado ao produto bem como o lote e prazo de validade. Com estas etiquetas pretende-se facilitar o arrumo dos artigos no sítio pré-definido e fazer com que todo o restante processo se proceda de forma automática por leitura ótica minimizando o erro humano e possibilitando o rastreio dos prazos de validade e lote.

Propõe-se a adopção do FIFO como sistema de valorização de *stocks*, excepto nos casos em que o prazo de validade do medicamento ou produto em causa o determine

➤ Implementação de um software de gestão integrado

Face ao enorme volume de compras e com as exigências de logística que lhe estão associadas, existe a necessidade de garantir uma rápida e rigorosa organização da informação, de forma a conhecer em tempo real os pedidos das unidades de saúde, os *stocks* existentes, em que fase está a aquisição, o que já foi aviado, etc. Deste modo, propõe-se a aquisição do desenvolvimento do *software* de gestão em rede que a ex-sub-região de Setúbal tinha acabado de adquirir, com base na reorganização interna dos serviços definida supra.

➤ Definição de rotas de distribuição conjuntas

Para otimizar a rede de distribuição, propõe-se o estudo de rotas lógicas de distribuição recorrendo a sistemas de informação geográfica, com integração comum de materiais químico-farmacêuticos e os materiais gerais, ficando isolado apenas as vacinas, face à necessidade de transporte a frio. Neste sentido, propõe-se a constituição de 8 rotas de abastecimento, descritas nos Slides de Resolução, desde o ponto central de abastecimento, localizado em Lisboa, para os 22 armazéns avançados.

➤ Exclusão do sistema de cargas de grande volume e reduzido valor económico

Paralelamente, propõe-se a retirada da circuito da distribuição de cargas com grande volume, mas reduzido valor económico, negociando-se com os fornecedores para os fornecimentos

serem efetuados nos ACES, nos artigos que não necessitam de monitorização, reduzindo desta forma o valor em *stocks* no Armazém/Farmácia Central e os custos de distribuição.

➤ Concentração, redução e requalificação de colaboradores

Propõe-se uma redução e requalificação de efetivos, com conseqüente aumento da eficiência e redução dos custos.

Com efeito, dos 27 colaboradores existentes nos diversos serviços de Compras propõe-se a redução para 17 profissionais, com competências em gestão e negociação, conhecimentos da área de contratação pública e experiência na utilização de tecnologias de informação.

Na área da Logística, dos atuais 25 colaboradores, propõe-se a redução para 15 profissionais, aproveitando a concentração das farmácias e armazéns num só local em Lisboa, permitindo a concentração dos farmacêuticos e TDT's.

Face à dificuldade em recrutar este perfil no conjunto da ARSLVT e da Administração Pública, propõe-se o recurso à contratação através dos SPMS, com competências específicas nesta área. Os colaboradores atualmente existentes que não se integrem no perfil definido deverão ser encaminhados para os ACES.

➤ Formulação dos procedimentos e previsão de consumos automáticos

Propõe-se que os processos utilizados para a formulação da previsão dos consumos passem a ser formulados pelos técnicos de gestão das compras e pelos técnicos da farmácia, libertando destas atividades os enfermeiros e administrativos para as atividades de prestação de cuidados de saúde. As previsões devem ser efectuadas com recurso a ferramentas de gestão, tendo como referência os consumos atuais, o RNU e um *stock* nos ACES para 2 meses de consumo.

➤ Elevada agilidade da cadeia de abastecimento

Com as medidas enunciadas pretende-se atingir uma relação tempo/custo/qualidade, com ênfase no fator qualidade e custos, em detrimento do fator tempo, conforme modelo descrito nos slides de resolução.

3.7.5. Resposta à Questão 5

Elabore um cenário quantificado com a expectativa de ganhos, baseado nos elementos do caso. Descreva igualmente outros benefícios não quantificados para os utentes, profissionais de saúde e concomitantemente para a ARSLVT.

Para implementar a otimização do modelo logístico da ARSLVT, supra descrito, o investimento estimado é de 1.246.592€ distribuído da seguinte forma:

- Empreitada: 215.770€
- Aquisição de bens: 85.000€
- *Software*: 247.200€
- *Hardware*: 19.200€
- Recursos Humanos: 684.422€

O retorno do investimento terá que ser visto como um todo e a implementação de um projeto desta natureza poderá possibilitar a redução de despesa até 8% do total, originando uma poupança de cerca de 3 milhões de euros, tendo como base as seguintes vertentes:

➤ Redução de stocks

A redução de *stocks* será conseguida através do aumento da frequência de reposições, passando de trimestral para bimensal, associada à redução dos armazéns e otimização das aquisições. Atualmente os *stocks* estão avaliados em 9.854.510€. Propõe-se uma redução para 5.453.999,67€, originando uma poupança de 2.726.999,83€.

Além disto a gestão remota destes *stocks* permite acompanhar de forma controlada a distribuição dos medicamentos e o seu percurso, dando a realidade do stock existente nas Unidades de Saúde.

➤ Requalificação dos recursos humanos

A concentração dos recursos num único local, associado a introdução de *software* de gestão permite a redução do número de colaboradores e a profissionalização dos mesmos, resultando numa poupança de cerca de 541.733 € anuais.

Paralelamente existem outros benefícios não quantificados, designadamente:

➤ Aumento da eficiência da distribuição

O aumento da frequência de reposição de consumíveis e a constituição de rotas de abastecimento permite que de cada vez que é necessário efetuar o abastecimento, a quantidade de artigos por Unidade de Saúde seja muito inferior. Assim consegue-se, numa única deslocação, abastecer vários Centros de Saúde em simultâneo aumentando a produtividade dos Recursos Humanos sem aumentar custos de estrutura.

➤ Racionalização dos consumos

Como aumento de fiabilidade do sistema e a conquista de maior confiança por parte das Unidades de Saúde nas entregas e qualidade dos produtos prevê-se uma racionalização de consumos.

➤ Redução de desperdício

O desperdício provocado pela existência de vários armazéns e pelo facto de estes não conterem as condições desejáveis só por si justifica o investimento. Assim a redução de desperdícios poderá ser analisada na medida em que, com a concentração dos armazéns/farmácias num único local, e a melhoria das condições do local estima-se uma redução significativa da cota de desperdício de mercadorias por danos.

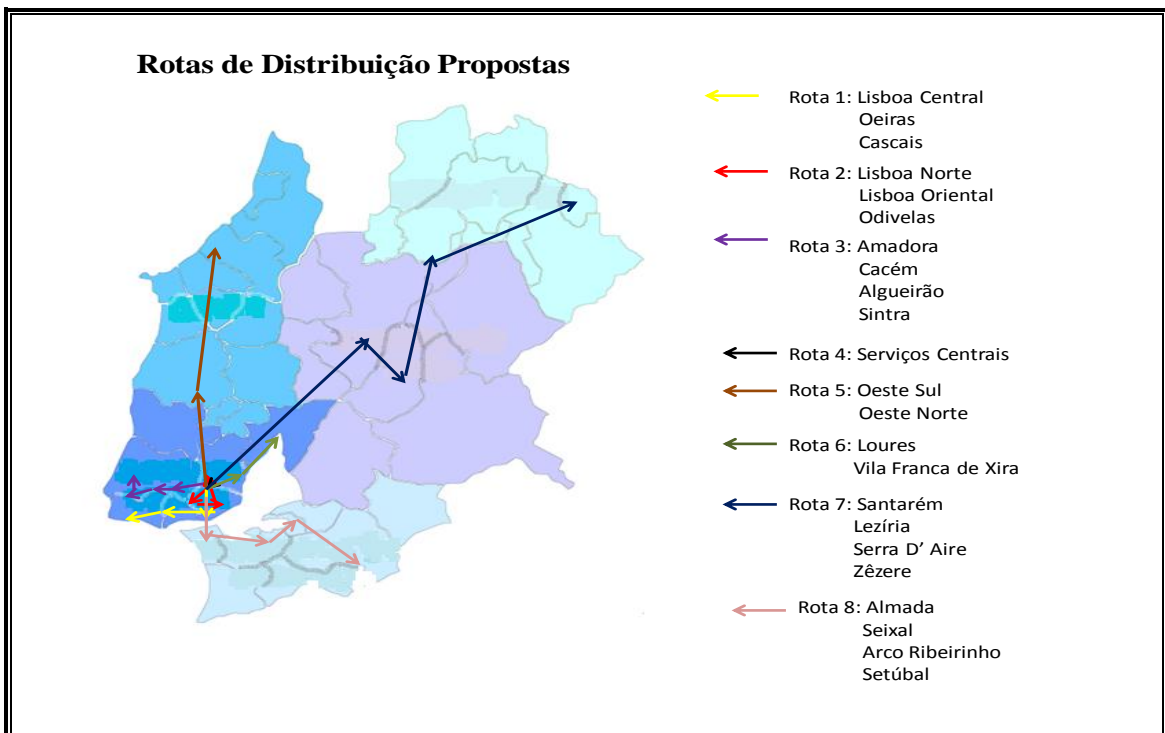
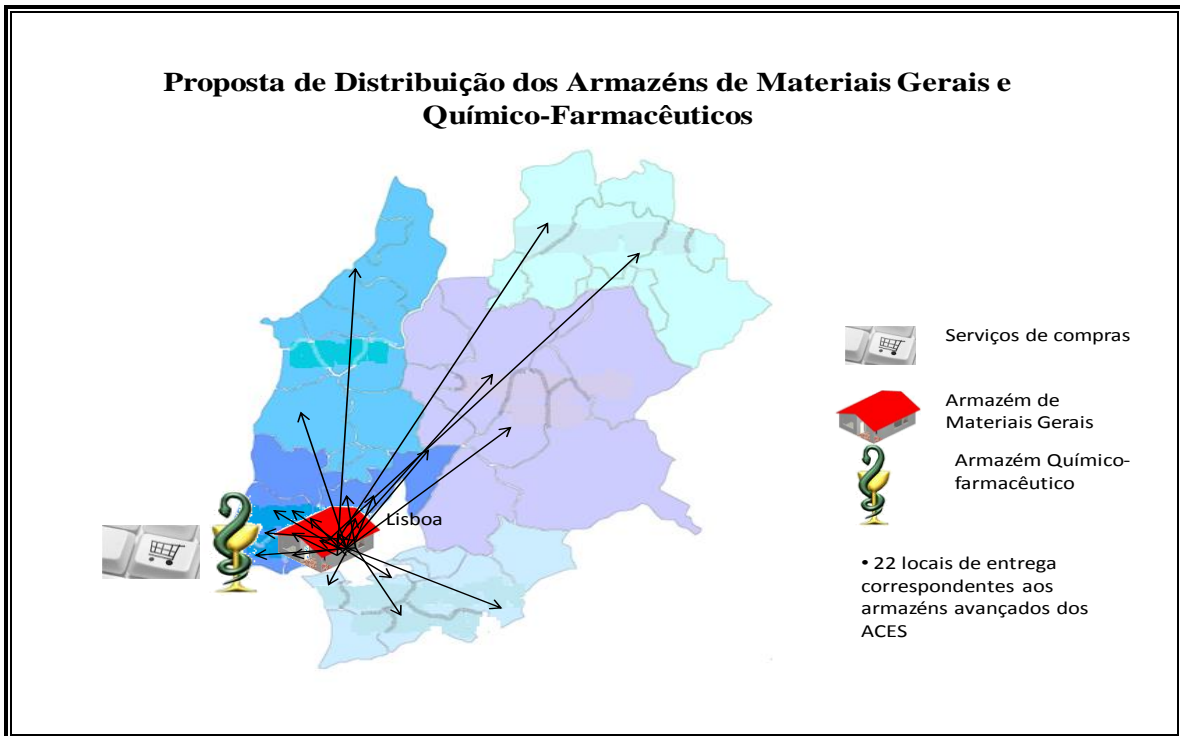
➤ Diminuição dos erros associados à dispensa de medicamentos

Os erros associados à dispensa de medicamentos são uma constante, contudo com a concentração das atividades e automatização das tarefas estamos a transformar um processo que é maioritariamente manual e mais sujeito a falhas, num processo automático/informatizado por leitura de códigos de barras. Com este sistema o acompanhamento dos artigos é completo reduzindo substancialmente os erros associados a este processo.

➤ Libertação de Recurso Humanos para a Prestação de Cuidados de Saúde

A redução de colaboradores nas operações de compras e logística permite a libertação de 20 trabalhadores para as Unidades de Saúde, bem como libertar destas atividades os enfermeiros e administrativos que acumulavam estas tarefas e passam a dedicar-se exclusivamente às atividades de prestação de cuidados de saúde.

3.8. Slides de resolução

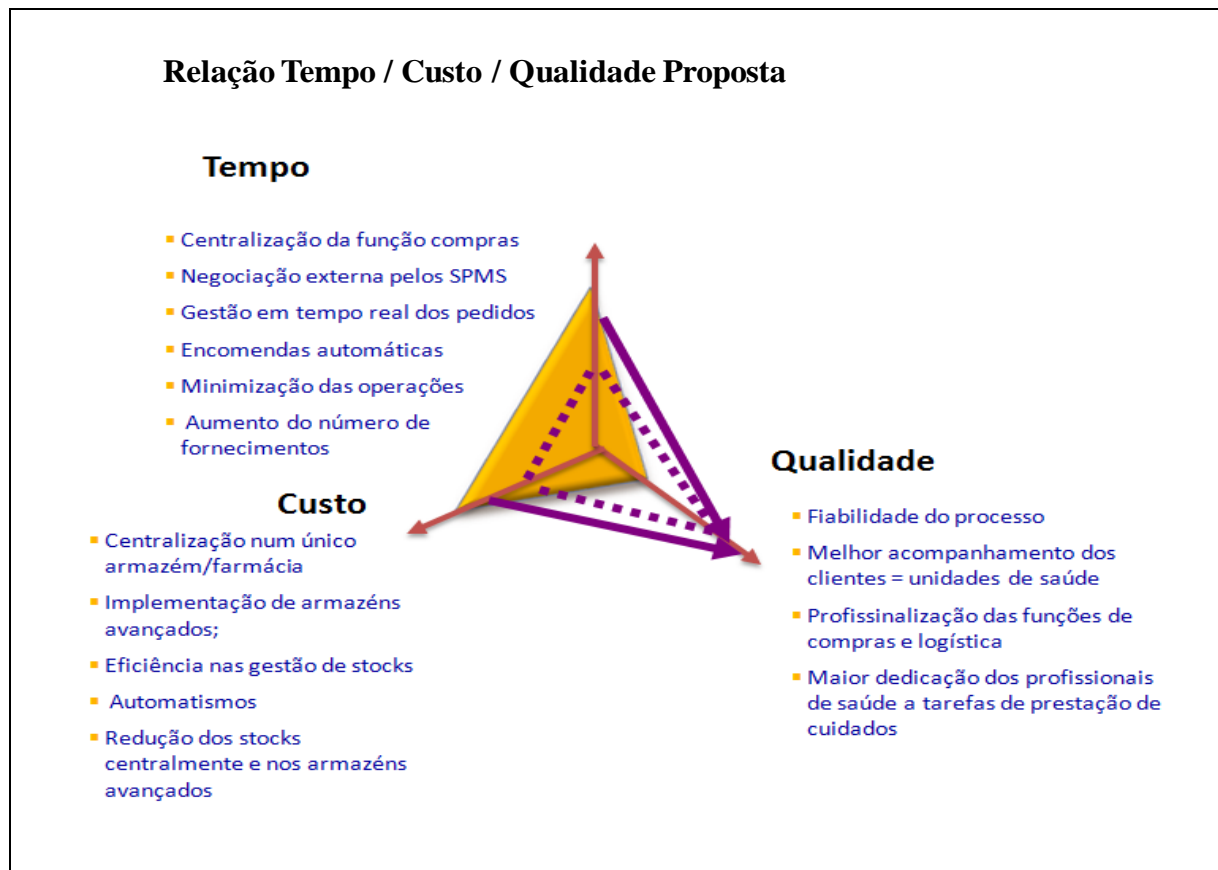
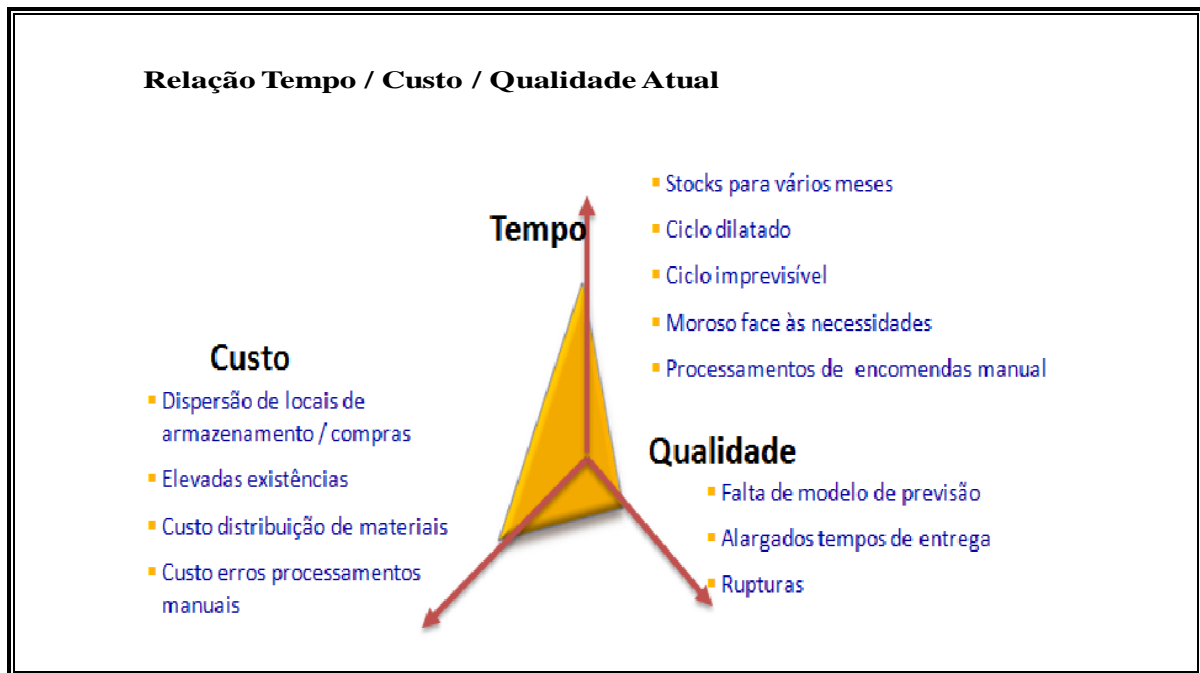


Pontos de Otimização

Ineficiência	Causa	Efeito	Ação
Armazenagem	Dispersão por 10 armazéns	Picking demorado, stock elevado, dispersão de recursos	*Um só Armazém Central / Farmácia *Automatização de processos
Distribuição	Aleatória e dispersa	Circuitos paralelos, duplicação de custos	* Definição de rotas de distribuição conjuntas
Rupturas	Falta de confiança	Elevados níveis de stocks nas unidades de saúde	*Criação de 22 Armazéns Avançados nos ACES * Definição de Requisições Tipo
Recursos Humanos	Pouco qualificados	Ineficiência	*Automatização de processos *Concentração de funções
Pedidos /Encomendas	Circuito em papel	Lead time elevado, stockout & erros	*Requalificar os Recursos Humanos *Formação
Gestão de Stocks	Processo Manual	Falta de informação de gestão	*Criação de procedimentos *Avaliação e certificação de fornecedores
Compras	Departamentos isolados	Desconhecimento das reais necessidades	* Negociação com fornecedores;

Proposta de Recurso Humanos a Afetar e Custos Associados

	Compras		Logística (inclui Farmácia e Armazém de materiais gerais)		Total	
	N.º Colaboradores	Custo Anual	N.º Colaboradores	Custo Anual	N.º Colaboradores	Custo Anual
Atuais	27	595.171 €	25	630.984 €	52	1.226.155 €
Proposta	17	355.725 €	15	328.697 €	32	684.422 €
Poupança						541.733 €



3.9. Ilacões a retirar do presente caso para a gestão

A ARSLVT, como qualquer entidade pública, é uma organização vocacionada para prestar serviços aos utentes, atuando no mercado da saúde, o qual tem características próprias, sendo financiada por um orçamento atribuído pelo Estado. Face à atual conjuntura económica e financeira que o País atravessa, os orçamentos têm vindo a ser sucessivamente reduzidos, pelo que, é imperativo aumentar a produtividade e reduzir os custos, sem sacrificar a qualidade dos serviços de saúde prestados.

O caso centra-se na análise do mercado da saúde português, fortemente influenciado pela presença do Estado na prestação de cuidados diretos à população, tendo surgido o movimento de reforma dos cuidados primários, o qual veio colocar em causa o modelo de cadeia logística utilizado, associado a uma indefinição da estratégia a seguir.

Neste sentido, é proposto a definição de uma estratégia própria, mas integrada no normativo legal instituído às ARS e no programa de saúde do Governo. Igualmente é proposto um modelo *supply chain* adaptado à nova realidade.

Deste modo, em simultâneo com a estratégia definida pela Tutela de expansão das USF's propõe-se a adoção de uma estratégia de redução e otimização dos serviços de apoio, nomeadamente da *supply chain* da ARSLVT, com concentração de atividades e bases de abastecimentos, incluindo uma reorganização da rede de distribuição, permitindo libertar recursos para as atividades *core* da organização, designadamente a prestação de cuidados de saúde. Porém, é necessário investir na otimização dos espaços de armazenagem, adquirir um *software* de gestão integrado e investir na requalificação dos recursos humanos, reduzindo-os e formando-os, de modo a aumentar as competências, utilizando novas tecnologias, com o objetivo final de tornar a cadeia de abastecimentos mais ágil e funcional.

As operações acima, sumariamente, descritas, visam atingir os resultados infra indicados, tendo-se demonstrado a obtenção de ganhos mensuráveis e outros não mensuráveis.

Este caso contribui de forma interativa e dinâmica para a compreensão das dificuldades das organizações públicas portuguesas, focando-se no mercado da saúde, cuja despesa pública tem vindo a crescer substancialmente, ultrapassando o ritmo de crescimento do PIB o que

cria uma constante preocupação relativo à sustentabilidade do sistema de saúde atual em Portugal.

A leitura, compreensão e resolução do presente caso permite o contacto e manuseamento das principais ferramentas de análise do ambiente externo e interno e de formulação de modelos logísticos. Pretende-se reforçar o reconhecimento da importância da gestão da cadeia de abastecimentos para a gestão de unidades prestadoras de cuidados de saúde, e concomitantemente para outras organizações, através da demonstração da criação de valor.

Após a realização deste caso conclui-se que a capacidade de resposta de uma organização às reformas estruturais é possível, mas necessita de investimento e desenvolvimento de competências internas para lidar com alterações processuais de forma a perceber as implicações a médio prazo que podem ocorrer. Neste sentido, o conhecimento das ferramentas em logística são um recurso cada mais procurados nas organizações de saúde.

Como dizia o General Dwight D. Eisenhower “ *Batalhas, campanhas, e mesmo guerras foram vencidas ou perdidas primariamente por causa da logística*”. O mesmo se pode transpor para a saúde e concluir que as reformas em curso só serão bem-sucedidas se a montante existir uma *supply chain* suficientemente ágil e eficiente que permita fazer chegar o produto certo, na quantidade certa, ao local certo, no tempo certo e ao custo mínimo.

Através das argumentações teóricas apresentadas neste estudo, compreende-se que nunca, como agora, numa fase de recessão económica, a eficiência das cadeias de abastecimento, tiveram tanta importância.

3.10. Bibliografia

Monografias:

Alto Comissariado da Saúde (2010), *Atlas do Plano Nacional da Saúde*. Lisboa: Alto Comissariado da Saúde.

ARSLVT, *Relatório de Gestão 2009*, Lisboa, ARSLVT.

ARSLVT, *Relatório de Gestão 2010*, Lisboa, ARSLVT

ARSLVT, *Relatório de Actividades 2010*, Lisboa, ARSLVT.

ARSLVT, *Plano de Actividades 2011*, Lisboa, ARSLVT.

ARSLVT, *Plano Estratégico 2011-2013*, Lisboa, ARSLVT.

ARSLVT, *Orçamento Financeiro (Receita) 2011*, Lisboa, ARSLVT.

Assembleia da República (1979) – Lei n.º 56/79: *Criação do Serviço Nacional de Saúde*, Diário da República n.º 214, Série I de 1979-09-15.

Assembleia da República (1990) – Lei n.º 48/90: *Definição da Lei de Bases da Saúde*, Diário da República n.º 195, Série I de 1990-08-24.

Assembleia da República (1993) – Lei n.º 11/93: *Aprovação do Estatuto do Serviço Nacional de Saúde*, Diário da República n.º 12, Série I-A de 1993-01-15.

Ballou, R. (1998), *Business Logistics Management*. 4ª Edição. Prentice Hall.

Carvalho, C. (2008), *Negociação*, 3.ª edição, Lisboa: Edições Sílabo, Lda.

Carvalho, J.C. (2004), *A Lógica da Logística*. Edições Sílabo, Lda.

Carvalho, J.C. e Filipe, J.C. (2006), *Manual de Estratégia*. Edições Sílabo.

Carvalho, J.M.C. (2004), *Logística*, 3.^a edição, 2^a Reimpressão, Lisboa: Edições Sílabo, Lda.

Carvalho, J.C. e Ramos, T. (2009), *Logística na Saúde*. Edições Sílabo, Lda.

Coyle, Bardi e Langley (1998). *The Management of Business Logistics*, 4^a edição. Nova York: West Publishing Company

Dias, J. (2005), *Logística Global e Macrológica*. Edições Sílabo.

Fisher e Ury (2007), *Como Conduzir uma Negociação*. 6.^a Edição. Porto: Asa Editores, S.A.
Instituto Nacional de Estatística (2001), *CENSOS 2001 Resultados Definitivos: XIV Recenseamento Geral da População*. Lisboa. INE.

Freeman, R.E. (1984), *Strategic Management: A stakeholder approach*. Boston: Pitman.

Lindon, D., Lendrevie, J., Rodrigues, J.V., Lévy, J., Dionísio, P. (2008), *Mercator XXI, Teoria e prática do Marketing*, 11.^a edição, Lisboa, Dom Quixote,

Ministério da Saúde (2008) – D.L. n.º 234/2008: Alterações à Lei Orgânica do Ministério da Saúde, Diário da República n.º 233, Série I, de 2008-12-02.

Ministério das Cidades, Ordenamento do Território e Ambiente (2002) – D.L. n.º 244/2002: Alterações às Matrizes de Delimitação Geográfica das NUTS, Diário da República n.º 255, Série I-A, de 2002-11-05.

Ministério das Obras Públicas, Transportes e Comunicações (2008) – D.L. n.º 18/2008: *Aprova o Código dos Contratos Públicos*, n.º 20, Série I, de 2008-01-29.

Ministério do Equipamento, do Planeamento e da Administração do Território (1999) – D.L. n.º 163/99: Alterações às Matrizes de Delimitação Geográfica das NUTS, Diário da República n.º 111, Série I-A, de 1999-05-13.

Ministério do Equipamento, do Planeamento e da Administração do Território (1999) – D.L. n.º 317/99: Alterações às Matrizes de Delimitação Geográfica das NUTS, Diário da República n.º 189, Série I-A, de 1999-08-11.

Ministério do Planeamento e da Administração do Território (1989) – D.L. n.º 46/89: Alterações às Matrizes de Delimitação Geográfica das NUTS, Diário da República n.º 38, Série I, de 1989-02-15.

Ministério dos Assuntos Sociais (1982) – D.L. n.º 254/82: Criação das Administrações Regionais de Saúde, Diário da República n.º 147, Série I, de 1982-06-29.

Ministério da Saúde (2006) – D.L. n.º 212/2006: Definição da Lei Orgânica do Ministério da Saúde, Diário da República n.º 208, Série I, de 2006-10-27.

Ministério da Saúde (2007) – D.L. n.º 222/2007: Definição da Lei Orgânica das ARS, Diário da República n.º 103, Série I, de 2007-05-29.

Ministério da Saúde (2008) – D.L. n.º 28/2008: Criação dos ACES, Diário da República n.º 38, Série I, de 2008-02-22.

OECD (2010), *Health at a Glance: Europe 2010*, OECD Publishing.

Presidência do Conselho de Ministros (1986) – Resolução n.º 34/86: Estabelecimento das NUTS I, II e III, Diário da República n.º 102, Série I de 1986-05-05.

Reis, R.L. (2008), *Manual de Gestão de Stocks – Teoria e Prática*. 2ª Edição. Lisboa. Presença.

Wheelen, T e David Hunger, T.J. (2006), *Strategic Management and Business Policy: Concepts and Cases*, Pearson.

Periódicos Científicos

Clark, G. e Wright, J., (1964), *Scheduling of Vehicle from a Central Depot to a Number of Delivery Points*. Operations Research, ISS., vol.12, p.586-581.

Friedman, A.L. e Miles (2002), *Developing Stakeholder Theory*. Journal of Management Studies, v 39, n 1, pp 1-21.

Referências não publicadas retiradas da internet:

Base:Contratos Públicos Online (2008), *Código dos Contratos Públicos*, <http://www.base.gov.pt/Paginas/Default.aspx>

Deloitte (2011), *Saúde em Análise: Uma visão para o futuro*, [www.deloitte.com/.../pt\(pt\)_lshc_saudeemanalise_04022011.pdf](http://www.deloitte.com/.../pt(pt)_lshc_saudeemanalise_04022011.pdf)

Teses:

Bettencourt, M.M.R.G. (2009), *A Internacionalização do Compal Essencial para o Mercado Polaco*, Tese de mestrado em Gestão, ISCTE

Pinto, D.S. (2009), *Business Intelligence – O Poder do Conhecimento*. Tese de mestrado em Gestão, ISCTE.

Santos, C.S. (2009), *O Desenvolvimento Estratégico e Estrutura das Supply Chains na H&M e INDITEX/ZARA*. Tese de mestrado em Gestão, ISCTE

Sousa, M.I. (2009), *Estrutura de Comunicação Aplicada à Gestão: o Caso da ESEFSM*. Tese de mestrado em Gestão, ISCTE.