



A Logística Hospitalar

Manual de boas práticas no setor público

Versão final após defesa

Maria Inês de Jesus Oliveira Antunes

Dissertação para obtenção do Grau de Mestre em

Gestão de Unidades de Saúde

(2º ciclo de estudos)

Orientador: Prof. Doutora Anabela Antunes de Almeida

dezembro de 2023

Declaração de Integridade

Eu, Maria Inês de Jesus Oliveira Antunes, que abaixo assino, estudante com o número de inscrição m2013 do Mestrado de Gestão de Unidades de Saúde da Universidade da Beira Interior, declaro ter desenvolvido o presente trabalho e elaborado o presente texto em total consonância com o **Código de Integridades da Universidade da Beira Interior**.

Mais concretamente afirmo não ter incorrido em qualquer das variedades de Fraude Académica, e que aqui declaro conhecer, que em particular atendi à exigida referenciação de frases, extratos, imagens e outras formas de trabalho intelectual, e assumindo assim na íntegra as responsabilidades da autoria.

Universidade da Beira Interior, Covilhã 5/12/2023

Dedicatória

*Aos meus filhos:
Maria Francisca e Rafael Filipe*

Agradecimentos

Agradeço à minha família, em particular aos meus pais, *Ilda e Manuel*, pelo apoio incondicional ao longo de minha vida. As palavras de encorajamento, amor e confiança foram fundamentais para meu crescimento pessoal e profissional. Em momentos de dúvida e dificuldade sempre estiveram ao meu lado, sempre me mostraram que o esforço, a dedicação e a persistência promovem a “colheita de frutos” no futuro. Esta conquista não seria possível sem vocês!

Agradeço também à minha querida orientadora, *Professora Doutora Anabela Almeida*, a sua orientação e apoio constante foram essenciais para o meu trabalho. Agradeço toda a partilha de conhecimentos, a paixão pelo tema que nas nossas conversas se evidencia e permite que vamos mais além do que inicialmente previsto! Pelo seu profissionalismo, pelo seu compromisso, por ter acreditado em mim e por me ter motivado a alcançar resultados o meu obrigada! É uma honra partilhar este projeto consigo.

Resumo

A evolução do Serviço Nacional de Saúde em Portugal tem, ao longo dos anos, apresentado um processo contínuo e complexo, com a necessidade de envolvimento de diversos setores, incluindo o governo, profissionais de saúde, gestores hospitalares e a sociedade como um todo. A busca por uma gestão eficiente e sustentável do sistema de saúde é fundamental para garantir o acesso universal e de qualidade aos serviços de saúde para todos os cidadãos portugueses.

Por outro lado, a gestão hospitalar apresenta desafios únicos devido à complexidade das organizações hospitalares e à natureza dos serviços de saúde. A compreensão e a aplicação de boas práticas de gestão são essenciais para garantir a eficiência, a qualidade e a sustentabilidade das instituições hospitalares, bem como para proporcionar um atendimento adequado e seguro aos pacientes.

Os serviços de aprovisionamento têm sob sua responsabilidade diversas áreas, nomeadamente as compras, a receção, a gestão dos materiais e a sua distribuição. A realização das compras de bens e serviços, são uma atividade essencial num hospital, com um impacto significativo na qualidade, eficiência e sustentabilidade dos serviços de saúde prestados aos pacientes. A adoção de práticas de compras eficientes e sustentáveis é fundamental para garantir o fornecimento adequado de produtos e serviços, reduzir custos, melhorar a qualidade dos serviços e garantir a segurança dos pacientes.

Os stocks hospitalares devem ser geridos e acondicionados de acordo com princípios de armazenamento previamente estabelecidos, uma má gestão de stocks nos hospitais pode levar a diversos riscos que afetam a qualidade dos serviços de saúde prestados aos utentes. Uma gestão eficiente de stocks é fundamental para garantir a disponibilidade, qualidade e segurança dos produtos necessários para o atendimento, além de reduzir custos e desperdícios.

Assim, a adoção de boas práticas num Serviço de Aprovisionamento hospitalar permite garantir eficiência, transparência, sustentabilidade e ética na gestão das atividades relacionadas à aquisição de produtos e serviços necessários para o funcionamento de um hospital e têm como objetivo demonstrar que a área de aprovisionamento promove uma gestão responsável dos recursos, contribuindo para o cumprimento de metas da instituição onde se insere. O objetivo de criar um manual de boas práticas no setor público para os serviços de aprovisionamento de hospitais públicos portugueses, afim de contribuir para uniformizar e aprofundar as boas práticas inerentes a um Serviço de

Aprovisionamento hospitalar português que servirá de base para que as práticas base dos serviços de aprovisionamento dos hospitais públicos portugueses se tornem comuns e tornará viável a comparação entre eles com a possível criação no futuro de indicadores comuns.

A metodologia para atingir o objetivo proposto foi através da análise da teoria já apresentada em articulação com a experiência profissional na área, concluindo que a implementação de um manual de boas práticas num Serviço de Aprovisionamento hospitalar contribui para a melhoria da qualidade do atendimento ao utente, para a otimização dos recursos financeiros e a garantia de um abastecimento adequado de materiais e serviços.

Palavras-chave

Aprovisionamento Hospitalar; Stocks; Gestão; Contratação Pública; Compras Hospitalares.

Abstract

The evolution of the National Health Service in Portugal has, over the years, presented a continuous and complex process, with the need for the involvement of different sectors, including the government, health professionals, hospital managers and society as a whole. The search for an efficient and sustainable management of the health system is fundamental to guarantee universal and quality access to health services for all Portuguese citizens.

On the other hand, hospital management presents unique challenges due to the complexity of hospital organizations and the nature of health services. Understanding and applying good management practices are essential to ensure the efficiency, quality and sustainability of hospital institutions, as well as to provide adequate and safe care for patients.

Procurement services are responsible for several areas, namely purchasing, reception, material management and distribution. Purchasing goods and services is an essential activity in a hospital, with a significant impact on the quality, efficiency and sustainability of healthcare services provided to patients. The adoption of efficient and sustainable purchasing practices is essential to ensure the adequate supply of products and services, reduce costs, improve the quality of services and ensure patient safety.

Hospital stocks must be managed and packaged according to previously established storage principles, poor stock management in hospitals can lead to various risks that affect the quality of health services provided to patients. Efficient stock management is essential to ensure the availability, quality and safety of the products needed for patient care, in addition to reducing costs and waste.

Thus, the adoption of good practices in a hospital Supply Service allows to guarantee efficiency, transparency, sustainability and ethics in the management of activities related to the acquisition of products and services necessary for the operation of a hospital and aims to demonstrate that the supply area promotes responsible management of resources, contributing to achieving the goals of the institution in which it operates. The objective of creating a manual of good practices in the public sector for the provisioning services of Portuguese public hospitals, in order to contribute to standardizing and deepening the good practices inherent to a Portuguese hospital Supply Service, which will serve as a basis for the basic practices of supply services for Portuguese public

hospitals become common and will make it possible to compare them with the possible creation of common indicators in the future.

The methodology to achieve the proposed objective was through the analysis of the theory already presented in conjunction with professional experience in the area, concluding that the implementation of a manual of good practices in a hospital Supply Service contributes to improving the quality of user care, to optimize financial resources and ensure an adequate supply of materials and services.

Keywords

Hospital Supply; Stocks; Management; Public Procurement; Hospital Purchases.

Índice

1. Introdução.....	1
1.1. Um novo enquadramento da gestão dos Hospitais	1
1.2. Objetivos e estrutura da dissertação	12
2. Os Serviços de Saúde.....	13
2.1. O Hospital.....	18
2.2. O Serviço de Aprovisionamento e os seus recursos	22
3. As áreas de atuação do Serviço de Aprovisionamento	27
3.1. As compras públicas no sector da saúde.....	27
3.2. A Encomenda	29
3.3. A Receção.....	30
3.4. A Gestão de Stocks	30
3.4.1. A Gestão Material dos Stocks	32
3.4.2. A Gestão Administrativa dos Stocks	33
3.4.3. A Gestão Económica dos Stocks	34
3.4.3.1 Custos	35
3.4.4. Análise em produtos de saúde	36
3.4.4.1 Análise ABC	36
3.4.4.2 Análise XYZ	37
3.5. A Distribuição	37
4. Metodologia de Investigação	40
5. Resultados	41
6. Conclusões.....	61
Bibliografia.....	63

Lista de Figuras

Figura I - Organização do Ministério da Saúde

Figura II - Interligação das três funções da gestão de stocks

Lista de Quadros

Quadro n.º I: Descritivo dos procedimentos

Lista de Siglas / Acrónimos

- ARS – Administrações Regionais de Saúde
- CCP – Código dos Contratos Públicos
- CPC – Conselho de Prevenção para a Corrupção
- DEUCP – Documento Europeu Único de Contratação Pública
- DM – Dispositivos Médicos
- DRE – Diário da República Eletrónico
- E.P.E. – Entidade Pública Empresarial
- GCL-PPCIRA - Grupo Coordenador Local do Programa de Prevenção e Controlo de Infecções e de Resistência aos Antimicrobianos
- INE – Instituto Nacional de Estatística
- OCDE – Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico
- ODS – Objetivos de Desenvolvimento Sustentável
- OPSS – Observatório Português dos Sistemas de Saúde
- PPP – Parceria Público Privada
- SA – Sociedade Anónima
- SNS – Serviço Nacional de Saúde
- WHO – World Health Organization

1. Introdução

A importância crescente de uma gestão com inspiração no sector privado com vista ao aumento da eficiência conduziu a um movimento de empresariação dos Hospitais Públicos portugueses bem como à introdução de mecanismos de monitorização da sua performance através da definição de indicadores (Harfouche, 2008).

Neste contexto, o gestor tem um papel específico uma vez que lhe é possível a melhoria da eficiência e da produtividade pela gestão através de resultados. Aos gestores públicos é colocado o desafio não só de encontrarem formas novas e inovadoras de conseguirem alcançar resultados, mas também o desafio de privatização de funções anteriormente desempenhadas pelo Governo (Harfouche, 2008). Os gestores devem envolver-se na implementação de novos métodos ou por outro lado, na criação de serviços em vez de se envolverem diretamente na sua execução (Harfouche citando Denhardt, 2008).

Segundo Reis (2004), considerando a diversidade e a complexidade das organizações de saúde, os gestores têm um dos mais complexos cargos executivos a desempenhar. A complexidade das Organizações de Saúde deriva do facto de apresentarem diversas linhas de produção tais como internamento, urgência, consulta externa, meios complementares de diagnóstico... No entanto, não se pode ainda esquecer que um Hospital funciona também como uma Unidade Hoteleira uma vez que tem ainda como missão fornecer alimentação, assegurar um nível de limpeza e desinfeção extrema bem como a segurança de pessoas e bens.

1.1. Um novo enquadramento da gestão dos Hospitais

Segundo Simões (2004), algumas propostas que, na década de 80, animavam o debate sobre a reforma do Sistema de Saúde, defendiam um papel mais ativo do sector privado, uma maior responsabilização individual sobre o financiamento e uma orientação empresarial do Serviço Nacional de Saúde (SNS).

Não obstante as várias reformas levadas a cabo, uma das mais significativas foi iniciada formalmente através da revisão da Lei Constitucional em 1989 determinando-se que o SNS com carácter universal e geral deixasse de ser gratuito para passar a definir-se como tendencialmente gratuito.

Esta reforma veio a ser continuada pela Lei de Bases da Saúde, Lei nº 48/90, que na sua Base XXXVI determina alguns aspetos relativos à Gestão Hospitalar, nomeadamente que a mesma deverá obedecer a regras de gestão empresarial, sempre que esta situação for possível e permite que sejam realizadas experiências inovadoras de gestão que respeitem as regras estabelecidas na Lei. Possibilita ainda a realização de contratos de gestão dos Hospitais e Centros de Saúde do SNS com outras entidades ou com grupos de médicos.

A primeira alteração à Lei de Bases da Saúde vem a ocorrer, anos mais tarde, através da Lei de Gestão Hospitalar, Lei n.º 27/ 2002 de 8 de novembro que, entre outras alterações, modifica a Base XXXVI, determinando a previsão de unidades de Saúde com a natureza de sociedades anónimas de capitais públicos, o regime de contrato individual de trabalho e a contratação coletiva de trabalho assegurando o financiamento do SNS por meio do pagamento dos atos efetivamente realizados.

Este enquadramento legal define um novo modelo de Gestão Hospitalar concedendo aos estabelecimentos hospitalares que fazem parte da rede de Cuidados de Saúde uma expressão institucional de gestão do tipo empresarial.

Segundo Harfouche (2008), a publicação destes diplomas, e de outros que lhes sucederam, serviram de base para o desenvolvimento de mecanismos com vista à modernização e flexibilização do SNS, procurando a máxima eficiência, num contexto de contenção da despesa pública, traduzida na preocupação com o aumento da produtividade e na consequente diminuição dos meios e dos gastos aplicados.

No modelo que progressivamente se desenha, o Estado deixa de ser o principal produtor de serviços públicos, os quais passam a ser dirigidos por empresas privadas ou por organizações não lucrativas, por delegação do Estado ou em parcerias público-privadas. O Estado assume, assim, sobretudo um papel de regulador, de organizador e comprador de serviços públicos (Simões, 2004).

A transformação dos Hospitais em Sociedades Anónimas (SA) teve como objetivo a consagração de uma autonomia de gestão crescente, o mais próximo possível da realidade empresarial, sendo paralelamente estabelecida a separação entre as funções de prestador de cuidados de saúde da função de financiador público do SNS (Harfouche, 2008). Segundo Moreira, citado por Harfouche (2008), os Hospitais SA bem como as Entidades Públicas Empresariais (EPE), são formas de empresa pública previstas na Lei geral do sector empresarial do Estado. As suas diferenças residem ao nível da natureza do seu capital, da

forma de controlo do Governo e do tipo de controlo financeiro de que são alvo. Assim, de acordo com este autor, não faz sentido a distinção entre EPE e SA, uma vez que ambas são modalidades da empresa pública.

A segunda alteração à Lei de Bases da Saúde ocorre 30 anos depois com a publicação da Lei 95/2019 de 4 de setembro, revogando a Lei 48/90 de 24 de agosto e o Decreto Lei 185/2002 de 20 de agosto. As principais alterações introduzidas pela nova Lei 95/2019 incidem sob o setor privado, com a reafirmação da necessidade de cooperação deste com o setor público e o setor social, devendo esta relação ser pautada pela transparência e sem conflitos de interesses, a recorrência ao setor privado deverá ocorrer apenas na medida do estritamente necessário. A nova Lei de Bases integra também dois novos conceitos, a tecnologia como um instrumento de prestação de serviços e a figura do cuidador informal.

Esta nova etapa foi acompanhada pelo rápido crescimento da despesa da saúde. Apesar da evidência de que o aumento da despesa e o desperdício são frutos do processo de privatização e da desorganização por ele gerada, permanece a política de saúde com argumento para defender abertamente a privatização de Unidades Hospitalares e de Cuidados de Saúde Primários.

O Decreto Lei n.º 18/2017 de 10 de fevereiro estabelece o Regime Jurídico e os Estatutos aplicáveis às unidades de saúde do Serviço Nacional de Saúde com a natureza de Entidades Públicas Empresariais, bem como as integradas no Setor Público Administrativo, define ainda que as mesmas podem assumir uma das seguintes figuras jurídicas:

- a) Entidades públicas, dotadas de personalidade jurídica, autonomia administrativa e financeira, com ou sem autonomia patrimonial;
- b) Entidades públicas, dotadas de personalidade jurídica, autonomia administrativa, financeira e patrimonial e natureza empresarial;
- c) Entidades privadas com quem sejam celebrados contratos que tenham por objeto a realização de prestações de saúde através de um estabelecimento de saúde integrado ou a integrar no SNS, em regime de parcerias público –privadas.

São também criados os Centros de Responsabilidade Integrada no SNS, que segundo o art.º 9 da Lei n.º 18/2017 são estruturas orgânicas de gestão intermédia que visam potenciar os resultados da prestação de cuidados de saúde, melhorando a acessibilidade dos utentes e a qualidade dos serviços prestados, aumentando a produtividade dos recursos aplicados, contribuindo, para uma maior eficácia e eficiência.

Num curto espaço de tempo são realçados alguns aspetos que se centram ao nível da promoção ativa de um conjunto de estudos técnicos destinados a concretizar orientações e orientar as decisões visando ganhos em saúde, qualidade da despesa, organização e gestão dos serviços de saúde, confiança, autoestima, formação e investigação, retomando-se a ideia de que é necessário um projeto de reforma de saúde redefinido, tendo por base estas orientações.

A empresarialização dos Hospitais Públicos portugueses era uma aspiração antiga não só dos decisores políticos com responsabilidades na definição das políticas, da saúde e das respetivas estratégias, mas também dos profissionais de saúde (OPSS, 2008). De acordo com o Relatório Primavera (OPSS, 2006) as mudanças que se verificaram com a transformação dos Hospitais em empresa (numa primeira fase SA e posteriormente EPE) operaram-se fundamentalmente ao nível da modalidade de posse, de uma maior flexibilização da política de aquisições, da contratação de recursos humanos e da existência de algum desenvolvimento no campo das ferramentas de informação. Contudo, de um modo geral, os hospitais mantiveram o seu desenho organizacional no que diz respeito ao seu modelo de governo e de organização interna.

Segundo o Relatório Primavera (OPSS, 2007), não obstante as mudanças introduzidas no modelo de gestão dos hospitais, não se verificaram significativas alterações na cultura de gestão nem no modelo de organização interna dos mesmos. No contexto desta realidade deficitária, a empresarialização dos hospitais trouxe consigo mecanismos de controlo e monitorização, quer externos quer internos, que se podem constituir como uma base para uma governação hospitalar efetiva e para o desenvolvimento do hospital (evolução do modelo organizacional interno, divulgação de boas práticas e melhoria do desempenho), nomeadamente no que se refere à criação de uma cultura de maior transparência, responsabilização e prestação de contas.

A necessidade de mudar de paradigma parece evidente. O Ministério da Saúde tem vindo a promover alterações profundas, quer na comparticipação de medicamentos, quer no modelo de financiamento e gestão dos hospitais. Assim haverá unidades de saúde que estarão a ser financiadas segundo métodos prospetivos, mais aptos a induzir eficiência. As respetivas administrações estarão a ser responsabilizadas pelo cumprimento das metas estabelecidas nos respetivos contratos-programa. Assim, segundo Rocha (2020), a gestão hospitalar em Portugal está a evoluir no sentido de atender às novas exigências do setor e

os gestores hospitalares a procurar novas metodologias para melhorar a eficiência operacional e a qualidade dos serviços prestados.

Segundo Araújo (2003), a empresarialização dos hospitais surge como uma tentativa de introdução de uma forma de gestão que dá ênfase ao controlo dos custos, à produtividade, à flexibilidade, à autonomia de gestão e à responsabilização pelos resultados obtidos. Este autor salienta ainda que esta reforma traz consigo uma gestão profissional das unidades de saúde através da sua separação da atividade clínica.

"As organizações de saúde têm vindo a sofrer alterações conforme mencionado. A organização hospitalar caracteriza-se por ser uma burocracia profissional do ponto de vista estrutural, onde o sector operacional tem importância, pois concentra o poder na organização. O seu mecanismo de controlo dá-se por padronização de habilidades realizadas por órgãos fiscalizadores externos nas diversas categorias profissionais" (Júnior e Vieira, 2002, p. 329).

Segundo Ruthes e Cunha (2007, p. 94), "o hospital moderno é uma organização completa e complexa, ele incorpora o avanço constante dos conhecimentos, de aptidões, da tecnologia médica e dos aspetos finais desta tecnologia representados pelas instalações e equipamentos".

A gestão de um hospital como referido anteriormente é complexa uma vez que, segundo Reis (2007), as organizações de saúde podem ser consideradas como únicas, sendo cada uma delas diferenciável da outra, pois têm características específicas relacionadas com os seus sistemas de valores, com o mercado em que se movem, com o tipo de recursos que utilizam e com as suas estruturas e processos produtivos.

As organizações de saúde exigem vários intervenientes com diferentes capacidades para oferecer cuidados de saúde de alta qualidade (Figueroa et al., 2019). No entanto, uma cultura hierárquica dominante e a falta de cultura colaborativa e distribuída podem limitar o desempenho das organizações de saúde (Srinivasan e Chandwani, 2014). Para além disso, considerando a alta rotatividade da liderança executiva, as organizações de saúde geralmente dependem de intervenientes externos para que ocorra uma gestão de sucesso, o que pode reduzir a eficiência do hospital (Ford et al., 2018). Outros fatores para o desempenho hospitalar enfraquecido incluem: a falta de eficiência alocativa e transparência (Leggat e Balding, 2013); processos hospitalares precários que dificultam o desenvolvimento de sistemas efetivos de prevenção e controlo de infeções hospitalares

(Baylina e Moreira, 2012); e reformas de remuneração, como financiamento baseado em valor e taxa por serviço que incentivam o volume (Jha, Sahay, e Charan, 2016).

Cada hospital deve ter definida a sua missão e esta deve responder a questões como: porque está ali, que tipo de bens vai produzir ou prestar e a quem vai servir. Deve também criar um conjunto de valores que se compromete a respeitar conjuntamente com os seus recursos humanos e pelos quais deseja ser conhecido.

A relação entre consumidor e prestador de serviços/ produtor nestas organizações é muito peculiar pois não se trata de confiança dos consumidores de que o hospital irá cumprir tudo a que se comprometeu, mas sim que irá realizar tudo o que for preciso para tratar de si e dos seus interesses. Nesta dimensão, as organizações de saúde têm que ter em conta a natureza da procura, a falta de informação do lado da procura, a ausência de soberania do consumidor, o facto de a procura de cuidados ter subjacente, não a vontade de consumir mas uma necessidade, a escassa relevância que o elemento preço assume neste mercado, as dificuldades de instalação de mecanismos de garantia e avaliação da qualidade e o facto de se verificarem perante cada novo segmento de oferta, manifestações de procura acrescidas (Reis, 2007).

Neste mercado da saúde não se tem em conta apenas os agentes produtor / vendedor, isto porque não existe apenas uma relação bilateral, mas sim uma relação multilateral, isto é, existem diversas pessoas envolvidas no cuidado de um doente. Segundo Ruthes e Cunha (2007) um hospital hoje em dia desempenha ao mesmo tempo o papel de hotel, centro de tratamento, laboratório e universidade, o que implica o envolvimento de diversos profissionais.

O mercado da saúde tem uma particularidade muito relevante, a questão da oferta e da procura, os cuidados de saúde não podem ser armazenados, nem preparados previamente, não se pode saber quando vai haver picos da procura ou quando vai haver pouca procura. Reis (2007) refere que a procura em saúde é “derivada” pois procura-se saúde, mas oferecem-se cuidados de saúde, que são de natureza aleatória em termos de resultados. Outra particularidade não menos relevante é o preço. No mercado da saúde o gestor não pode definir o preço consoante os seus custos pois muitas vezes o preço é inferior aos custos reais. Neste contexto, é importante ter-se em consideração que a prestação dos cuidados de saúde é aleatória, pelo que com o mesmo preço poderão surgir diversos resultados.

A qualidade dos serviços de saúde é uma das grandes preocupações de um gestor, isto porque a qualidade está intimamente relacionada com os meios disponíveis na organização. Segundo Júnior e Vieira (2002, p. 326), “há fortes argumentos utilizados para a adoção de

programas de qualidade total na gestão hospitalar, pois não é suficiente reunir o melhor corpo clínico para que a organização preste assistência de qualidade, já que esta depende de um conjunto de outros fatores comuns às organizações de vários sectores”.

As mudanças nas políticas e regulamentações de saúde têm agravado os desafios que os gestores e líderes em saúde enfrentam para oferecer cuidados de alta qualidade (Carney, 2010). As reformas políticas muitas vezes levam à reestruturação do sistema de saúde, exigindo mudanças nos valores, estruturas, processos e sistemas que podem restringir a forma como os gestores e líderes de saúde estruturam as suas organizações (Reyes et al, 2014). Por exemplo, a distribuição da gestão dos serviços de saúde às autoridades locais através da descentralização tem um impacto variável na eficácia e eficiência da prestação de cuidados de saúde (Maluka et al., 2011).

Reis (2007), diz que a gestão deve sobretudo gerir os recursos que alimentam a atividade maior e que esta é conduzida pelos profissionais; assim os gestores têm que procurar equilibrar a multiplicidade de perspetivas existente e encontrar a regra de ouro que lhes permita operacionalizar as suas intervenções com respeito pelos valores em presença e segundo a lógica empresarial.

Com todas estas especificidades das organizações de saúde é claro que o gestor vai sentir necessidade de fazer alguma reflexão na sua gestão pelo que, para além de ter em conta as especificidades referidas anteriormente, tem ainda que cumprir objetivos, satisfazer necessidades de pessoas completamente diferentes e respeitar os seus valores. Tudo dentro da mesma organização, sofrendo ainda as pressões exteriores à mesma (Nunes, 2017).

As decisões dos governos são frequentemente tomadas com base na economia de custos, resultando em restrições orçamentais dentro das quais os sistemas de saúde devem operar (Taylor e Groene, 2015). Embora alguns sistemas de saúde tenham apresentado resultados positivos sob tal restrição (Carney, 2010), muitas vezes as restrições de recursos financeiros podem levar a uma má alocação de recursos humanos e técnicos, criando um desequilíbrio entre as exigências e ofertas (Maluka et al., 2011). Para reduzir os gastos com cuidados intensivos, há também um esforço para fornecer serviços de saúde na comunidade e focar nos indicadores sociais da saúde, embora isso traga outras complexidades relacionadas com a gestão de colaborações de várias partes interessadas (Louis et al., 2019).

Normalmente, estes ciclos são controlados por pessoas diferentes. A gestão efetuada por vários gestores hospitalares leva a objetivos desencontrados e, muitas vezes, contraditórios (Teixeira, 2012). Enquanto que os médicos procuram produtos que sejam eficazes no

tratamento de utentes, independentemente do seu custo, os gestores de hospitais visam fornecer produtos eficazes e de qualidade, mas com o menor custo possível. Por outro lado, os produtores e fornecedores, estão mais preocupados em obter uma vantagem competitiva (Costa, 2013). Esse desencontro é um problema que torna a operação de aprovisionamento nada tranquila, intensificando ainda mais a complexidade de uma rede logística hospitalar.

Devido ao aumento das necessidades e às restrições de custos, estão a aparecer novos modelos de negócios e alguns sistemas de saúde estão a recorrer à privatização (Jeurissen et al., 2016). Isso criou concorrência no mercado, aumentou a adoção de seguros privados de saúde e aumentou o movimento de consumidores entre várias organizações (Srinivasan e Chandwani, 2014). Assim, os gestores e líderes de saúde precisam de acompanhar os modelos de negócios em constante mudança na prestação de cuidados e avaliar o seu impacto (Jeurissen et al., 2016).

As alterações que têm vindo a ser desenvolvidas na área da gestão dos hospitais trazem consigo mudanças profundas na forma como é pensado o papel do administrador público bem como acerca da natureza da sua profissão. Os gestores públicos são confrontados com o desafio de procurarem formas inovadoras de obtenção de resultados e de privatização de funções anteriormente desempenhadas pelo Governo (Harfouche, 2008).

Os sistemas de saúde são cada vez mais complexos, abrangendo a prestação de serviços de saúde públicos e privados, cuidados de saúde primários, cuidados agudos, crónicos e idosos, em contextos diversos (Figueroa et al., 2019). Estes estão em constante evolução para se adaptar às mudanças epidemiológicas, demográficas e sociais, e as tecnologias emergentes e realidades políticas, económicas, sociais e ambientais criam uma agenda complexa para a saúde global (Senkubuge et al., 2014). Em resposta, houve um maior reconhecimento do papel de intervenientes não estatais para gerir as necessidades da população e impulsionar a inovação. O conceito de “governança colaborativa”, no qual os intervenientes não relacionados com a saúde e aqueles relacionados diretamente com a mesma trabalham juntos, passou a sustentar os sistemas de saúde e a prestação de serviços internacionalmente (Senkubuge et al., 2014), com a finalidade de atender às novas expectativas e novas prioridades (Figueroa et al., 2019). Alcançar a cobertura universal de saúde, assim como os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS), particularmente em países de baixo e médio rendimento, têm sido forças motrizes fundamentais (WHO, 2014). As agendas de mudança foram encapsuladas em reformas destinadas a melhorar a eficiência, a equidade de acesso e a qualidade dos serviços públicos de forma mais ampla (Reich et al., 2016).

Segundo Araújo (2003) a base para a procura de formas alternativas de fornecimento dos serviços públicos residiu na necessidade de detenção de maior informação e controlo sobre o funcionamento e custo dos serviços. Uma das formas encontradas para alcançar este objetivo foi a separação da responsabilidade pelo desenvolvimento das políticas da responsabilidade pela sua implementação através da concessão de um maior grau de autonomia aos responsáveis pela gestão dos serviços. Araújo (2003, p. 5), refere ainda que “a reforma visou a criação de serviços que operam numa nova estrutura tendo em vista o aumento da eficiência, da eficácia e da economia”.

Matos (2006), aponta os hospitais como umas das organizações mais complexas da sociedade moderna. Segundo o autor o hospital tem um conjunto de finalidades principais que vão do tratamento dos doentes, ao de hotel, ao de centro de prestação de cuidados médicos, ao de laboratório e por fim ao de universidade. “Em virtude da alta especialização das suas atividades, executadas por um vasto corpo de pessoal profissional e técnico, o grande hospital enfrenta problemas muito sérios de coordenação e autoridade” (Matos, 2006, p. 33).

Matos (2006) refere ainda que sendo os hospitais organizações de tipo técnico-profissional o peso dos conhecimentos técnicos e científicos dos profissionais são de fulcral importância, pelo que podem colocar em causa o funcionamento e a sobrevivência da organização, que o esforço de gestão reside ao nível de cada um destes prestadores. Neste âmbito, segundo o mesmo autor “o exercício da gestão torna-se assim um processo ainda mais complexo e de difícil implementação em toda a instituição” (Matos, 2006, p. 33).

A profunda escassez de recursos humanos para a saúde para atender às necessidades de saúde da população atual é emergente em todo o mundo. Apesar de existirem algumas melhorias gerais nos agregados da força de trabalho em saúde, os desafios de recursos humanos enfrentados pelos sistemas de saúde são altamente complexos e variados (Figuerola, et al., 2019). Isso inclui não apenas a escassez numérica de força de trabalho, mas também desequilíbrios ao nível de habilidades, má distribuição geográfica, dificuldade na colaboração interprofissional, uso ineficiente de recursos, assim como esgotamento dos profissionais (West e Dawson, 2012). Neste contexto, a liderança efetiva em saúde e a gestão da força de trabalho são, portanto, essenciais para atender às necessidades de recursos humanos nos sistemas de saúde e fortalecer as capacidades nos níveis regional e global (Reich et al., 2016).

Os gestores e líderes de saúde também enfrentam ineficiências operacionais na prestação de serviços primários de saúde e de referência para atender a necessidades altamente

complexas e mutáveis que muitas vezes resultam no desperdício de recursos (Jeurissen et al., 2016). Considerando o ritmo da mudança, exige-se que as organizações sejam flexíveis e ofereçam atendimento de maior qualidade a um custo menor (Reijula et al., 2016). Para conseguir isso, muitas organizações em países desenvolvidos e em desenvolvimento estão a adotar um modelo *lean* (Costa et al., 2017). No entanto, existem desafios associados à garantia da sustentabilidade do sistema que adota o modelo *lean* ajustando as hierarquias organizacionais e melhorando o conhecimento deste modelo, especialmente nos países em desenvolvimento (Reijula et al., 2016).

Ao nível micro social, em todo o mundo, gestores e líderes de saúde intermediários e da linha da frente são afetados desproporcionalmente por desafios a nível do sistema e da organização, o que contribuiu para responsabilidades crescentes e muitas vezes conflituosas (Figuroa, et al., 2019). Alguns países estão a experimentar um crescimento de gestores seniores de saúde com formação clínica, enquanto noutros países se verifica o inverso. Os limites organizacionais indefinidos, aumento do alcance da prática e a falta de apoio sistémico ao nível da política, estão a deixar os gestores de saúde com funções indefinidas (Taytiwat et al., 2011). Para além disso, papéis mal definidos contribuem para a redução da responsabilidade, transparência, autonomia e compreensão das responsabilidades (Reyes et al., 2014). A evidência também sugere falta de reconhecimento de líderes clínicos em organizações de saúde e falta de oportunidades adequadas de programas educacionais para os mesmos (Leggat e Balding, 2013).

É crescente o número de gestores híbridos (desempenhando trabalho clínico e gestão concomitantemente) em países desenvolvidos, com a perceção de que tais gestores melhoram a governança clínica de uma organização (Figuroa et al., 2019). Por outro lado, o número de gestores e líderes não clínicos em muitos países em desenvolvimento parece estar a aumentar (Jeurissen et al., 2016). Contudo, os estudos mais recentes sugerem que esta abordagem não melhora necessariamente as relações profissionais entres clínicos e gestores ou a disposição dos clínicos de se tornarem líderes, limitando a sua participação em decisões estratégicas (Taytiwat et al., 2011).

O papel desempenhado pelo gestor de uma organização de saúde é um dos cargos, ao nível executivo, de maior complexidade uma vez que se desenvolve num quadro que enfatiza paralelamente uma saúde com centro no utente, orientada pela informação e focalizada nos resultados (Shortell e Kaluzny *cit.* por Reis, 2004). O gestor hospitalar é responsável por desenvolver e implementar planos estratégicos que orientam as atividades e metas da instituição de saúde a curto, médio e longo prazo. O sucesso ou o insucesso da organização

passará assim pelos conhecimentos e aptidões dos gestores como também pela sua competência e adaptabilidade.

Apesar da gestão hospitalar ser complexa, estar em constante evolução e requerer habilidades de liderança, conhecimento técnico e adaptação às mudanças no setor da saúde, é possível identificar, resumidamente, alguns dos maiores desafios que os gestores hospitalares enfrentam:

- **Custos vs. Qualidade:** Segundo Nunes (2017), existe uma constante pressão para equilibrar os custos com a qualidade dos serviços de saúde. Os gestores hospitalares devem encontrar maneiras de fornecer cuidados de qualidade dentro de um orçamento limitado;
- **Eficiência e Desperdício:** A gestão eficiente dos recursos é um desafio importante. É necessário otimizar o uso de equipamentos, medicamentos e pessoal, a fim de evitar desperdícios e garantir a eficiência operacional (Nunes, 2017);
- **Novas Práticas de Gestão:** A introdução de novas práticas de gestão é um desafio constante. Os gestores hospitalares precisam de estar atualizados com as melhores práticas e tendências na área da saúde, a fim de melhorar a qualidade dos serviços prestados (Nunes, 2018);
- **Gestão Pública vs. Parcerias Público-Privadas:** Conforme referido por Matos e Nunes (2019), a gestão hospitalar em Portugal pode ser realizada tanto por entidades públicas como por parcerias público-privadas. A comparação entre os resultados desses diferentes modelos de gestão é um desafio importante.

Assim, parece ser central para o papel dos gestores de saúde a sua capacidade de fazer a transição entre culturas e práticas existentes e novas que poderão surgir na prestação de cuidados de saúde (Briggs e Isouard, 2016). Preencher esse espaço é particularmente importante no contexto da prestação de cuidados de saúde cada vez mais personalizada e tecnologicamente orientada (Bowden e Smits, 2012). Embora os avanços no conhecimento e nas tecnologias médicas tenham aumentado a capacidade de lidar com necessidades complexas de saúde, a integração de inovações nas práticas de gestão de saúde existentes requer uma forte gestão das mudanças (Cinaroglu, 2016). Os líderes e gerentes de saúde precisam de ser capazes de avaliar de forma rápida e contínua as mudanças necessárias e as implicações sobre as mesmas, e transformar a sua análise num plano viável para realizar essa mudança (Ginter et al., 2018). Neste contexto, concentrar-se apenas na educação e formação clínica de profissionais de saúde, em vez de incorporar funções de gestão e liderança e, especificamente, a capacidade de gerir estas mudanças, pode limitar a velocidade e o sucesso da adoção da inovação (Srinivasan e Chandwani, 2014).

1.2. Objetivos e estrutura da dissertação

A presente dissertação tem como objetivo criar um manual de boas práticas no setor público para os serviços de aprovisionamento de hospitais públicos portugueses, a fim de contribuir para uniformizar e aprofundar as boas práticas inerentes a um Serviço de Aprovisionamento hospitalar português.

Relativamente à estrutura da dissertação, desenvolveu-se ao longo de seis capítulos. Inicialmente é feito o enquadramento do problema, onde é apresentado o tema em estudo, assim como a forma como a dissertação e a investigação se desenvolveu. Neste primeiro capítulo faz-se um enquadramento da gestão hospitalar, onde são abordadas as especificidades da gestão em saúde e o contexto da gestão hospitalar, desconstruindo a sua evolução ao longo do tempo, assim como os objetivos da dissertação e a sua estrutura de forma a clarificar e sintetizar a organização da mesma.

No capítulo segundo são apresentados os serviços de saúde na sua globalidade, faz-se uma revisão da literatura sobre a evolução dos serviços de saúde em Portugal, apresentando as parcerias público-privadas e caracterizando os diferentes tipos de hospitais. Neste capítulo são também abordados o Serviço de Aprovisionamento e os seus recursos, através da revisão da literatura na sua generalidade é demonstrada a sua importância e quais os recursos de que necessita dispor.

No capítulo terceiro são apresentadas as compras públicas no setor da saúde, incluindo a realização do pedido de compra assim como a encomenda. É também descrita a gestão de stocks nas suas três vertentes, material, administrativa e económica, cada uma delas com as suas especificidades e a distribuição aos serviços utilizadores.

De seguida no quarto capítulo apresenta-se a metodologia aplicada para alcançar os resultados apresentados no quinto capítulo com um manual de boas práticas para o Serviço de Aprovisionamento de um hospital público português. É com base em toda a revisão bibliográfica, na legislação e na experiência que se propõe o manual de boas práticas.

Por fim, no sexto e último capítulo, são apresentadas as conclusões, as dificuldades e limitações na elaboração da presente dissertação.

2. Os Serviços de Saúde

O sistema de saúde português remonta à Idade Média (antes do século XVIII). Inicialmente era apenas para os pobres através dos hospitais de caridade religiosa denominados de Misericórdias. Só em 1899 é criado um sistema de promoção da saúde e de combate à doença pelo médico Ricardo Jorge. No entanto este só foi publicado e regulamentado em 1901, sendo constituídas as primeiras Delegações de Saúde nos Distritos e o Instituto Central de Higiene (atualmente denominado Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge) (Almeida (2002), Barata (1997) e Barros e Simões (2007)). O sistema de saúde português é, segundo Harfouche (2008), inspirado no modelo beveridgeano onde a prestação de cuidados e o financiamento se fazem principalmente no contexto do sector público.

Segundo Barros e Simões (2007) a evolução do sistema de saúde português sofreu diversas reformas com início em 1940 com a criação do primeiro Departamento de Saúde do Ministério da Administração Interna; posteriormente em 1944 e 1945 foi criado o Estatuto Oficial dos Serviços Sociais e foram instituídas as maternidades públicas e os serviços de bem-estar das crianças, assim como os programas nacionais de tuberculose e saúde mental. Em 1946 foi criada a lei que estabeleceu a organização do hospital, os hospitais reorganizaram-se em três níveis: centrais, distritais e regionais garantindo a cooperação técnica entre todos. Foi constituído um sistema obrigatório de seguro social de saúde para algumas profissões, a Caixa Providência. De facto, mesmo antes da criação do SNS, no período ditatorial, o Governo português procurava promover os serviços de saúde primários e a saúde pública (Nunes e Ferreira, 2018).

Em 1958 foi criado o Ministério da Saúde e da Assistência, mas só em 1963 o Estado passa a ser obrigado a cofinanciar as instalações e o funcionamento dos estabelecimentos de saúde, segundo o Estatuto da Saúde e Assistência. Apesar de cofinanciar apenas em 1971 o Estado foi reconhecido como responsável pela política de saúde, pela sua implementação, e pelo investimento na prevenção da saúde. O direito dos cidadãos à saúde foi reconhecido. Foram criados os primeiros Centros de saúde.

A Revolução dos Cravos a 25 de abril de 1974, que terminou com um longo período de ditadura política. Foi considerado que toda a população tinha o direito à saúde, independentemente da sua capacidade de pagamento. Passados dois anos foi aprovada a Constituição Portuguesa na qual vem consagrado o direito de todos os cidadãos à saúde, sendo também criado o SNS.

Em 1978, a Organização Mundial da Saúde exigiu que a atenção primária fosse colocada no centro do desenvolvimento (Nunes e Ferreira, 2018). Esta ação permitiu a Portugal evoluir para um moderno sistema de saúde, promovendo a criação de centros de saúde (atenção primária à saúde) em todo o país e, sustentando, assim, o direito à saúde e à assistência social de forma estruturada e articulada.

Precursora do SNS, a Constituição da República Portuguesa foi instituída em 1976. Defendia o princípio da proteção, da gratuidade, da saúde de todos os cidadãos (Nunes e Ferreira, 2018). Assim, o SNS foi instituído, em 1979, na concretização desse princípio constitucional. Este serviço impulsionou a prestação de cuidados de saúde e a promoção da saúde em Portugal, no âmbito dos cuidados hospitalares e pós-hospitalares.

No ano de 1982, foi criada a carreira de clínica geral / médico de família e em 1990 foram introduzidos novos princípios como a descentralização do sistema de saúde, a integração dos hospitais e dos centros de saúde em unidades de saúde e foram criadas taxas para o serviço de ambulatório. Em 1995 foi iniciada a primeira tentativa de colocar um hospital do Serviço Nacional de Saúde com uma gestão de um consórcio privado, passados quatro anos foram publicadas as estratégias de saúde para o período 1998-2002. Foi aprovada a legislação para a criação de sistemas locais de saúde e para a reforma dos Centros de Saúde. A Unidade Local de Saúde de Matosinhos foi a primeira unidade que integrava os hospitais locais e os centros de saúde formando uma só entidade. Foi aprovado no Parlamento um programa especial para financiar os hospitais de modo a reduzir as listas de espera relativas aos procedimentos cirúrgicos. Foram criados os centros de responsabilidade em alguns hospitais de forma a conseguir estabelecer níveis de gestão e de responsabilidade, com o objetivo de aumentar a eficiência no Serviço Nacional de Saúde.

O Cartão de Beneficiário do Serviço Nacional de Saúde tornou-se obrigatório no ano 2000 e em 2002 foi criado um quadro para a implementação das parcerias público-privadas para providenciar a construção, manutenção e operação das instalações de saúde. Foi publicada uma nova lei acerca da gestão dos hospitais que permitiu a conversão de 34 hospitais para empresas públicas. Tornou-se obrigatória a prescrição de medicamentos usando a denominação comum internacional e foram estabelecidas as condições em que os medicamentos podem ser substituídos por genéricos. No ano seguinte foram criadas as Administrações Regionais de Saúde com o objetivo de garantir que todos os cidadãos têm acesso aos cuidados de saúde, assim como a concorrência entre os prestadores dos mesmos.

A promoção do direito de visita foi reforçada ao longo dos anos por sucessivas legislações e complementada pelos objetivos de procurar resultados de maior eficiência e qualidade. Esses objetivos foram o foco central da política de saúde desde 2002, em linha com o paradigma da Nova Gestão Pública. Um dos exemplos mais notáveis foi a reforma hospitalar realizada entre 2002 e 2009 (Ferreira et al., 2018). Embora haja um alto compromisso político com o estado social, ainda existem algumas iniquidades em saúde determinadas por fatores geográficos. A maior dificuldade de acesso manifesta-se principalmente na zona rural e no interior, onde há menor alfabetização em saúde, menor acesso à informação/internet e menor renda média, o que restringe o acesso a produtos/ medicamentos e serviços que não são cobertos pelo SNS (Nunes e Ferreira, 2019).

Em 2005 o número de hospitais transformados em empresas públicas aumentou, conforme dados publicados pelo Ministério da Saúde. Foi criada a lei que permite a venda de medicamentos sem receita médica fora das farmácias e em 2006 foram criadas as Unidades de Saúde Familiar. Já no ano 2007 os valores para as participações foram atualizados. Pelo segundo ano consecutivo os preços dos produtos farmacêuticos desceram. Segundo Campos (2008) deu-se início ao Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral.

Segundo Rodrigues (2002, p.35), “o Serviço Nacional de Saúde é, de forma mais precisa, o conjunto de instituições e serviços, dependentes do Ministério da Saúde, que têm como missão garantir o acesso de todos os cidadãos aos cuidados de saúde, nos limites dos recursos humanos, técnicos e financeiros disponíveis”.

Cabe ao Ministério da Saúde desenvolver, fiscalizar e avaliar a política da saúde, sendo também responsável pela regulação e fiscalização de todos os prestadores de serviços privados de saúde (Barros e Simões, 2007). A complexa organização do Ministério da Saúde (ver figura n. 01) promove a descentralização de responsabilidade e de autoridade de modo a obter uma integração entre os diversos organismos de forma eficiente e eficaz.

O SNS é coordenado centralmente por um Ministério da Saúde e é composto por um grupo de prestadores de cuidados de saúde locais que trabalham sob a supervisão das Administrações Regionais de Saúde (ARS) (Nunes e Ferreira, 2018). Estas relações resultaram numa melhoria global dos indicadores de saúde da população portuguesa desde o final do regime ditatorial (Barros et al., 2011).

O sistema de saúde português apresenta uma estrutura de organização complexa, com gestão descentralizada. Há cinco ARS que gerem regionalmente provedores de saúde pública (Nunes e Ferreira, 2018). O SNS português complementa o sistema público com os sistemas social e privado. O Ministério da Saúde é responsável pelo planeamento, organização e regulamentação do setor da saúde no nosso país (Barros et al., 2011). Especificamente, a prestação de cuidados de saúde é feita por entidades públicas, incluindo centros de cuidados primários, hospitais, cuidados continuados e paliativos, e por alguns parceiros privados, nomeadamente consultas, exames diagnósticos e terapêuticos, hospitais, e outras clínicas privadas (Simões et al., 2017).

O financiamento dos cuidados de saúde em Portugal assenta predominantemente em impostos que são cobrados aos cidadãos (Nunes e Ferreira, 2018):

- (a) SNS, sendo que 9,5% do PIB é dedicado às despesas de saúde, colocando Portugal acima dos países da União Europeia e OCDE;
- (b) seguros privados voluntários e subsistemas de saúde (públicos ou privados) ligados à atividade profissional;
- (c) participações dos utentes – por exemplo, cerca de 27% das despesas totais com saúde em 2016.

De facto, a componente privada associada a seguros voluntários privados, cobrem cerca de 20% da população e com os subsistemas de saúde que são regimes especiais de seguros públicos e privados associados a diversas profissões. Por último, também há alguns copagamentos devidos à prestação de cuidados de saúde e à aquisição de medicamentos (Nunes, 2018).

Por esta razão, embora o sistema de saúde português siga maioritariamente o modelo de Beveridge, não corresponde integralmente às suas características gerais (Nunes e Ferreira, 2019). Embora o sistema de saúde português considere a universalidade, até 2013 existiam regimes de seguros baseados na atividade profissional, não incluídos no SNS, e beneficiados por financiamento público adicional, o que gerava desigualdade face aos demais cidadãos. Atualmente já não é assim, e o subsistema público é financiado exclusivamente pelos próprios beneficiários (Simões et al., 2017).

No entanto, o período entre 2011 e 2014 foi marcado pelo Programa de Resgate e pelo Memorando de Entendimento, que impuseram uma redução expressiva de gastos, inclusive os relacionados à saúde (Ferreira e Marques, 2021). Após o período de crise, os

gastos com a saúde observaram aumentos nominais, ainda a taxas menores quando comparadas ao período pré-crise.

Provavelmente devido ao peso que as despesas com cuidados de saúde têm nas contas do Estado, os sucessivos governos portugueses têm implementado um modelo de parcerias público-privadas (PPP) no setor de prestação de cuidados de saúde secundários, ou seja, hospitais (Ferreira e Marques, 2021). Este modelo situa-se entre o modelo britânico conservador baseado na Iniciativa de Financiamento Privado e o modelo espanhol - Alzira. O modelo de PPP hospitalar português, conhecido como primeira onda, é baseado na estrutura DBFOT – projetar, construir, financiar, operar e transferir –, e utiliza dois contratos de longa duração entre parceiros privados e o setor público: um para as atividades de infraestrutura e manutenção (com duração de 30 anos) e outro para a gestão clínica e *soft facilities* (com duração de 10 anos). A ideia subjacente ao modelo português é que as sinergias decorrentes do agrupamento de infraestruturas e gestão clínica possam ser exploradas (Cruz e Marques, 2012).

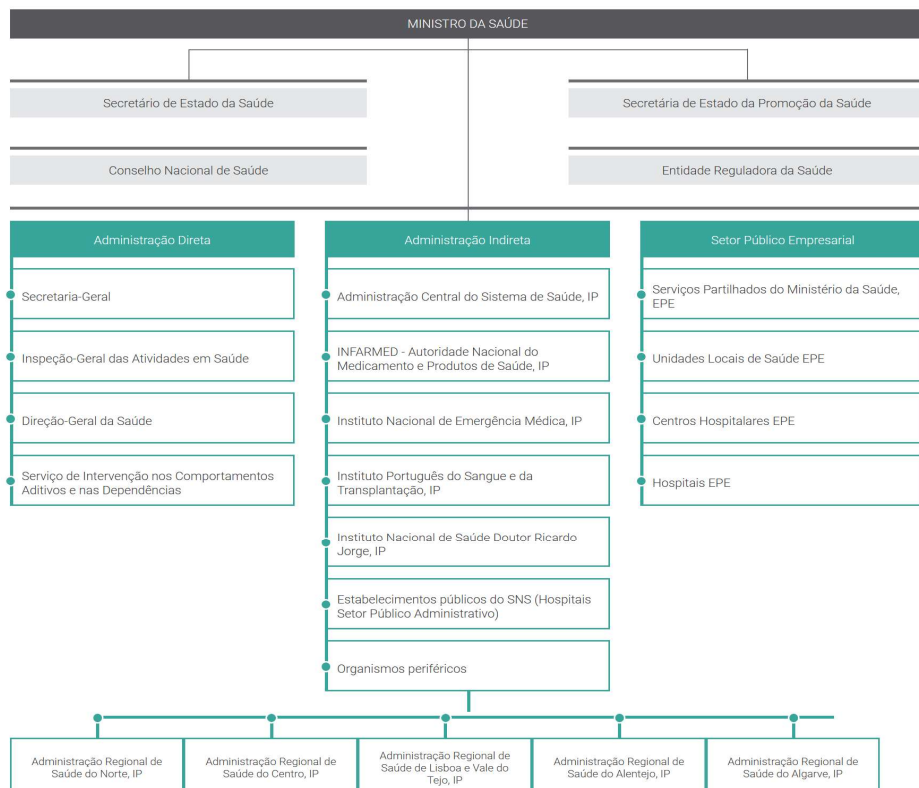


Figura I. Organização do Ministério da Saúde

<https://www.sns.gov.pt/institucional/entidades-de-saude/>

2.1. O Hospital

Como referido previamente, a saúde em Portugal é um direito do cidadão definido pela Constituição da República Portuguesa desde 1976 (Nunes, 2017). Os cuidados de saúde são prestados pelo Estado através do SNS, criado em 1979. O SNS é universal (para todos os cidadãos) e geral (para todas as necessidades), e existem alguns copagamentos, ou taxas, destinados a moderar o acesso e evitar o abuso do sistema público de saúde (Simões et al., 2017). Em Portugal, existem quatro níveis de cuidados (Nunes e Ferreira, 2018):

- 1) cuidados de saúde primários à comunidade,
- 2) cuidados secundários em unidades hospitalares,
- 3) cuidados pós-hospitalares envolvidos em processos de reabilitação,
- 4) cuidados paliativos até ao final de vida.

Em 2020, e sob tutela das cinco ARS - Norte, Centro, Lisboa e Vale do Tejo, Alentejo e Algarve – existiam em Portugal Continental, segundo o Instituto Nacional de Estatística¹, 107 hospitais de acesso universal (104 públicos e 3 em parceria público-privada); na Região Autónoma dos Açores, existiam 3 hospitais públicos, assim como na Região Autónoma da Madeira. Todas as unidades hospitalares oferecem serviços de atenção secundária e atendem populações heterogéneas (Nunes e Ferreira, 2018).

Os cuidados primários em Portugal ajudam na promoção da saúde, prevenção de doenças e gestão de situações agudas de saúde através de abordagens centradas na pessoa, na família e na comunidade. Alguns exemplos de atividades primárias incluem assistência médica geral para a população adulta, assistência pré-natal, assistência infantil, saúde da mulher, planeamento familiar e assistência perinatal, primeiros socorros, certificação de incapacidade para o trabalho, visitas domiciliares e serviços preventivos, incluindo imunização e triagem do cancro da mama e cancro do colo do útero, assim como de outras doenças não comunicáveis (Nunes e Ferreira, 2018). A gestão e o financiamento dos cuidados primários são assegurados pelo Estado através de agrupamentos de centros de saúde (Biscaia e Heleno, 2017).

Os cuidados secundários (ou diferenciados) são os mais especializados do SNS português e são prestados por hospitais e centros hospitalares, ou seja, fusão horizontal de unidades hospitalares geograficamente próximas, e unidades locais de saúde. Os hospitais

¹ Fonte: Estatísticas da Saúde 2020, Edição 2022, [https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INEexpgid=ine_publicacoesPUBLICACOESpub_boui=436989156ePUBLICACOESmodo=2 \(04.07.2023\);](https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INEexpgid=ine_publicacoesPUBLICACOESpub_boui=436989156ePUBLICACOESmodo=2 (04.07.2023);)

públicos portugueses prestam apoio ao nível do internamento, urgência, cirurgia, consulta, internamento de dia e diagnóstico (Nunes e Matos, 2017). Ao nível hospitalar, um relatório publicado pelo Observatório Europeu dos Sistemas de Saúde aponta para uma distribuição geográfica irregular nos cuidados hospitalares (Simões et al., 2017). Por exemplo, a maior concentração de hospitais e a maior capacidade de resposta ao nível tecnológico e de especialidades médicas encontram-se no litoral português. Há regiões do interior com grandes défices de unidades hospitalares e, principalmente, de recursos humanos. Outro exemplo de desigualdade retratado no documento é o facto de as regiões do Alentejo e do Algarve, tanto a sul como com a zona costeira, apresentarem uma oferta limitada de serviços médicos e cirúrgicos.

Os cuidados de reabilitação pós-hospitalar conhecidos como “cuidados continuados” existem desde 2006, após a criação da chamada Rede Nacional de Cuidados Continuados (Nunes e Ferreira, 2018). Esta rede agrega equipas multidisciplinares e é desenvolvida na articulação do Ministério da Saúde com o Ministério do Trabalho e Previdência Social. De acordo com a legislação portuguesa (Decreto-Lei n.º 101/2006, de 6 de junho), esta rede presta serviços de:

- Unidades de convalescença para recuperação de curto prazo que apresentem resposta de internamento (máximo 30 dias) em unidade especializada, visando estabilizar e garantir a reabilitação física completa do doente que esteve internado num hospital e que apresenta, após a alta hospitalar, um quadro transitório de perda de autonomia recuperável. São prestados cuidados médicos, de enfermagem, exames radiológicos, laboratoriais, gestão terapêutica, sessões de fisioterapia e apoio psicossocial e apoio às atividades básicas de vida, incluindo, alimentação, higiene, mobilização, conforto e lazer;
- Recuperação de médio prazo, recorrendo às denominadas unidades de médio prazo e reabilitação, que apresentam uma resposta de internamento entre 30 a 90 dias para utentes com perda transitória de autonomia, potencialmente recuperável, decorrente de uma situação clínica que advém de um processo agudo ou descompensação de patologia crónica após a alta hospitalar. Estas unidades visam a estabilização clínica e a reabilitação integral da pessoa. A mesma assistência é aplicada a casos de recuperação de curto prazo;
- Recuperação de longa duração, também denominadas unidades de longa permanência e de manutenção, que são serviços de internamento por períodos superiores a 90 dias, com o objetivo de melhorar a qualidade de vida de utentes com incapacidade severa e com baixíssimo potencial de recuperação. A mesma

assistência é aplicada a casos de recuperação de curto prazo, mas com maior dedicação por parte de todos os profissionais envolvidos.

- Os cuidados paliativos foram introduzidos no SNS português em 2006. Num primeiro momento, (entre 2006 e 2015), esta assistência foi integrada na Rede Nacional de Cuidados Integrados (da Cruz e Nunes, 2016). No entanto, tornou-se independente em 2016. O Programa Nacional de Cuidados Paliativos visa promover o acesso dos doentes em todo o território nacional, preferencialmente em local próximo do seu domicílio; prestar uma vasta gama de cuidados paliativos, tanto no hospital como no domicílio; garantir a qualidade da assistência e a equidade no acesso aos cuidados paliativos; e aprimorar a formação diferenciada e avançada em cuidados paliativos (Portaria nº 340/2015, 8 de outubro de 2015).

O hospital público é aquele que é administrado e é propriedade do Estado, sendo também o que é identificado pelo I.N.E. como um hospital oficial. O Ministério da Saúde agrupa os hospitais tendo por base a sua dimensão, especialidade e nível de cuidados oferecidos. De acordo com o Artigo 2º da Portaria n.º 82/2014, de 10 de Abril são estabelecidos os critérios que permitem categorizar os serviços e estabelecimentos do SNS, de acordo com a natureza das suas responsabilidades e quadro de valências:

a. “O Grupo I obedece às seguintes características:

- i. Área de influência direta para as valências existentes entre 75.000 e 500.000 habitantes, sem área de influência indireta; ii. Valências médicas e cirúrgicas de medicina interna, neurologia, pediatria médica, psiquiatria, cirurgia geral, ginecologia, ortopedia, anestesiologia, radiologia, patologia clínica, imuno-hemoterapia e medicina física e de reabilitação; iii. Outras valências, nomeadamente, oftalmologia, otorrinolaringologia, pneumologia, cardiologia gastroenterologia, hematologia clínica, oncologia médica, radioterapia, infeciologia, nefrologia, reumatologia e medicina nuclear são incluídas no Grupo I, de acordo com um mínimo de população servida e em função de mapas nacionais de referenciação e distribuição de especialidades médicas e cirúrgicas; iv. Não exerce as valências de genética médica, farmacologia clínica, imuno-alergologia, cardiologia pediátrica, cirurgia vascular, neurocirurgia, cirurgia plástica, reconstrutiva e estética, cirurgia

cardiotorácica, cirurgia maxilo-facial, cirurgia pediátrica, e neuroradiologia.

b. O Grupo II obedece às seguintes características:

- i. Área de influência direta e indireta para as suas valências;
- ii. Valências médicas e cirúrgicas do Grupo I, acrescido das valências de oftalmologia, pneumologia, cardiologia, reumatologia, gastroenterologia, nefrologia, hematologia clínica, infeciologia, oncologia médica, neonatologia, imuno-alergologia, ginecologia/obstetrícia, dermatovenerologia, otorrinolaringologia, urologia, cirurgia vascular, neurocirurgia, anatomia patológica, medicina nuclear e neurorradiologia;
- iii. Restantes valências são definidas de acordo com um mínimo de população servida e em função de mapas nacionais de referência e distribuição de especialidades médicas e cirúrgicas;
- iv. Não exerce as valências de farmacologia clínica, genética médica, cardiologia pediátrica, cirurgia cardiotorácica e cirurgia pediátrica;

c. O Grupo III obedece às seguintes características:

- i. Área de influência direta e indireta para as suas valências;
- ii. Abrange todas as especialidades médicas e cirúrgicas, sendo que as áreas de maior diferenciação e subespecialização estão sujeitas a autorização do membro do Governo responsável pela área da saúde, sob proposta da Administração Central do Sistema de Saúde, IP.;

d. O Grupo IV corresponde aos hospitais especializados, nas áreas de:

- i. Oncologia, Grupo IV- a;
- ii. Medicina Física e Reabilitação, Grupo IV -b;
- iii. Psiquiatria e Saúde Mental, Grupo IV -c.”

Apesar da existência desta classificação de 2014 foi posteriormente publicada em DRE a portaria 147/2016 de 19 de maio, que no Artigo 3º, n.º 1 refere “os hospitais, centros hospitalares e unidades locais de saúde classificam-se em grupos, de acordo com as respetivas especialidades desenvolvidas, a população abrangida, a capacidade de formação, a diferenciação dos recursos humanos, o modelo de financiamento, a classificação dos seus serviços de urgência e a complexidade da produção hospitalar. que

revoga a classificação”, sendo a mais recente classificação dos diferentes tipos de hospitais existentes.

Por outro lado, e apesar de não ser objeto de análise no presente estudo, existe ainda o Hospital Particular, é aquele que é propriedade de entidades particulares com ou sem fins lucrativos. Estes têm menor lotação que os hospitais públicos, estando mais próximos da dimensão média dos hospitais distritais, assim como ao nível do internamento.

2.2 O Serviço de Aprovisionamento e os seus recursos

O Serviço de Aprovisionamento ocupa, normalmente, um lugar intermédio na estrutura organizacional dos hospitais. É uma estrutura de apoio que assegura aos restantes serviços, nomeadamente aos serviços que fazem assistências médicas, as condições necessárias ao seu funcionamento. Assim é necessário que o mesmo seja uma estrutura ajustada ao tamanho do hospital, à sua natureza, à sua gestão, à variedade de produtos que disponibiliza e dotada de autonomia processual e de responsabilidade (Barata, 1997).

De acordo com Stank et al., (2017), a logística evoluiu, deixando de ser uma disciplina baseada em descrições para ser uma disciplina baseada em fundamentos teóricos de outras disciplinas de negócios para definir, explicar e compreender inter-relações complexas. Assim, a gestão da cadeia de necessidades interna em hospitais é caracterizada pela complexidade, singularidade e desafios operacionais (Moons et al., 2019), alinhada com a gestão da cadeia de necessidades externa, sofrendo pressões para alcançar questões de sustentabilidade.

O serviço de Aprovisionamento hospitalar pode ser, sucintamente dividido em três ciclos (Castro et al., 2020). O primeiro ciclo compreende o circuito dos produtos desde que saem do fornecedor até chegarem ao hospital e serem armazenados. O segundo ciclo compreende o momento em que o produto sai do armazém principal até chegar aos armazéns dos serviços de saúde específicos, também denominados armazéns avançados. Por fim, o terceiro ciclo corresponde à saída dos produtos dos armazéns dos serviços de saúde específicos até o local de atendimento do utente, onde finalmente o produto é consumido.

Embora partilhem da mesma base, a farmácia hospitalar diferencia-se da logística hospitalar por requerer maior atenção aos termos e condições de manipulação e armazenamento dos produtos em circulação, visto que são medicamentos, princípios ativos de medicamentos manipulados, reagentes e material impregnado (no caso dos pensos), necessário ao tratamento do utente (Castro et al., 2020).

A escassez de recursos humanos faz com que a gestão dos restantes recursos às vezes seja descartada. No entanto, as requisições feitas automaticamente libertam os profissionais de saúde de fazer a entrada e saída de novos materiais, assim como de atualizar os *stocks* quando necessário, sem a necessidade de uma revisão completa de todos os materiais dos diversos armazéns. É importante ressaltar que esta operação também evita gastos desnecessários, permitindo a compra de quantidades menores e, em alguns casos, reduz de forma significativa o custo final e o valor monetário em stock.

Atualmente existem diversos programas que permitem realizar as diversas tarefas dos serviços de aprovisionamento através do computador, evitando assim papéis e falhas humanas e permitindo uma interligação entre todos os sectores. Existem diversos programas informáticos direcionados para a área da logística hospitalar que permitem elaborar o planeamento de necessidades (global e o mapa consolidado de necessidades), encomendas, faturas, notas de débito, notas de crédito, ver os fornecedores e contactos dos mesmos, verificar os movimentos dos produtos (receções e devoluções), verificar o histórico (encomendas registadas, faturas registadas, correção de faturas registadas, notas de débito registadas, notas de crédito registadas, receções registadas, guias de entrada registadas e registos de movimentos de produtos) e apurar os encargos. Quanto à gestão de armazéns estes programas também permitem realizar mapas de contagens, diários de existências, reclassificação de lotes, requisições, reposição por níveis, inventário dos armazéns do serviço, pedido de compras e lista de requisições. Com a ajuda destes programas informáticos é possível otimizar o tempo dos funcionários e aproveitar recursos, por exemplo os mapas de situação de stocks, de produtos sem movimento, de movimentos de produtos, de valorização de existências, de controlo de execução, de consumos, análise abc de consumos, análise abc de consumos – recálculo, análise abc fornecedores, de qualidade de fornecedores, compras mensais, de compras por fornecedor e mapas para a contabilidade, são todos realizados informaticamente (Cruz, 2017).

O Serviço de Aprovisionamento à semelhança dos restantes órgãos da administração pública rege-se por princípios éticos da administração pública, estes princípios encontram-se definidos na Carta Ética – Dez princípios éticos da Administração Pública,

de 1996, cujo objetivo, segundo Almeida e Cúrdia (2018) é “promover comportamentos que expressem os valores e cultura organizacionais dos organismos públicos, fomentando a confiança dos cidadãos, a qualidade e transparência da gestão, o sentido de missão e cumprindo as aspirações da comunidade serve”(p.56).

Segundo a Direção Geral da Administração Pública e do emprego público², os dez princípios base são:

- Princípio do Serviço Público – os funcionários encontram-se ao serviço exclusivo da comunidade e dos cidadãos, prevalecendo sempre o interesse público sobre os interesses particulares ou de grupos;
- Princípio da legalidade - os funcionários atuam em conformidade com os princípios constitucionais e de acordo com a lei e o direito;
- Princípio da justiça e imparcialidade - os funcionários, no exercício da sua atividade, devem tratar de forma justa e imparcial todos os cidadãos, atuando segundo rigorosos princípios de neutralidade;
- Princípio da igualdade - os funcionários não podem beneficiar ou prejudicar qualquer cidadão em função da sua ascendência, sexo, raça, língua, convicções políticas, ideológicas ou religiosas, situação económica ou condição social;
- Princípio da proporcionalidade - os funcionários, no exercício da sua atividade, só podem exigir aos cidadãos o indispensável à realização da atividade administrativa;
- Princípio da colaboração e boa fé - os funcionários, no exercício da sua atividade, devem colaborar com os cidadãos, segundo o princípio da Boa Fé, tendo em vista a realização do interesse da comunidade e fomentar a sua participação na realização da atividade administrativa;
- Princípio da informação e qualidade - os funcionários devem prestar informações e/ou esclarecimentos de forma clara, simples, cortês e rápida;

² Publicado no site da Administração Pública e do emprego público em <https://www.dgaep.gov.pt/index.cfm?OBJID=9BB1D4D0-0607-4588-BCAD-894DBC499AFFeMEN=i>

- Princípio da lealdade - os funcionários, no exercício da sua atividade, devem agir de forma leal, solidária e cooperante;
- Princípio da integridade - os funcionários regem-se segundo critérios de honestidade pessoal e de integridade de caráter;
- Princípio da competência e responsabilidade - os funcionários agem de forma responsável e competente, dedicada e crítica, empenhando-se na valorização profissional.

A organização é um sistema de atividades conscientemente coordenadas de duas ou mais pessoas (Barnard, 1971). Uma organização existe quando há pessoas capazes de comunicarem e que estão dispostas a agir conjuntamente para alcançarem um objetivo comum. As organizações permitem satisfazer diferentes tipos de necessidades dos indivíduos: emocionais, intelectuais, económicas, entre outras. As organizações têm como objetivo final satisfazer necessidades que as pessoas individualmente não conseguiriam (Chievenato, 1998).

Pode dizer-se que o hospital é uma empresa e que a ele se devem aplicar os mesmos critérios e princípios de funcionamento e avaliação que se aplicam a uma empresa de um qualquer ramo (Proença, 2000). Apesar da administração de recursos humanos nem sempre se encontrar formalizada, esta é um elemento fundamental em qualquer organização. Cabe a ela toda a gestão do pessoal, um dos elementos mais valiosos para as empresas. A gestão de recursos humanos tem passado por grandes transformações nestes últimos anos, num Serviço de Aprovisionamento assume-se a responsabilidade de gestão de dinheiros públicos, sendo fundamental que o Serviço de Aprovisionamento detenha uma cultura de responsabilidade e de ética em todas as transações e decisões dos processos, os recursos humanos devem ser capacitados para promover a “defesa pública” (Almeida e Cúrdia, 2018).

Stank et al. (2017) enfatiza a necessidade de um domínio crítico para entender o funcionamento interno dentro dos relacionamentos chave - o que é, por que é e quando é - que leva a resultados reais. Para além disso, o aumento nos gastos com a saúde tem levado a pressões crescentes para melhorar a eficiência no setor da saúde. A complexidade da rede é agravada pelos diferentes pontos de armazenamento existentes, com diversas funções, incluindo, atividades de planeamento, organização e controlo de compras, movimentação e armazenamento de materiais e todo o fluxo de informações desses processos (Ballou, 2007).

Um Serviço de Aproveitamento deve ser estruturado de acordo com as necessidades do hospital, pois o armazenamento de produtos e a disponibilização de serviços requer um planejamento adequado, tendo em conta as especificidades de cada instituição, o perfil da população que abrange, a legislação e regulamentação aplicáveis e as melhores práticas na área da saúde. Um Serviço de Aproveitamento depende da colaboração dos profissionais de saúde, dos gestores hospitalares e dos fornecedores para garantir que as necessidades sejam satisfeitas de forma eficiente e segura. (Ruthes, 2007)

Um dos maiores desafios dos Serviços de Aproveitamento dos hospitais públicos é a falta de autonomia financeira. Estes serviços dependem do orçamento geral do hospital ou da administração central, pelo que quando elaboram o planejamento das suas necessidades e tomam decisões em relação à aquisição de materiais, equipamentos e serviços sabem que existe esta limitação orçamental. O que pode traduzir-se em dificuldades na negociação de contratos favoráveis com fornecedores, incluindo a obtenção de preços competitivos e condições contratuais adequadas, levando a custos mais elevados e menor eficiência na aquisição de bens e serviços (Mantas, 1984 e Araújo, 2003).

Através do Serviço de Aproveitamento é possível garantir que os hospitais tenham as infraestruturas, os materiais e equipamentos necessários para fornecer cuidados de saúde adequados aos utentes. Os hospitais precisam de espaços adequados para realizar uma variedade de atividades, incluindo salas de consultas, salas de cirurgia, quartos, áreas de triagem, áreas de espera, laboratórios, farmácias, entre outros. É importante considerar a funcionalidade, a capacidade e os requisitos de segurança ao projetar e dimensionar os espaços hospitalares. Os materiais hospitalares englobam uma ampla gama de produtos, desde básicos, como luvas, máscaras e ligaduras, até dispositivos médicos mais complexos, como equipamentos de monitorização, instrumentos cirúrgicos e aparelhos de diagnóstico. Em relação aos equipamentos hospitalares, são de extrema importância para o diagnóstico, tratamento e monitorização dos utentes (McCullough, 2009).

3. As áreas de atuação do Serviço de Aprovisionamento

O Serviço de Aprovisionamento é uma função vital em qualquer hospital moderno. Tem responsabilidades relativamente ao processo de aquisição, armazenamento e distribuição dos recursos essenciais para garantir o funcionamento contínuo e eficiente da instituição de saúde. Desde medicamentos e equipamentos médicos até material de escritório e produtos de limpeza, o setor de aprovisionamento desempenha um papel fundamental na capacidade do hospital em cuidar dos pacientes e prestar os melhores serviços possíveis (Octaviano e Lima, 2022).

As áreas de um Serviço de Aprovisionamento hospitalar podem variar de acordo com a estrutura e as necessidades específicas de cada hospital, as seguintes áreas podem ser evidenciadas, área de compras, área de gestão de materiais e a distribuição. Segundo Peixoto (2021) num Serviço de Aprovisionamento é necessário adquirir os materiais necessários para o funcionamento do hospital, como medicamentos, equipamentos médicos, materiais de consumo, entre outros. Isso inclui a pesquisa de fornecedores, negociação de contratos, realização de cotações e emissão de pedidos de compra. Além disso e após a compra necessário monitorizar a entrada e saída de produtos, organizar o armazém, monitorar de prazos de validade e garantir as condições adequadas de armazenamento. Por fim deve garantir a distribuição eficiente dos bens dentro do hospital (Castro et al., 2020).

É importante ressaltar que a estrutura e as responsabilidades de cada área podem variar de acordo com as características e necessidades específicas de cada hospital.

3.1. As compras públicas no sector da saúde

Qualquer processo de compra inicia-se com a identificação de uma necessidade do serviço utilizador. As compras constituem uma das atividades com maior relevância na cadeia de valor dos hospitais, quer pela importância do seu volume financeiro, quer pela sua função no funcionamento do sistema de assistência (Nogueira, 2008).

Em 2018, os gastos do SNS com medicamentos e produtos de saúde em ambulatórios e hospitais alcançaram 2,461 mil milhões de Euros, correspondendo a 1,22% do PIB português (INFARMED, 2020). Estudos mostram que o aprovisionamento de produtos

de saúde pode representar até 40% do orçamento financeiro dos hospitais (Nabelsi e Gagnon, 2017). Por esta razão, a gestão eficiente das compras é considerada fundamental para alcançar diversos resultados positivos, incluindo ganhos financeiros, especialmente no setor de saúde (Nabelsi e Gagnon, 2017 e Yanamandra, 2018).

A aplicação de métodos de gestão de *stock* desempenha um papel importante na indústria e nos serviços logísticos. Da mesma forma, os processos de atendimento ao utente em hospitais são apoiados por uma série de atividades operacionais, incluindo gestão de *stock* e distribuição de suprimentos para locais de atendimento (Moons et al., 2019).

O novo paradigma em que passaram a assentar as compras públicas em Portugal decorre de, nos últimos anos, terem sido publicados diversos diplomas, dos quais se destacam os seguintes:

- **Código dos Contratos Públicos (CCP):** aprovado em anexo ao Decreto-Lei n.º 18/2008, de 29 de janeiro de 2008, na sua redação atual;
- **Medidas especiais de Contratação Pública:** Lei n.º 30/2021, de 21 de maio;
- **Contratação Pública relativa à locação e aquisição de bens móveis e serviços:** Decreto-Lei n.º 197/99, de 8 de junho;
- **Disponibilização e utilização das plataformas eletrónicas de contratação pública:** Lei n.º 96/2015 de 17 de agosto;
- **Regulação do funcionamento e gestão do portal dos contratos públicos, denominado "Portal BASE":** Portaria n.º 57/2018, de 26 de fevereiro;
- **Aquisições de serviços de viagens e alojamento no âmbito de deslocações em serviço público:** Decreto-Lei n.º 30/2018, de 7 de maio;
- **Centrais de Compras:** Decreto-Lei n.º 200/2008, de 9 de outubro;
- **Projetos de obras públicas:** Portaria n.º 701-H/2008, de 29 de julho;
- **Regras e termos de apresentação dos documentos de habilitação do adjudicatário:** Portaria n.º 372/2017, de 14 de dezembro.

O processo de compras, especialmente na área pública, é bastante complexo devido à diversidade de legislação e às suas sucessivas e constantes alterações. As compras no setor público envolvem várias etapas e procedimentos que devem ser seguidos rigorosamente para garantir a transparência e a legalidade do processo. A legislação que rege as compras públicas é bastante complexa e está em constante mudança, o que pode causar dúvidas e dificuldades para os gestores públicos. Os gestores públicos devem

seguir uma série de normativos e processos para garantir a transparência e a legalidade do processo. O processo de compras no setor público não é apenas um simples processo operacional, mas sim um ciclo complexo que envolve diversas etapas, desde a identificação da necessidade até a entrega do produto ou serviço, a aquisição de bens e serviços públicos envolve contratos complexos (Costa, 2019).

A complexidade do processo de compras no setor público está relacionada com a legislação robusta e em constante mudança, com o ciclo complexo e com a complexidade contratual. Estes fatores tornam o processo de compras no setor público bastante desafiador e exigem uma gestão cuidadosa e rigorosa por parte dos gestores públicos.

3.2. A Encomenda

A materialização de qualquer processo de compra é efetuada através da emissão da Nota de Encomenda. Este documento, quando não existe contrato escrito, é aquele que, do ponto de vista jurídico e administrativo, assume maior importância, comprometendo-se o fornecedor, ao aceitá-lo, a concretizar o fornecimento nas condições nele expressas.

Segundo o n.º1 do art.º 95º do Código dos Contratos Públicos, o contrato pode não ser reduzido a escrito nos seguintes casos:

- Contrato de locação ou de aquisição de bens móveis ou de aquisição de serviços, cujo preço contratual não exceda 10.000€;
- Locação ou aquisição de bens móveis ou aquisição de serviços ao abrigo de um contrato público de aprovisionamento;
- Locação ou aquisição de bens móveis ou aquisição de serviços quando:
 - O fornecimento dos bens ou a prestação dos serviços ocorra no prazo máximo de 20 dias a contar da data de prestação da caução ou, se esta não for exigida, da data da notificação da adjudicação;
 - A relação contratual se extinga com o fornecimento dos bens ou com a prestação dos serviços; e
 - O contrato não esteja sujeito a fiscalização prévia do Tribunal de Contas; ou
 - Se trate de contrato de empreitada de obras públicas de complexidade técnica muito reduzida e cujo preço contratual não exceda 15.000€.

3.3. A Receção

Ao serem recebidos os produtos, terá que ser realizada uma avaliação quantitativa e qualitativa dos bens, através da verificação do seu estado, do seu acondicionamento e a quantidade do mesmo. Esta verificação deve ser realizada logo após a chegada do fornecedor e caso seja necessário deve ser solicitada a colaboração de profissionais qualificados de outros serviços com competências para validação.

A receção de encomendas será em todas as situações, efetuada com base nos elementos constantes na encomenda e na guia de remessa ou documento que acompanhe a entrega, sendo necessário controlar quantitativa e qualitativamente se o produto entregue corresponde objetivamente ao que foi encomendado (Almeida e Cúrdia, 2018).

Compete aos armazéns a receção, arrumação controle e distribuição de bens de forma a garantir uma resposta adequada às necessidades dos serviços utilizadores, eliminando ruturas ou acumulação exagerada de stocks.

Segundo Almeida e Cúrdia (2018), “a armazenagem não acrescenta valor ao produto, mas é essencial para que todo o sistema logístico possa cumprir a sua função. A gestão de armazém tem como função garantir a racionalização dos níveis de stock, primando pela sua redução a níveis que garantam o abastecimento seguro, evitando ruturas de stock, mas com a maior rotação de produtos possível” (p.36).

Deste modo, com vista à otimização do espaço e à rapidez das entregas, o armazém deve reger-se por duas regras fundamentais:

- O local de armazenamento de um artigo deve ser integrado num circuito tão perto quanto possível entre o local de receção e o de distribuição;
- O artigo é arrumado tanto mais próximo do local de distribuição quanto mais pesado e volumoso ele for.

3.4. A Gestão de Stocks

Um stock pode-se considerar como um conjunto de mercadorias ou artigos acumulados à espera duma utilização mais ou menos próxima e que permite alimentar os utilizadores à medida das suas necessidades sem lhes impor os prazos e os movimentos repentinos dum fabrico ou de uma entrega por fornecedor (Dunod cit. por Zernati, 1996).

Gerir um stock é fazer com que ele esteja constantemente apto a responder às encomendas dos clientes, assim a gestão de stocks, segundo Zermati (1996), serve de regulador entre entregas e utilizações que se processam a ritmos diferentes. Quando um produto não está disponível no momento, ter um stock permite que a necessidade seja satisfeita até à entrega novamente do produto sem ter que se desperdiçar o tempo de espera.

Ao preço de compra dos produtos tem que se somar as despesas de manter os stocks. Segundo Zermati (1996) existem três despesas de stocks, as despesas de processar a encomenda para se poder constituir e renovar o stock, as despesas de posse do stock e as despesas de rutura de stock. Para se realizar uma boa gestão de stocks é imprescindível minimizar o custo destas três despesas.

Existem três atividades na gestão de stocks que têm que estar intimamente relacionadas e funcionais de modo a se exercer uma boa gestão de stocks (figura n. 02), são a gestão material, a gestão económica e a gestão administrativa dos materiais.



Figura II. Interligação das três funções da gestão de stocks (Fonte: Adaptado de Almeida, 2002).

A gestão de *stock* na área da saúde deve ter em conta que o excesso ou a falta de material pode causar problemas (Moons et al., 2019). Se, por um lado, o excesso de *stock* resulta em custos elevados de propriedade e de bens com prazos de validade ultrapassados ou obsoletos, por outro lado, a falta de *stock* pode causar atrasos no tratamento, agravamento da saúde do utente ou, pior, a morte do mesmo (De Vries, 2011).

A gestão de *stocks* é um processo que antecede os cuidados prestados aos pacientes, e quaisquer falhas nessa área podem afetar a qualidade dos cuidados de saúde (Arora e Gigras, 2018). Assim, espera-se que os responsáveis pela logística de um hospital assegurem a correta distribuição dos produtos, onde e quando são necessários, com a qualidade e a quantidade pretendidas para a prestação de cuidados de saúde, evitando ruturas de *stock* e assegurando que todo o processo é realizado da forma mais eficaz e eficiente (Castro et al., 2020). Estes também precisam de procurar continuamente oportunidades para melhorar os processos logísticos de forma a reduzir os custos e a melhorar o atendimento ao cliente. Neste contexto, é imperativo medir o desempenho da cadeia de necessidades para identificar e corrigir deficiências na logística (Moons et al., 2019). Neste sentido, a gestão adequada do processo de logística, de acordo com as boas práticas de gestão (Mathew et al., 2013), é de extrema importância.

Stecca et al., (2016) examinaram a otimização dos custos de *stock* de um hospital em que a farmácia central do hospital assume um papel de decisor central para compra e distribuição de medicamentos para enfermarias internas. Apesar da consciência de que a gestão de *stocks* é crucial num hospital, esta tarefa é muitas vezes negligenciada, com problemas que são maioritariamente causados por excessos ou ruturas de *stock*. Com uma gestão de *stock* hospitalar eficiente, é possível melhorar o atendimento ao utente, agilizar os tratamentos e evitar, na pior das hipóteses, a morte do utente. Isso pode ser alcançado não apenas usando as melhores práticas na gestão de *stock* hospitalar, mas principalmente pela integração multifuncional da logística (Frankel e Mollenkopf, 2015).

3.4.1. A Gestão Material dos Stocks

Qualquer instituição para poder ter *stocks* tem obrigatoriamente que ter um local de armazenagem, este local deve receber, arrumar ordenadamente, conservar, movimentar e distribuir os diversos produtos. Para tal, é indispensável a existência de recursos humanos e de instalações de armazenamento próprio ao fim em vista.

Cabe à gestão material de materiais, segundo Almeida (2022), “garantir que sejam executadas, eficientemente e ao mínimo custo, as operações relativas ao tratamento dos materiais, desde a sua receção, durante o seu armazenamento e até à sua saída” (p.47).

Segundo Barata (1997) os objetivos da gestão de materiais podem traduzir-se em:

- Boa receção;
- Conferencia dos materiais;
- Arrumação dos materiais;
- Ocupação do mínimo espaço no armazém;
- Bom acesso aos produtos;
- Boa acessibilidade dentro dos armazéns;
- Proteção e conservação dos materiais;
- Racionalizar as diferentes atividades dos recursos humanos afetos ao armazém.

3.4.2. A Gestão Administrativa dos Stocks

A gestão administrativa dos stocks pode ser considerada como um conjunto de operações que procura conhecer a evolução dos stocks, formular previsões da sua evolução e fornecer dados à gestão económica com o objetivo de conseguir a melhor qualidade ao mínimo custo.

Os dados fornecidos pela gestão administrativa de materiais são extremamente importantes para a gestão económica de materiais. Pois permitem conhecer em cada momento as quantidades que existem em stock e as que deveriam existir, mantêm sob vigilância os prazos de entrega e as previsões constituídas e faz a análise de desvios entre valores (Barata, 1997).

As principais operações da gestão administrativa são realizadas através de um programa informativo que permite o controlo integrado de todo o processo. É necessário conhecer toda a evolução dos stocks, para permitir elaborar previsões da sua evolução e tomar decisões sobre quando e quanto encomendar. Além da evolução dos stocks também é de extrema importância a avaliação dos fornecedores para garantir a qualidade dos bens ou serviços.

A avaliação de fornecedores é um processo cada vez mais importante dentro das organizações, especialmente em setores onde a qualidade dos fornecimentos é exigente. Com o desenvolvimento do mercado, as relações de parceria entre clientes e fornecedores tornaram-se cada vez mais necessárias para o bom funcionamento das compras. Embora cada setor tenha suas particularidades, em geral, todos avaliam os seus fornecedores com base no preço, prazos de entrega e qualidade dos produtos. A avaliação sistemática dos fornecedores proporciona segurança e limita os riscos para os utentes. Estabelecer objetivos de avaliação de fornecedores, definir metas e obrigações de qualidade permite a comparação e a escolha dos melhores fornecedores, o que pode levar a uma redução de custos e a uma melhoria na qualidade dos produtos ou serviços oferecidos (Ferreira, 2015).

3.4.3. A Gestão Económica dos Stocks

A gestão económica dos stocks segundo Reis (1994) permite, após estudar os níveis de stocks anteriores, formular previsões acerca da evolução dos mesmos e tomar decisões das quantidades a encomendar e de quando encomendar com o objetivo de satisfazer os pedidos com o mínimo custo de posse dos materiais. As situações de rutura de stocks são evitadas pois o objetivo principal é atingir um nível de stocks ótimo.

O modelo do Lote Económico é uma ferramenta de cálculo de gestão económica de stocks, que considera que existe uma procura constante e conhecida, com um custo unitário também constante, que os prazos de aprovisionamento são conhecidos, os custos de posse e de encomenda são fixos, o sistema de inventário é o permanente, não se consideram as rupturas de stock e o armazém não tem limitações (Almeida, 2002).

Segundo Reis (1994), o modelo de Lote Económico baseia-se essencialmente nas previsões feitas com elementos estatísticos. Nos hospitais os consumos clínicos tendem a ser diferentes consoante as necessidades dos serviços, logo é difícil fazer previsões. Considerando esta realidade da procura ser desconhecida existem duas vertentes de gestão de stocks, a reativa, em que as encomendas são feitas quando se verificam diminuições nos stocks, e a proactiva em que as encomendas são planeadas segundo as previsões feitas.

3.4.3.1 Custos

O custo de aquisição de um produto engloba o preço do próprio produto e as despesas inerentes à sua aquisição, como por exemplo os portes (quando da responsabilidade do comprador) e os seguros de transporte. Deste modo pode-se afirmar que o custo de aquisição de um produto não é o valor do produto à saída do armazém do vendedor, mas sim o valor do produto na entrada do armazém do comprador (Almeida, 2002; Santos, 1984 e Reis 1981 e 1975).

A fórmula que define o custo de aquisição é igual ao número de unidades adquiridas durante o ano (N) vezes o preço médio unitário de cada artigo (p) (Reis, 1994):

$$C. \text{ Aquisição} = N \times p$$

No custo de uma encomenda não podemos considerar apenas o valor pago ao fornecedor, temos que ter em conta o custo do pessoal que executa a encomenda que tem como tarefas adicionais fazer o pedido, analisar a melhor proposta, realizar a ressecção e efetuar o pagamento aos fornecedores (Almeida, 2002).

Ao somarmos as despesas acima referidas (E), dividirmos pelo número total das encomendas feitas no período de tempo a estudar (L) e multiplicarmos novamente por (E) obtemos o custo de encomenda dado pela fórmula (Reis, 1994):

$$C. \text{ Encomenda} = E \times \frac{N}{L}$$

O custo de posse dos produtos engloba todas as despesas inerentes à sua manutenção. Nestas despesas incluímos por exemplo os salários do pessoal, a amortização das instalações e dos equipamentos, os transportes, o aquecimento, a iluminação, os seguros, despesas de informática, etc (Manso, 1980 e Reis 1994).

Almeida (2002), refere que “a determinação do custo de posse pode ser feita tendo como base o seguinte raciocínio: o custo para a organização resultante de possuir stocks corresponde ao que ela pouparia se não os tivesse, ou melhor, se não fosse obrigada a tê-los” (p.65).

3.4.4 Análise em produtos de saúde

Num armazém existem variadíssimos produtos, uns de elevado custo outros de baixo custo. Para todos é necessário utilizar métodos de gestão eficientes embora se utilizem métodos diferentes para os dois tipos de artigos (Almeida, 2002).

3.4.4.1 Análise ABC

A análise ABC segundo Reis (1994, p.41), pode traduzir-se “num método que, em função de determinado critério, permite pôr em evidência os elementos de uma população estatística aos quais se deve dedicar maior atenção por serem os mais relevantes. Se num reduzido número de artigos for concentrada a maioria dos recursos da gestão, decerto se obtém resultados muito mais relevantes do que se se dispersassem igual e indiscriminadamente tais recursos pela totalidade dos artigos”.

Este método consiste essencialmente em dividir os produtos em três classes: A, B e C, no entanto para se conseguir fazer essa divisão é necessário por os artigos por ordem decrescente e os seus consumos anuais, depois acumulam-se os valores anteriores acrescentando a cada um o valor que o antecede, finalmente divide-se os valores acumulados de cada artigo pelo valor total obtendo assim a sua percentagem. Esta análise permite assinalar quais os artigos que devem ser excluídos do stock por não terem movimento e quais os artigos que são mais movimentados (Reis, 1981, 1975 e 1994; Chiavenato 1991; Almeida 2002 e Manso, 1980).

A Classe A representa 20% do total de artigos e 80% do valor total dos stocks, como referido anteriormente apesar de serem poucos artigos nesta classe são os que representam um valor económico maior. Na Classe B estão os artigos (20 a 25% do total) de valor intermédio, mas que mesmo assim correspondem a 15% do valor investido em stocks. Por fim a Classe C é a classe que representa o maior número de artigos (60% a 65% do total de artigos) mas que correspondem a um valor monetário baixo (5% a 10% do valor investido em stocks) (Chiavenato, 1991 e Almeida 2002).

3.4.4.2 Análise XYZ

A quantidade de produtos em *stock* de uma determinada entidade deve estar de acordo com a necessidade. O sistema XYZ é usado nas empresas de vendas em que a necessidade de determinados produtos pode variar drasticamente de um momento para outro. A análise XYZ distribui os elementos em três grupos, de acordo com as características de consumo (Christos et al., 2017):

- Grupo X - constituído pelos produtos para os quais existe uma procura contínua, caracterizada por oscilações muito ligeiras, pelo que é possível prever a procura deste grupo com grande precisão;
- Grupo Y - classificam-se os produtos de forma descontínua, com flutuações na necessidade, sendo que as previsões para este grupo de produtos têm uma precisão de médio grau;
- Grupo Z - engloba os produtos que são necessários esporadicamente, e com grandes diferenças no volume de necessidades.

3.5. A Distribuição

A forma como se operacionaliza a distribuição tem que ter em conta as características de armazenamento dos bens. É essencial na gestão da cadeia de necessidades do hospital. A distribuição deve ter em conta os consumos (quantidades / tempo), os níveis de stock, as encomendas a efetuar, os prazos de entrega e as aquisições (Almeida e Cúrdia, 2018). Segundo os mesmos autores existem vários métodos de distribuição, o método tradicional de requisição do serviço, o método de reposição por níveis, o método da dupla caixa e o método robotizado.

- Método Convencional

O método convencional é amplamente aplicado nos setores de saúde e, por essa razão, é geralmente considerado o mais aceite e eficaz pelos profissionais, especialmente devido ao seu baixo custo de implementação. Neste método, a requisição é feita pelo próprio serviço consumidor, que assume a responsabilidade pela gestão dos stocks. Estabelece-se um acordo entre o serviço consumidor e o serviço de aprovisionamento, no qual é

definido o intervalo de tempo para a entrega dos produtos necessários, a fim de evitar interrupções e escassez no fornecimento (Teixeira, 2012).

Entretanto, este método exige que o pessoal dos serviços dedique mais tempo a essas atividades do que ao seu foco principal, visto que implica na identificação das necessidades, elaboração de pedidos, verificação do material e organização do mesmo. Apesar disso, os serviços tendem a acumular grandes quantidades de estoque, o que resulta em expansão dos armazéns, possível deterioração dos produtos e uma elevada probabilidade de vencimento dos produtos, bem como extravio ou uso inadequado (Teixeira, 2012).

- Método de reposição por níveis

No método de reposição por níveis, inicialmente, o serviço de provisionamento e o serviço utilizador colaboram para estabelecer os limites mínimos e máximos de stock. Seguindo um plano predefinido, um colaborador do provisionamento inicia uma ronda para contar as existências, comparando-as com os níveis mínimos estipulados e registando a quantidade a ser reposta até atingir o nível máximo. Todo o material deve possuir uma identificação adequada. Após isso, o operador retorna ao armazém e recolhe as quantidades em falta, para depois abastecer o serviço consumidor com os materiais até o nível máximo (Castro, 2018). Segundo Costa, (2013) este método pode ser gerido de forma informatizada, onde o programa definido fornece informações sobre os materiais abaixo do nível mínimo ou em situação de rutura, compara com as quantidades predefinidas do nível máximo e gera uma lista de requisição, possibilita um melhor controlo da movimentação de materiais, validades e stocks, sendo altamente eficaz para evitar ruturas e excessos. No entanto, como desvantagens, há a possibilidade de erros de contagem, já que requer uma contagem precisa. No caso da adoção de um sistema computadorizado, é necessário um investimento em tecnologias e sistemas de informação (Osório, 2009).

- Método duas caixas

O método de dupla caixa representa um sistema simples, começando pela colocação de duas caixas idênticas, contendo a mesma quantidade de stock, no local de consumo. Assim que os produtos na primeira caixa são completamente utilizados, antes de começar a retirar material da segunda caixa, o utilizador precisa de identificar a necessidade de reposição. Essa identificação pode ocorrer de várias maneiras, sendo as mais comuns: retirar a etiqueta de identificação do produto e colocá-la em um local

apropriado, onde posteriormente será levantada para efetuar um pedido de reposição; ou enviar a caixa vazia para um local designado, geralmente para o setor de provisionamento, onde a caixa será reabastecida. A simplicidade do método de dupla caixa possibilita uma rápida percepção das necessidades de reposição, minimizando erros de contagem e identificação dos produtos. No entanto, para que funcione adequadamente, é necessário manter o dobro do stock e garantir a presença de armários e caixas em quantidade suficiente, implicando em um investimento considerável (Teixeira, 2012).

- Método robotizado

Este método é implementado por meio de armários eletronicamente controlados, os quais, por meio de um sistema informático, monitorizam os consumos e as quantidades a serem repostas. A gestão é realizada por uma ligação informática destinada aos gestores de stock, exigindo a integração do sistema no programa informático em uso no serviço de saúde. A adoção de um método robotizado oferece a vantagem de um controlo preciso dos consumos, uma considerável redução nos níveis de stock e a capacidade de os gerir em tempo real, resultando num melhor acondicionamento, proteção e identificação dos produtos. Apesar desses benefícios substanciais, há desafios que dificultam e, em certa medida, impedem a implementação deste método, como o alto investimento envolvido, a necessidade de integração com o restante do sistema informacional do hospital e alguma resistência por parte de profissionais (Teixeira, 2012).

4. Metodologia de Investigação

A metodologia de investigação utilizada nesta dissertação combina a teoria estudada com a experiência prática na área. Para alcançar os objetivos da pesquisa, foi adotada uma abordagem mista, que envolveu tanto a experiência e necessidade profissional como a análise teórica. A primeira etapa da metodologia consistiu em realizar uma revisão da literatura existente sobre o tema de estudo, com a atualização da revisão já anteriormente realizada. Permitindo assim uma compreensão aprofundada das teorias e conceitos relevantes, para criação de uma base para a investigação proposta.

Os resultados apresentados à luz da teoria estudada e prática profissional, permitindo a elaboração de conclusões e a formulação de recomendações das boas práticas. Esta integração entre a experiência prática e a teoria estudada foi fundamental para garantir a validade e a relevância dos resultados.

Como objetivo da dissertação propomos um manual de boas práticas para o Serviço de Aprovisionamento de um Hospital Público Português. Este manual de boas práticas poderá servir de base para identificar e analisar as melhores práticas na área do aprovisionamento hospitalar, considerando aspetos como a gestão de stocks, o processo de aquisição e contratação, o relacionamento com fornecedores, a eficiência financeira, a sustentabilidade e a melhoria de processos. O objetivo é contribuir para melhorar a eficiência, a qualidade e a sustentabilidade das práticas na área do aprovisionamento hospitalar de hospitais públicos portugueses.

No âmbito do desenvolvimento do manual de boas práticas, é fundamental destacar que este não apenas se baseará em teoria, mas será enriquecido pela experiência prática adquirida ao longo do processo de investigação. A aplicação e validação prática das diretrizes delineadas no manual, considerando as especificidades do Serviço de Aprovisionamento de um Hospital Público Português, serão essenciais para consolidar e aprimorar as práticas propostas. Dessa maneira, almeja-se não somente oferecer um guia teórico, mas também uma ferramenta valiosa e eficaz para a otimização contínua das operações de aprovisionamento hospitalar.

No contexto da pesquisa bibliográfica, foram consultados livros, artigos científicos e relatórios relevantes para o tema em estudo, consolidando uma base sólida de referências

5. Resultados

Considerando o exposto nas várias áreas do Serviço de Aprovisionamento anteriormente nomeadas na teoria, o processo de compra, a encomenda, a receção, a gestão de stocks e a distribuição. Com base na legislação mencionada e atualmente em vigor propomos um manual de boas práticas para serviços de aprovisionamento de hospitais públicos portugueses, afim de contribuir para uniformizar e aprofundar as boas práticas inerentes a um Serviço de Aprovisionamento hospitalar português.

Nas suas competências gerais ao Serviço de Aprovisionamento compete garantir a aquisição, com mais-valia técnica e financeira, dos bens, serviços e empreitadas de obras públicas necessários à prossecução da missão da Instituição, assegurando a sua colocação oportuna e eficiente junto dos utilizadores, potenciando a criação de sinergias negociais pela promoção da gestão integrada das relações com os fornecedores, de modo a alcançar uma taxa ótima da utilização dos recursos disponíveis.

1. Compete ao Serviço de Aprovisionamento:

Propor, executar e controlar um plano e orçamento de compras de bens, serviços e empreitadas de obras públicas necessários à prossecução das atividades do hospital;

- a) Procurar, selecionar e avaliar fornecedores de equipamentos, materiais e serviços (novos e existentes);
- b) Negociar as condições mais vantajosas para a organização, no âmbito das consultas efetuadas e dos procedimentos de aquisição aprovados, em aplicação dos métodos e técnicas do mercado concorrencial e das normas existentes;
- c) Promover oportuna e atempadamente os processos de abertura, renovação e renegociação de concursos para aquisição de produtos, equipamentos e serviços;
- d) Implementar contratos de fornecimento de materiais e prestação de serviços, com a necessária celeridade e eficiência;
- e) Monitorizar a correta execução de contratos de fornecimento de materiais e prestação de serviços;
- f) Desenvolver uma adequada política de gestão económica de stocks para todo o hospital, designadamente definindo e controlando os pontos de encomenda bem como os níveis de segurança;

- g) Organizar e gerir os armazéns da Unidade Hospitalar e apoiar na organização dos armazéns da área dos Cuidados de Saúde Primários (caso aplicável à instituição), assegurando o registo e atualização permanente do inventário;
- h) Proceder a revisões periódicas dos níveis e perfis de consumo dos serviços, bem como a evolução dos consumos, com o objetivo de identificar oportunidades de redução de custos;
- i) Garantir a manutenção física e contabilística dos stocks, zelando pela sua correta arrumação física e segurança;
- j) Estabelecer e garantir os circuitos adequados de distribuição interna, reposição e devolução, com os serviços utilizadores, programando a distribuição pelas diversas Unidades em articulação se necessário com o Serviço de Transportes;
- k) Estabelecer procedimento para contagens físicas periódicas dos stocks dos diversos serviços;
- l) Registrar os movimentos relativos ao imobilizado, designadamente aquisições, procedendo à sua sistemática inventariação;
- m) Assegurar uma atempada conferência de faturas.

2. Deveres dos trabalhadores que participem no processo de aquisição de bens, serviços e empreitadas de obras públicas

No processo de aquisição de bens, serviços e empreitadas de obras públicas, além das regras de adequação do material a adquirir, ao seu valor e da razoabilidade do preço da adjudicação, há também que observar os princípios constantes na Lei Geral do Trabalho em Funções Públicas, art.º 73º, supra melhor identificados.

Os trabalhadores do hospital que participem no processo de aquisição devem, especialmente, atender aos seguintes quatro deveres – isenção, zelo, lealdade e sigilo:

- 1) Dever de isenção – no exercício das suas funções no processo de aquisição, não devem retirar vantagens pecuniárias ou interesses que não sejam devidos por lei, e deverão tratar todos os concorrentes de forma imparcial, sem abusar dos poderes e não atuar em prol dos interesses individuais;
- 2) Dever de zelo – deverão exercer as suas funções com eficiência e empenhamento, em qualquer fase do processo de aquisição, designadamente, conhecer as normas legais e regulamentares (incluindo os regulamentos internos ou instruções de serviço) sobre a aquisição de bens, serviços e empreitadas de obras públicas;

- 3) Dever de lealdade – deverão executar as suas tarefas da aquisição de acordo com as ordens ou instruções superiores (ex. relativamente à distribuição de trabalho ou regras internas sobre os procedimentos) na perspetiva da prossecução do interesse público;
- 4) Dever de sigilo – deverão guardar segredo relativamente às informações de uso interno no âmbito da aquisição.

3. Boas Práticas Gerais num Serviço de Aprovisionamento

No âmbito da sua missão um Serviço de Aprovisionamento deve pautar a sua conduta promovendo procedimentos que mitiguem o risco e previnam a violação dos princípios da transparência, concorrência e prossecução do interesse público, na área da contratação pública:

- ✓ Zelar pela rotatividade dos funcionários envolvidos na avaliação dos procedimentos de contratação pública (sempre que tal seja possível atento o número de recursos existentes por área de atuação) por forma a evitar eventuais conflitos de interesse não declarados que possam originar o favorecimento de determinados concorrentes, ou o pagamento de subornos ou comissões ilegais com o objetivo de influenciar a adjudicação dos respetivos contratos;
- ✓ Assegurar que os funcionários envolvidos nos procedimentos de contratação pública têm formação adequada para a elaboração e aplicação das peças procedimentais respetivas, em especial do convite a contratar, do programa do procedimento e do caderno de encargos;
- ✓ Adotar procedimentos de contratação pública que promovam a livre concorrência, evitando nomeadamente o favorecimento de um determinado concorrente, quer no que respeita a novas aquisições de bens ou serviços quer no que envolve a manutenção/prorrogação de contratos já existentes, prevenindo:
 - O fracionamento da despesa (com o objetivo de evitar a abertura de um procedimento mais exigente);
 - Ajustes diretos injustificados (falsificando a fundamentação dos procedimentos através da adoção de especificações técnicas restritivas ou limitadas com a finalidade de selecionar um determinado concorrente);
 - A não adoção de um procedimento (adjudicando contratos para favorecer entidades terceiras sem a adoção de um adequado procedimento);

- Extensões/prorrogações irregulares de contratos (manutenção ou renovação de contratos existentes através de adendas ou de condições suplementares, com o objetivo de evitar um novo procedimento).
- ✓ Adotar mecanismos que assegurem a regularidade e legalidade das despesas sem procedimento contratual;
- ✓ Garantir que as especificações técnicas dos procedimentos adotadas nas aquisições de bens, serviços e empreitadas de obras públicas não condicionam a adjudicação a um determinado fornecedor (exigindo, por exemplo, que o concorrente tenha determinada capacidade técnica ou experiência);
- ✓ Aplicar, sempre que possível, nova escolha das entidades a convidar;
- ✓ Se necessário, proceder, preliminarmente, a uma análise de mercado, de modo a identificar fornecedores de bens ou prestadores de serviços que operem num dado segmento de mercado, para prestações do mesmo tipo ou idênticas;
- ✓ Adotar mecanismos que assegurem a não divulgação de informação confidencial/privilegiada, garantindo que os trabalhadores envolvidos no processo de contratação, na conceção do projeto ou das especificações ou na avaliação das propostas não divulgam informação confidencial ou privilegiada com o intuito de favorecer um determinado concorrente, dando-lhe a possibilidade de apresentar uma proposta mais favorável em termos técnicos e/ou financeiros;
- ✓ Mecanismos de controlo e ações de sensibilização para garantir que todos os trabalhadores intervenientes nos procedimentos de contratação estão cientes da sua responsabilidade de agir com imparcialidade e integridade.

4. Definições de conceitos aplicados em matéria de ilegalidade

“*Conflitos de interesse*” - um conflito de interesses surge e existe quando um colaborador coloca os seus interesses privados à frente dos seus deveres funcionais, defraudando os objetivos subjacentes à atribuição desses deveres, comprometendo, com isso, a transparência e a imparcialidade exigíveis (DL n.º 109º-E/2021).

O conceito de conflito de interesses tem vindo a merecer crescente enfoque em todos os processos que envolvam a utilização de recursos públicos, designadamente, devido à importância atribuída aos princípios da transparência, igualdade de tratamento e não discriminação plasmados nas diretivas comunitárias relativas à coordenação dos

processos de adjudicação dos contratos de empreitada de obras públicas, dos contratos públicos de fornecimento e dos contratos públicos de serviços.

“Relações especiais” – A existência de relações especiais no âmbito de procedimentos de contratação pública assume especial relevância por ser passível de consubstanciar uma situação geradora de conflito de interesses.

A existência de relações especiais entre empresas ou empresas e os seus sócios ou gerentes constitui um fator potenciador de uma situação de conflito de interesses, mas não implica, por si só, uma irregularidade. A realização de correções financeiras assentes em tal factualidade tem lugar quando, comprovadamente, se verifique que, no âmbito de um procedimento, as entidades em questão ou os seus responsáveis obtiveram algum tipo de vantagem pessoal, direta ou indireta, decorrente da preterição das obrigações que sobre si impendiam por força do seu envolvimento no referido procedimento. Deve salvaguardar-se o cumprimento do Art.º 63º do Código do Imposto sobre o Rendimento das Pessoas Coletivas, onde são enumeradas algumas das situações que são consideradas como “relações especiais”.

“Conluio” - O conluio na contratação pública consiste na concertação de propostas com o objetivo de eliminar ou limitar a concorrência nos procedimentos de contratação. Este tipo de comportamento leva a condições menos favoráveis para o Estado do que as que resultariam de uma situação de concorrência efetiva, traduzindo-se em preços mais elevados, qualidade inferior ou menos inovação.

A Lei da Concorrência (Lei n.º 19/2012, de 8 de maio, n.º 1 art.º 9º) considera “proibidos os acordos entre empresas, as práticas concertadas entre empresas e as decisões de associações de empresas que tenham por objeto ou como efeito impedir, falsear ou restringir de forma sensível a concorrência”.

O conluio compromete, assim, a eficiência na afetação dos recursos públicos e mina o objetivo de “mais e melhor por menos” da contratação pública, lesando os consumidores e os contribuintes.

5. Compras

- Tipo de procedimentos prévios à contratação

Os tipos de procedimento previstos, são o ajuste direto, a consulta prévia, o concurso público, o concurso limitado por prévia qualificação, o procedimento de negociação, o diálogo concorrencial e a parceria para a inovação.

Estes tipos de procedimento de formação dos contratos apresentam especificidades de aplicação devidamente desenvolvidas no Código dos Contratos Públicos:

- Ajuste Direto: Artigos 112.º a 129.º
- Consulta Prévia: Artigos 112.º a 127.º
- Concurso Público: Artigos 130.º a 154.º
- Concurso Público Urgente: Artigos 155.º a 161.º
- Concurso Limitado por Prévia Qualificação: Artigos 162.º a 192.º
- Procedimento de Negociação: Artigos 193.º a 203.º
- Diálogo Concorrencial: Artigos 204.º a 218.º
- Parceria para a Inovação: Artigos 218 - A.º a 218.º- D
- Concurso de Conceção: Artigos 219.º A a 219.º J
- Sistemas de Aquisição Dinâmicos: Artigos 237.º a 241.º D
- Sistema de Qualificação: Artigos 245.º a 250.º
- Serviços Sociais e outros Serviços Específicos: Artigos 250.º A a 250º D
- Acordos-Quadro: Artigos 251.º a 259.º
- Centrais de Compras: Artigos 260º a 266º.

Quadro n.º I: Descritivo dos procedimentos

Tipo	Descrição
Ajuste direto	
i. Geral	Procedimento em que a entidade adjudicante convida diretamente uma entidade, à sua escolha, a apresentar proposta.
ii. Simplificado	Procedimento de ajuste direito que dispensa quaisquer formalidades procedimentais, consumando-se quando o órgão competente para a decisão de contratar aprova a fatura ou documento equivalente apresentada pela entidade convidada, comprovativa da aquisição.
Consulta prévia	Procedimento em que a entidade adjudicante convida diretamente pelo menos três entidades à sua escolha a apresentar proposta, podendo com elas negociar os aspetos da execução do contrato a celebrar, desde que tal possibilidade conste expressamente do convite.
Concurso público	
i. Normal	Procedimento concorrencial em que a entidade adjudicante publica a sua existência através de anúncio publicado nos meios oficiais nacionais (Diário da República), e também internacionais (Jornal Oficial da União Europeia) quando o valor do contrato a celebrar for superior aos limiares comunitários, podendo qualquer interessado apresentar proposta

Continuação quadro n.º I: Descritivo dos procedimentos	
Tipo	Descrição
ii. Urgente	Procedimento concorrencial dado a conhecer por anúncio publicado no Diário da República e o prazo de apresentação de propostas é consideravelmente reduzido uma vez é contabilizado em horas.
Concurso limitado por prévia qualificação	Procedimento concorrencial em que a entidade adjudicante publica a sua existência através de anúncio publicado nos meios oficiais nacionais (Diário da República), e também internacionais (Jornal Oficial da União Europeia), podendo qualquer interessado apresentar proposta. Pode ser adotado sempre que a entidade adjudicante entenda necessário avaliar a capacidade técnica e/ou financeira dos operadores económicos. Realça-se que, em regra os requisitos mínimos de capacidade financeira não podem exceder o dobro do valor do contrato.
Procedimento de negociação	Procedimento concorrencial em que a entidade adjudicante publica a sua existência através de anúncio publicado nos meios oficiais nacionais (Diário da República), e também internacionais (Jornal Oficial da União Europeia), podendo qualquer interessado apresentar proposta. O procedimento de negociação a semelhança do concurso limitado por prévia qualificação, caracteriza-se pela existência de uma fase de qualificação, no entanto tem a especificidade de os concorrentes (os quais foram previamente qualificados) podem melhorar os atributos das suas propostas numa fase de negociação.
Diálogo concorrencial	Procedimento concorrencial em que a entidade adjudicante publica a sua existência através de anúncio publicado nos meios oficiais nacionais (Diário da República), e também internacionais (Jornal Oficial da União Europeia), podendo qualquer interessado apresentar proposta. O diálogo concorrencial é um procedimento utilizado para as situações em que a entidade adjudicante, apesar de ter identificado a sua necessidade não sabe como a satisfazer. À semelhança do concurso limitado por prévia qualificação, caracteriza-se pela existência de uma fase de qualificação, no entanto tem a especificidade de, antes da fase de apresentação das propostas, existir uma fase de apresentação de soluções e diálogo com os candidatos qualificados, os quais são convidados a apresentar proposta. Neste procedimento o caderno de encargos só é elaborado depois de terminada a fase de diálogo das soluções.
Parceria para a inovação	O procedimento de parceria para a inovação destina-se à realização de atividades de investigação e desenvolvimento de bens, serviços ou obras inovadoras, com vista à posterior aquisição destes bens, serviços ou obras, desde que se cumpram os níveis de desempenho de preços máximos previamente acordados.
Concurso de conceção	O concurso de conceção visa selecionar um ou vários trabalhos de conceção, ao nível de programa base ou similar, designadamente nos domínios artístico, do ordenamento do território, do planeamento urbanístico, da arquitetura, da engenharia ou do processamento de dados.
Concurso de ideias	O objetivo do concurso de ideias é de adquirir uma ou várias propostas de ideias, remuneradas através da atribuição de um prémio apropriado.

Continuação quadro n.º I: Descritivo dos procedimentos	
Tipo	Descrição
Sistemas de aquisição dinâmicos	Para celebrar contratos de locação ou de aquisição de bens móveis ou de aquisição de serviços de uso corrente, bem como contratos de empreitada de obras públicas de complexidade técnica reduzida, cujas características e modos de execução genericamente disponíveis no mercado satisfaçam as suas necessidades.
Acordos Quadro	É o contrato celebrado entre uma ou várias entidades adjudicantes e uma ou mais entidades, com vista a disciplinar relações contratuais futuras a estabelecer ao longo de determinado período de tempo, mediante a fixação antecipada dos respetivos termos.
Centrais de Compras	As entidades adjudicantes podem constituir centrais de compras para centralizar a contratação de empreitadas de obras públicas, de locação e de aquisição de bens móveis e de aquisição de serviços.

- Tipo de procedimentos a adotar

Nos contratos cujo objeto abranja prestações que estão ou sejam suscetíveis de estar submetidas à concorrência de mercado, a opção pelo tipo de procedimento deve ser baseada nos critérios estabelecidos:

- Escolha do procedimento em função do “valor do contrato” (artigos 17.º a 22.º do CCP);
- Em função de “critérios materiais” (artigos 23.º a 30.º- A do CCP);
- Em função do “tipo de contrato” (artigos 31.º a 32.º do CCP);
- Ou em função da “entidade adjudicante” (artigos 33.º do CCP – sectores especiais).

O “valor do contrato” é considerado o critério geral da escolha do procedimento. A escolha do tipo de procedimento condiciona o valor do contrato a celebrar (18.º CCP). Tendo em consideração o tipo de despesa, bem como as circunstâncias da sua realização e as características do contrato a celebrar, cabe ao Serviço de Aprovisionamento propor e informar o tipo de procedimento mais adequado, de acordo com o Código dos Contratos Públicos, tendo em vista o respeito pelos princípios definidos anteriormente.

A proposta do tipo de procedimento a adotar deve ser acompanhada de informação da despesa estimada e respetiva fundamentação, e deverá ser submetida a despacho do órgão competente para a autorizar.

Na sequência do procedimento escolhido no âmbito do Código dos Contratos Públicos, cabe ao Serviço de Aprovisionamento, em exclusivo, organizar todo o processo, com respeito pelas disposições legais aplicáveis.

- Peças do procedimento

As peças de procedimento, referem-se às diversas etapas que compõem um processo formal de aquisição de bens, serviços ou produtos. São essenciais para garantir um processo de aquisição estruturado, transparente e de acordo com as normas e legislação em vigor, promovendo uma gestão eficaz dos recursos e uma relação contratual clara entre a organização e seus fornecedores.

- Ajuste Direto – Convite e caderno de encargos.
- Consulta Prévia - Convite e caderno de encargos.
- Concurso Público – Programa do procedimento e caderno de encargos. No caso dos concursos públicos com publicação internacional, é obrigatório a adoção do Documento Europeu Único de Contratação Pública (DEUCP).
- Concurso Limitado por Prévia Qualificação – Programa, convite e caderno de encargos.
- Negociação – Programa, convite e caderno de encargos.
- Diálogo Concorrencial – Programa, convite à apresentação das soluções, convite à apresentação das propostas, a memória descritiva e o caderno de encargos.

- Preço base

Sempre que o contrato a celebrar implique o pagamento de um valor, as peças do procedimento de formação dos contratos devem prever um preço base, equivalente ao preço máximo que a entidade se dispõe a pagar pela execução de todas as prestações que constituem o seu objeto.

O preço base estabelecido nestes termos constitui fundamento de exclusão das propostas que o ultrapassem.

- Início do procedimento

O procedimento inicia-se com a decisão de contratar, que cabe ao órgão com competência para autorizar a despesa, que deve aprovar:

- Escolha do procedimento e competente autorização da despesa;

- Prévia cabimentação da despesa inerente ao contrato a celebrar.;
- Aprovação das peças do procedimento;
- Indicação das entidades a convidar;
- Critérios de adjudicação e modelo de avaliação;
- Nomeação do Júri e eventual delegação das competências;
- Nomeação do gestor do contrato.

- Júri do procedimento

O júri é nomeado pela entidade com competência para a decisão de contratar sob proposta do Serviço de Aprovisionamento, iniciando as suas funções no dia útil subsequente ao envio do anúncio para publicação ou do convite.

O Júri nomeado tem como competências as elencadas nos artigos 67º a 69º do CCP. Para os efeitos previstos no DL n.º 14/2014, de 22 de janeiro, é exigida declaração de incompatibilidades aos membros de júris e grupos de trabalho. Para as restantes situações não previstas no supra melhor identificado DL e nos termos previstos na Recomendação n.º 01/2015 do Conselho de Prevenção para a Corrupção (CPC) e do Anexo XIII do CCP.

- Tramitação dos procedimentos e formalidades

Cabe ao Serviço de Aprovisionamento a responsabilidade pelo desenvolvimento de toda a tramitação associada aos procedimentos prévios à contratação previstos no Código dos Contratos Públicos, exceto as competências legalmente cometidas ao júri.

Nos termos do Despacho n.º 851-A/2017, de 16 de janeiro, deve ser emitido pelo Gabinete Jurídico do hospital parecer jurídico de conformidade legal e administrativa dos procedimentos contratuais.

Na instrução dos procedimentos de aquisição de Dispositivos Médicos (DM) deve ser observado o teor do Despacho n.º 860/2018, de 22 de janeiro, que veio revogar o Despacho n.º 15371/2012, de 26 de novembro.

A unidade hospitalar deverá ter na sua estrutura orgânica, uma Comissão de Normalização do Equipamento e Material de Consumo que tem como competências emitir parecer acerca da introdução de todo o equipamento e material de consumo clínico, hoteleiro e administrativo, propor uma política e ações de normalização de

equipamento e material de consumo clínico, hoteleiro e administrativo, apoiar o Serviço de Aprovisionamento nos respectivos processos de aquisição (identificação e seleção de equipamento e material de consumo clínico, hoteleiro e administrativo).

Igualmente deverá também constar da sua estrutura uma Comissão de Farmácia e Terapêutica que tem por competência emitir parecer acerca da introdução de medicamentos e produtos farmacêuticos, bem como apoiar o Serviço de Aprovisionamento nos processos de aquisição destes artigos.

- Critérios de adjudicação

A adjudicação é feita segundo um dos seguintes critérios (artigo 74º do CCP):

- Multifator – “(...) *na qual o critério de adjudicação é composto por um conjunto de fatores, e eventuais subfactores, relacionados com diversos aspetos da execução do contrato a celebrar;*”
- Monofator - “(...) *enquanto único aspeto do contrato a celebrar*” (só pode ser utilizado quando o caderno de encargos defina todos os aspetos da execução do contrato, submetendo à concorrência só o preço).

O critério de adjudicação é obrigatoriamente definido nas peças do procedimento, convite ou programa do procedimento, devendo, no caso de a proposta economicamente mais vantajosa ser definido o modelo de avaliação das propostas. Para o ajuste direto, embora seja necessário a definição dos fatores de apreciação das propostas, não é exigível modelo de avaliação.

- Audiência prévia

Deverá ser realizada a audiência prévia aos interessados nos termos dos art.º 123º, 147º, 185º e também nos procedimentos elaborados nos termos do artigo 259º do CCP (Aquisições ao abrigo de acordos quadro).

- Contrato escrito e caução

Salvo os casos previstos no artigo 95º do CCP deverá o contrato ser reduzido a escrito.

A prestação da caução só deve ser exigida nos termos do previsto no CCP.

No que respeita à aplicação de penalidades resultantes de incumprimentos contratuais previstos nas peças do procedimento que deu origem à contratação, terá de existir a sua aceitação escrita pelo órgão competente para autorizar a despesa.

- Medidas preventivas de riscos na área contratação pública

a) Procedimentos de aquisição, júri e gestor de contrato

O Serviço de Aprovisionamento desenvolve as atividades de aquisições de bens, serviços e empreitadas de obras públicas, nos termos das Recomendações do Conselho de Prevenção da Corrupção (CPC).

Para o exercício destas atividades e no âmbito de cada procedimento de aquisição de bens, serviços e empreitadas de obras públicas, são nomeados como membros de júri diversos trabalhadores, selecionados em função dos conhecimentos técnicos e do nível de corresponsabilização com os produtos a adquirir.

Verifica-se, por conseguinte, a nomeação de júris diferenciados para cada procedimento aquisitivo, com envolvimento de diversos trabalhadores de diferentes serviços no exercício de atividades que são típicas do Serviço de Aprovisionamento.

Ainda assim, no âmbito das atividades desenvolvidas pelo Serviço de Aprovisionamento devem ser implementadas e monitorizadas algumas medidas que visam a prevenção dos riscos de corrupção e dos riscos de gestão, algumas delas incorporadas no Código dos Contratos Públicos, designadamente:

- Devem ser desenvolvidas, ações de formação e workshops na área dos contratos públicos, para dois tipos de destinatários:
 - Funcionários do Serviço de Aprovisionamento ou outros a quem deve ser exigido conhecimento teórico e prático dos procedimentos pré-contratuais, bem como habilitação adequada para a elaboração e aplicação das peças processuais respetivas;
 - Funcionários habitualmente designados como membros de júri ou gestor de contrato.
- Acompanha-se a revisão e atualização periódica dos procedimentos em vigor na área da Contratação Pública e das Recomendações do CPC.

Nos termos do previsto no artigo 290º – A do CCP, é designado um Gestor do Contrato, com a função de acompanhar permanentemente a execução deste. Ao Gestor de Contrato, compete-lhe acompanhar a execução do mesmo em conformidade com as cláusulas contratuais, avaliar o desempenho do fornecedor em articulação com o Serviço de Aprovisionamento.

Quando se trate de contratos com especiais características de complexidade técnica e financeira, ou de duração superior a três anos, o “Gestor do Contrato” deve também elaborar indicadores de execução quantitativos e qualitativos adequados a cada tipo de contrato, medir os níveis de desempenho do cocontratante, a execução financeira, técnica e material do contrato.

b) Planeamento e Gestão

Ao Serviço de Aprovisionamento também compete o desenvolvimento de ações de planeamento e controlo de gestão, designadamente:

- Plano de Compras para o ano seguinte, com a participação dos serviços envolvidos;
- Relatório de Atividades e Plano de Ação;
- Relatórios trimestrais sobre a evolução dos consumos com bens, serviços e empreitadas de obras públicas, por linhas de produção e alinhados com a atividade produtiva e cumprimento das metas orçamentais, com apuramento e análise objetiva dos desvios mais relevantes;
- Reuniões de trabalho mensais, com a equipa responsável pela contratação pública, na perspetiva da aprendizagem e transferência de conhecimento, boas práticas e competências;
- Assegurar formação aos funcionários envolvidos nos procedimentos de contratação pública;
- Existência de pastas informáticas partilhadas, com o arquivo dos documentos de habilitação e outros relativamente aos procedimentos de contratação pública, bem como demais documentos inerentes à atividade do Serviço de Aprovisionamento;
- Produção de mapas de controlo interno e ficheiros de integração mensais, de informação de consumos e encomendas para os Serviços Financeiros.

Ao Gestor de Contrato e aos restantes serviços do hospital compete o desenvolvimento de ações de controlo, designadamente:

- Acompanhar a execução dos contratos em conformidade com as cláusulas contratuais, avaliar o desempenho do fornecedor em articulação com o Serviço de Aprovisionamento;
- Elaborar mapas/relatórios de acompanhamento da execução do contrato e reportar junto do Serviço de Aprovisionamento e/ou Conselho de Administração;

- Elaborar no decurso do acompanhamento, propostas de aplicação de penalidades, devidamente fundamentadas e quantificadas, junto do Serviço de Aprovisionamento;
- Intervenção eficaz do Grupo Coordenador Local do Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos (GCL-PPCIRA) nos controlos associados à prestação de serviços de lavandaria e limpeza, participando na elaboração das peças dos procedimentos, auditorias e avaliação de produtos.

c) Prevenção da Corrupção

Através da Recomendação n.º 1/2009 (DR, 2.ª, n.º 140, 22/07/2009), o CPC definiu orientações para a elaboração do Plano de Gestão de Riscos de Corrupção e Infrações Conexas, contendo, entre outros, os seguintes elementos:

- Indicação das medidas a adotar que previnam a sua ocorrência (por ex., mecanismos de controlo interno; segregação de funções, definição prévia de critérios gerais e abstratos, designadamente na concessão de benefícios públicos e no recurso a especialistas externos, nomeação de júris diferenciados para cada concurso, programação de ações de formação adequada, etc.);

Através da Recomendação n.º 5/2012 (DR, 2.ª, n.º 219, 13/11/2012), o CPC estabeleceu que “as entidades de natureza pública devem dispor de mecanismos de acompanhamento e de gestão de conflitos de interesses, devidamente publicitados, que incluam também o período que sucede ao exercício de funções públicas, com indicação das consequências legais. Devem, ainda, incluir nos seus relatórios sobre a execução dos planos de prevenção de riscos uma referência sobre a gestão de conflitos de interesses”.

Através da Recomendação n.º 1/2015, de 7 de janeiro de 2015 (DR, 2.ª, n.º 8, de 13/01/2015), sublinha a necessidade de serem assegurados mecanismos de controlo na formação e execução dos contratos, de incentivar a existência de recursos humanos com formação adequada, reduzir o recurso ao ajuste direto, e garantir a transparência e a publicidade da vontade de contratar.

6. Receção

A área de receção dos bens regula todas as operações de entrada de materiais. Nesta área do Serviço de Aprovisionamento deverá:

- Ser controlados através da conferência das respetivas notas de encomenda com os documentos do fornecedor que acompanham a entrega (guia remessa, fatura, guia de transporte), de todos os bens que entrem nos armazéns;
- Ser realizada a conferência dos bens rececionados de modo a verificar as quantidades, a sua integridade física e visual das embalagens, as especificações técnicas dos bens e lote e validade;
- Controlar-se a receção quantitativa dos bens entregues nomeadamente com a contagem, pesagem ou medição para verificação da conformidade entre as quantidades requisitadas e as recebidas;
- Controlar-se a receção qualitativamente dos bens entregues verificando se as características do bem correspondem às especificações de compra, como a referência e verificação do seu acondicionamento;
- Receber-se e lançar todos os documentos inerentes à receção dos bens e proceder ao seu arquivo;
- Assinar os documentos que acompanham a entrega dos bens com a data e menção “sujeito a conferência”;
- O elemento que está alocado à receção proceder ao registo da entrada do bem registando a seguinte informação: tipo de documento que acompanha o bem (guia de remessa, fatura, guia de transporte), nº e data do documento, quantidade recebida, lote e prazo de validade, no caso de se tratar de produtos que necessitem de acondicionamento em rede de frio, devem ser conferidos de imediato e colocados no frigorífico.

No caso de existirem bens com não-conformidades terá que se proceder a uma devolução ao fornecedor. Nestas situações comunica-se à área de compras com informação do documento que acompanhou a entrega do bem de modo a possibilitar que se envie a informação ao fornecedor para que se proceda à resolução da não-conformidade.

7. Gestão de Stocks

É através de pontos de encomenda gerados através do sistema informático de logística que se geram as requisições para reposição de stocks e/ou pedidos de compra para os bens em falta no armazém.

Os consumos dos serviços devem ser verificados sempre que necessário e com periodicidade mínima de seis meses pelo responsável pela Gestão dos Stocks, para uma vigilância do nível dos stocks.

A gestão de stocks deve:

- Verificar e assegurar uma gestão adequada e o controlo dos consumos dos bens mais significativos, nomeadamente através da análise ABC;
- Realizar um ponto de situação relativo à comparação mensal de consumos entre períodos e serviços homólogos;
- Proceder à definição de níveis de reaprovisionamento dos stocks a nível de pontos de encomenda;
- Nos produtos de classe A, realizar uma análise criteriosa dos stocks existentes;
- Rever os produtos com mais de 12 meses em stock sem rotação com os serviços e propor a sua retirada do stock aos responsáveis pelo serviço caso seja necessário;
- Inativar na aplicação os produtos obsoletos, com a justificação de se ter deixado de consumir e ter ficado obsoleto.

Será através dos pontos de encomenda que se procederá à solicitação de requisições para reposição de stocks e ou pedidos de compra de material em falta.

Sempre que necessário e com periodicidade mínima de seis meses o Responsável, na prossecução de uma correta gestão económica dos stocks deve proceder informaticamente ao cálculo dos índices de gestão:

- Cálculo da quantidade económica;
- Stocks de segurança;
- Stocks mínimos;
- Previsão de consumos.

A execução de requisições dos serviços, referentes a materiais/artigos novos; à consignação, caso de próteses e pacemakers; ajudas técnicas; outros produtos não existentes em armazém e materiais urgentes de construção civil e eletricidade, em que são feitas as requisições para regularização do processo de compra:

- I. Diariamente devem ser efetuadas de forma discriminada e individual, requisições on-line, de todos os serviços no que diz respeito a produtos fora do nível de reposição e de artigos novos não existentes em armazém.
- II. Na aplicação sistema informático, é efetuado diariamente, o processamento correspondente aos movimentos das requisições on-line, que segue os seguintes trâmites:
 - A. Se existem produtos suficientes em armazém, o serviço dará seguimento a esta requisição:
 - Preenche a quantidade a enviar;

- Valida a requisição;
 - A requisição é enviada para os armazéns para distribuição.
- B. Se não existem produtos em armazém e é preciso adquiri-los, o serviço:
- Preenche a quantidade a enviar;
 - Preenche em excel disponível para o efeito informação que é necessário adquirir o produto;
 - Envia para o sector de aquisições.
- C. Se existe apenas uma parte dos produtos em armazém, o serviço:
- Preenche a quantidade a enviar;
 - Preenche a quantidade a adquirir;
 - Preenche em excel disponível para o efeito informação que é necessário adquirir o produto;
 - Valida a requisição;
 - Envia para o sector de aquisições a quantidade a adquirir;
 - Envia para os armazéns para distribuição.
- D. Se o produto for requisitado ou estiver em falta nos armazéns para reposição de stocks, e se se encontrar a concurso e se pretende esperar pelo mesmo e não satisfazer o pedido de compra, enquanto correm os termos do concurso, e não sendo urgente o seu fornecimento, o serviço:
- Aguardará a conclusão do concurso, após o que efetuará o pedido de compra às aquisições, já dentro do seu âmbito;
 - Colocará a requisição no estado “pendente”;
 - Na chegada dos produtos, procede à abertura da requisição;
 - Preenche a quantidade a enviar;
 - Valida a requisição;
 - Envia a requisição para os armazéns para distribuição.

III. Criar requisição por parte dos serviços utilizadores

Quando houver necessidade de efetuar um pedido de material, deve-se criar uma requisição no sistema informático. A requisição poderá ser:

- Com base nos níveis previamente definidos;
- Extra-acordo, quando o material não conste nos níveis definidos.

Quando tiverem sido inseridos todos os produtos a requisitar, a requisição está pronta a ser confirmada, ou seja, a ser enviada para o Serviço Logística.

Após a confirmação, a requisição passa para o estado “Pendente”, sinal de que foi enviada para o Serviço Logística, que a irá tratar em conformidade.

Após o envio do material requerido, a requisição associada passará para o estado “Satisfeita”.

IV. Receber a requisição no Serviço de Logística

Esta etapa finaliza o processo das requisições de serviço.

Os armazéns registam o envio do material requerido, e a requisições associadas para o estado “Satisfeita”. Todas as requisições de serviço poderão ser consultadas a partir do sistema informático, qualquer que seja o seu “Estado”, podendo consultar todas as requisições dos serviços a que está associado.

V. Planeamento e previsão de necessidades anuais

Procedimento a efetuar separadamente para todos os produtos dos vários armazéns (Consumo Clínico; Administrativo; Hoteleiro e Manutenção).

Para que seja elaborado automaticamente um planeamento de necessidade, todos os campos são de preenchimento obrigatório:

- Definir ano e data de cálculo que se pretende;
- Obter linhas selecionando os artigos pretendidos;
- Definir frequência de utilização, ou seja, definir percentagens a adquirir;
- Calcular quantidades, definindo a quantidade atribuída;
- Fechar o processo;
- Imprimir mapa consolidado de necessidades.

A obtenção automática de uma tendência média de consumo, terá em conta as quantidades consumidas ao longo dos três últimos anos.

A expressão de necessidades deverá ser feita o mais atempadamente possível, normalmente até ao dia 30 de cada mês de setembro do ano anterior.

8. Armazenamento

Os armazéns deverão proceder diariamente à movimentação dos bens rececionados e proceder à arrumação dos mesmos.

O modo como os bens estão dispostos nos armazéns é por famílias e grupo, para facilitar a sua arrumação e tornar mais eficiente a distribuição.

Deve ser adotado o critério de arrumação definido pelo responsável do serviço (por. Exemplo LIFO ou FIFO). Também deverá ter-se em conta a arrumação dos materiais consoante a sua saída e movimentação diária, assim como a quantidade que deverá existir em stock e que espaço ocupará.

Os pedidos dos serviços são efetuados via aplicação informática em uso, tendo por base os níveis acordados previamente com o responsável do serviço utilizador ou de introdução manual (extra –acordo), nestes casos podem também ser classificados como “normais” ou “urgentes”, os pedidos classificados como urgentes serão atendidos no próprio dia.

Os Serviços Utilizadores podem devolver ao armazém bens nas seguintes situações:

1. Em excesso no stock do serviço (produtos que não prevejam utilizar ou que o consumo tenha reduzido);
2. Obsoletos;
3. Danificados, acompanhados da respetiva justificação;
4. Prazo de validade a expirar ou expirado.

A devolução é obrigatoriamente acompanhada de documento onde conste o serviço, o centro de custo, os códigos, as designações, lotes (se aplicável) e quantidade dos bens, assim como o motivo da sua devolução, o documento tem de ser assinado de forma legível pelo responsável do serviço utilizador e por um segundo elemento do serviço.

O bem deverá ser arrumado no local estabelecido tendo em conta as práticas e regras de armazenagem definidas, a guia de devolução deverá ser arquivada. No caso duma devolução ao armazém que possa originar uma devolução ao fornecedor, deverá informar-se a área de compras.

9. Distribuição

Conforme referido o fornecimento de bens para os diversos serviços utilizadores é efetuado através de **reposição por níveis**.

- Os níveis de stock são previamente acordados e definidos por grupos, com base na taxa de utilização média, lista de produtos e as respetivas quantidades e frequência do reabastecimento.

- Semanalmente o pessoal dos armazéns faz a contagem dos produtos existentes no serviço utilizador e repõe os que estiverem em falta até ao nível estabelecido.
- O sistema de reposição por níveis é essencial para monitorizar o consumo dos serviços, reduzir o volume de stocks em armazém, reduzir as ruturas e permitir que os recursos humanos do serviço utilizador possam estar adstritos a outras tarefas.

Arrumação Armazéns Avançados:

- Arrumar os produtos aviados em cada Armazém Avançado conforme orientações da Gestão de Armazém (FEFO ou no caso de não ter prazo de validade pela regra FIFO).
- Controlar as quantidades em Armazém Avançado dentro dos níveis pré-acordados e identificar excessos de material para devolução ao armazém.
- Garantir a correta etiquetagem e manutenção de todos os bens armazenados;
- Em todos os Armazéns Avançados deverá existir arquivado os níveis atualizados para que, em caso de necessidade, aquando de cada arrumação o funcionário possa consultar.

Arrumação em sistema robotizado:

A reposição utilizando um sistema semiautomático para a dispensa de medicamentos é composto por um conjunto de armários eletronicamente controlados. Estes armários são geridos por um software e estão integrados às aplicações informáticas utilizadas no Hospital. Tal como nos outros métodos de distribuição, é definido previamente um stock quantitativo e uma frequência para a reposição nos serviços. Cada vez que os produtos são retirados do armário, um consumo é registado ao serviço. Assim, sempre que um produto atinge um nível mínimo de stock, é automaticamente incluído na lista dos produtos que precisam ser repostos. A quantidade a ser reposta é calculada com base na diferença entre o stock atual e o stock máximo estabelecido.

A lista de produtos a serem repostos contém informações como o código, a quantidade mínima e existente no sistema semiautomático, a quantidade máxima definida e a quantidade a ser reposta. Neste caso, os produtos são colocados em sacos, prontos para serem repostos (fora das embalagens originais e/ou separados individualmente). Isso é feito para agilizar ao máximo a reposição. Ao repor os produtos, o colaborador deve sempre observar os prazos de validade, pois esse campo é preenchido obrigatoriamente durante a reposição. O menor prazo de validade deve ser registado para um futuro e correto controlo dos mesmos.

6. Conclusões

A presente dissertação pretendeu demonstrar a importância crucial que as boas práticas de um Serviço de Aprovisionamento têm de modo a garantir que as necessidades dos diversos serviços de um hospital são satisfeitas com eficácia e eficiência permitindo uma boa racionalização dos recursos existentes. O objetivo desta dissertação foi criar um manual de boas práticas no setor público para os serviços de aprovisionamento de hospitais públicos portugueses, afim de contribuir para uniformizar e aprofundar as boas práticas inerentes a um Serviço de Aprovisionamento hospitalar português.

Ao analisar as práticas a adotar por um Serviço de Aprovisionamento hospitalar, foram evidenciados diversos elementos-chave que contribuem para a eficácia e qualidade de todo o processo de aquisição de materiais, equipamentos e serviços essenciais.

Ao analisar as práticas que um Serviço de Aprovisionamento hospitalar deve adotar, identificaram-se elementos-chave que contribuem de maneira significativa para a eficácia e qualidade de todo o processo de aquisição de materiais, equipamentos e serviços essenciais. Dentre esses elementos, destaca-se a gestão de stocks, uma medida proativa orientada por indicadores que desempenha um papel fundamental no cumprimento das metas orçamentais de um hospital. A gestão adequada de stocks previne tanto a escassez quanto o excesso de materiais, contribuindo para a redução de desperdícios e custos desnecessários.

No entanto, é importante reconhecer que esta dissertação possui limitações, principalmente relacionadas à falta de documentação específica sobre os procedimentos internos dos Serviços de Aprovisionamento e boas práticas praticadas pelos hospitais públicos portugueses. A pesquisa baseou-se em livros e artigos, não conseguindo agrupar evidências quanto à implementação das práticas apresentadas nos hospitais. Sugere-se, portanto, a possibilidade de futuros estudos para investigar mais a fundo, talvez através de uma nova pesquisa que busque documentar as práticas em vigor nos hospitais e suas efetivas implementações.

Além disso, vislumbra-se a oportunidade de atualizar o atual manual de boas práticas, incluindo áreas adicionais de atuação, como os circuitos entre o Serviço de Aprovisionamento e os demais setores do hospital, bem como considerando a atualização de legislação relevante. Utilizando o manual como base de boas práticas nos serviços de aprovisionamento dos hospitais públicos portugueses, poderá ser possível estabelecer

indicadores de qualidade para comparação entre diferentes serviços, confirmando a eficácia dos procedimentos adotados.

Em resumo, as implementações das boas práticas definidas no manual de um Serviço de Aprovisionamento hospitalar contribuem para a melhoria da qualidade do atendimento ao utente, otimização dos recursos financeiros e garantia de um abastecimento adequado de materiais e serviços. Essas boas práticas e a disseminação do conhecimento adquirido nesta dissertação têm o potencial de promover melhorias significativas nos serviços de aprovisionamento dos hospitais públicos portugueses, beneficiando não apenas os utentes e os profissionais de saúde, mas também o sistema de saúde como um todo. A busca contínua pela excelência e pela eficiência nas boas práticas de aprovisionamento é crucial para uma prestação de serviços de saúde mais eficaz e sustentável.

Bibliografia

Almeida, A. A. (2002). A Gestão do Aproveitamento Hospitalar: Estudo dos Hospitais Públicos Portugueses, Dissertação de Doutoramento em Gestão, Universidade da Beira Interior (Portugal).

Almeida, A., e Lourenço, L. (2009). As diferenças regionais ao nível das práticas de aprovisionamento nos hospitais públicos portugueses. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 27(1), 81-94.

Almeida, P., e Cúrdia, A. (2018). Aproveitamento e Contratação. Almedina.

André, S. e Ferreira, António, (2020), Desafios da gestão em saúde: custos vs qualidade, Dissertação apresentada à Universidade Católica Portuguesa.

Araújo, Joaquim (2003). A Reforma do Serviço Nacional de Saúde: o novo contexto de Gestão Pública. Universidade do Minho: Núcleo de Estudos em Administração e Políticas Públicas. [Consulta 01 Mar 2023]. Disponível em [http://www.se7enproject.com/works/papers/NEAPPSerieI\(9\).pdf](http://www.se7enproject.com/works/papers/NEAPPSerieI(9).pdf).

Aurora, M., e Gigras, Y. (2018). Importance of Supply Chain Management in Healthcare of Third World Countries. *International Journal of Supply and Operations Management*, 5(1), 101–106.

Ballou, R. H. (2007). The Evolution and Future of Logistics and Supply Chain Management. *European Business Review*, 19(4), 332-348.

Barata, M. D. (1997). A Problemática de Gestão de Stocks - A Gestão de Stocks em Unidades de Saúde-Estabelecimentos Hospitalares, Dissertação de Mestrado em Gestão, Universidade da Beira Interior, Covilhã.

Barnard, C. I. (1971). Considerações preliminares sobre os sistemas cooperativos. As Funções do Executivo. São Paulo: Editora Atlas, 13-76.

Barros, P. P., Machado, S. R., Simões, J. D. A. (2007). Portugal: Health system review. *Health Systems in Transition*, Vol. 9, Nº 5, European Observatory on Health Systems and Policies.

Barros, P. P., Machado, S. R., Simões, J. D. A., e World Health Organization. (2011). Portugal: Health System Review. World Health Organization.

Baylina, P., e Moreira, P. (2012). Healthcare-associated infections—on developing effective control systems under a renewed healthcare management debate. *International Journal of Healthcare Management*, 5(2), 74-84.

Biscaia, A. R., e Heleno, L. C. V. (2017). Primary health care reform in Portugal: Portuguese, modern and innovative. *Ciência e saúde coletiva*, 22, 701-712.

Boislandelle, H. M. (s.d.). *Gestão dos Recursos Humanos nas PME*, Editora RÉS.

Bowden, D. E., e Smits, S. J. (2012). Managing in the context of healthcare's escalating technology and evolving culture. *Journal of Health Organization and Management*, 26(2), 149-157.

Briggs, D. S., e Isouard, G. (2016). The language of health reform and health management: critical issues in the management of health systems. *Asia Pacific Journal of Health Management*, 11(3), 38-44.

Carney, M. (2010). Challenges in healthcare delivery in an economic downturn, in the Republic of Ireland. *Journal of nursing management*, 18(5), 509-514.

Castro, C., Pereira, T., Sá, J. C., e Santos, G. (2020). Logistics reorganization and management of the ambulatory pharmacy of a local health unit in Portugal. *Evaluation and Program Planning*, 80.

Castro, C. I. P. Almeida (2018). *Reorganização Logística e Gestão da Farmácia de Ambulatório da ULSM*. Instituto Superior de Engenharia do Porto.

Ceartil, M. (1991). *Recursos Humanos: Eis a Questão*. Instituto de Apoio às Pequenas e médias empresas e ao investimento – ministério da indústria e energia; Edição n.º2.

Chiavenato, I. (1991). *Iniciação à Administração da Produção*. Publicação Mc Graw Hill.

Chiavenato, I. (1998). *Os novos paradigmas*. Editora Atlas S.A. Edição n.º5.

Christos, B., Vicky, M., e Constantinos, S. J. (2017). Optimizing e-procurement in hospitals: a practical framework. *Management*, 21(1), 11-14

Cinaroglu, S. (2016). Complexity in healthcare management: Why does Drucker describe healthcare organizations as a double-headed monster?. *International Journal of Healthcare Management*, 9(1), 11-17.

Código dos Contratos Públicos (2008). *Diário da República*, 1ª série, n.º 19, 127/2008 (2008-01-29).

Código do Imposto sobre o Rendimento das Pessoas Coletivas, art.º 63, [Consulta 20 Jul 2023]. Disponível em <https://diariodarepublica.pt/dr/legislacao-consolidada/lei/2014-64205634>.

Correia de Campos, A. (2008). *Reformas da Saúde. O Fio Condutor*. Edições Almedina, SA. Coimbra.

Costa, C. C. Medeiros, e Terra, António, C. P. (2019). *Compras públicas: para além da economicidade – Coleção Gestão Pública – ENAP*

Costa, João Alves Pires (2013) – *Implementação de Armazéns Avançados em Ambiente Hospitalar – Estudo de caso*. Guimarães: Universidade do Minho.

Costa, L. B. M., Filho, M. G., Rentes, A. F., Bertani, T. M., e Mardegan, R. (2017). Lean healthcare in developing countries: evidence from Brazilian hospitals. *The International journal of health planning and management*, 32(1), 99-120.

Cruz, A. T. J. O., 2017, *Transformação Digital – Inovação no processo de aprovisionamento no sector hospitalar*, Instituto Universitário de Lisboa.

Cruz, C. O., e Marques, R. C. (2012). *O Estado e as Parcerias Público-Privadas*. Editora Sílabo.

Cruz, M. B., e Nunes, R. (2016). Palliative care and the Portuguese health system. *Porto Biomedical Journal*, 1(2), 72-76.

De Vries, J. (2011). The shaping of inventory systems in health services: A stakeholder analysis. *International Journal of Production Economics*, 133(1), 60-69.

Decreto-Lei n.º 197/1999 (1999). *Diário da República*, 1ª série, n.º 132, 3644/1999 (1999-06-08).

Decreto-Lei n.º 234/2008, de 2 de dezembro. [Consult. 01 Mar 2023]. Disponível em <https://files.dre.pt/1s/2008/12/23300/0860008608.pdf>.

Decreto-Lei n.º 18/2017, de 10 de fevereiro. [Consult. 01 Mar 2023]. Disponível em <https://files.dre.pt/1s/2017/02/03000/0069400720.pdf>.

Decreto-Lei n.º 30/2018, de 7 de maio - Estabelece as regras a que devem obedecer as aquisições de serviços de viagens e alojamento no âmbito de deslocações em serviço público.

Decreto-Lei n.º 200/2018 (2018). *Diário da República*, 1ª série, n.º 195, 5887/2018 (2018-10-09).

Decreto-Lei n.º 109º-E/2021, de 9 de dezembro de 2021. [Consult. 23 maio 2023]. Disponível em http://bdjur.almedina.net/item.php?field=item_idvalue=2427276.

Despacho n.º 851-A/2017 (2017). *Diário da República*, 2.ª série, N.º 11, 128 (2017-01-16).

Ferreira, C. S. Farinha, (2015). Avaliação de fornecedores – definição de indicadores por setor de atividade, [Consult. 21 set. 2023]. Disponível em <https://run.unl.pt/handle/10362/16770>.

Ferreira, D. C., Marques, R. C., e Nunes, A. M. (2018). Economies of scope in the health sector: The case of Portuguese hospitals. *European Journal of Operational Research*, 266(2), 716-735.

Ferreira, D. C., e Marques, R. C. (2021). Public-private partnerships in health care services: Do they outperform public hospitals regarding quality and access? Evidence from Portugal. *Socio-Economic Planning Sciences*, 73.

Figuerola, C. A., Harrison, R., Chauhan, A., e Meyer, L. (2019). Priorities and challenges for health leadership and workforce management globally: a rapid review. *BMC health services research*, 19(1), 1-11.

Ford, E. W., Lowe, K. B., Silvera, G. B., Babik, D., e Huerta, T. R. (2018). Insider versus outsider executive succession: The relationship to hospital efficiency. *Health Care Management Review*, 43(1), 61-68.

Frankel, R., e Mollenkopf, D. A. (2015). Cross-functional integration revisited: Exploring the conceptual elephant. *Journal of Business Logistics*, 36(1), 18-24.

Ginter, P. M., Duncan, W. J., e Swayne, L. E. (2018). *The Strategic Management of Health Care Organizations*. John Wiley e Sons.

Gonçalves, L. S. (2005). Sistema de Informação. *Sistemas de Informação Gerenciais*. Pág. 49 – 53.

Groves, K. S. (2019). Examining the impact of succession management practices on organizational performance: A national study of US hospitals. *Health care management review*, 44(4), 356-365.

Harfouche, A. P. (2008). *Hospitais Transformados em Empresas Análise do Impacto na Eficiência: Estudo Comparativo*. Lisboa, ISCPS.

Gurgel Júnior, G. D., e Vieira, M. M. F. (2002). Qualidade total e administração hospitalar: explorando disjunções conceituais. *Ciência e Saúde Coletiva*, 7, 325-334.

Infarmed (2020). *Estatística do Medicamento e Produtos de saúde – 2018*, Vol. 28.

J'Aime, C. J., Landry, A. Y., Hearld, L. R., Weech-Maldonado, R., Snyder, S. W., e Patrician, P. A. (2019). Organizational and environmental factors influencing hospital community orientation. *Health care management review*, 44(3), 274-284.

Jeurissen, P., Duran, A., e Saltman, R. B. (2016). Uncomfortable realities: the challenge of creating real change in Europe's consolidating hospital sector. *BMC health services research*, 16, 15-23.

Jha, R. K., Sahay, B. S., e Charan, P. (2016). Healthcare operations management: a structured literature review. *Decision*, 43(3), 259-279.

Leggat, S. G., e Balding, C. (2013). Achieving organisational competence for clinical leadership: the role of high performance work systems. *Journal of health organization and management*, 27(3), 312-329.

Lei constitucional n.º 1/89. Diário da República n.º 155, 1º suplemento, Série I de 1989-07-08. 2-69. [Consult. 01 Mar 2023]. Disponível em <https://dre.pt/dre/detalhe/lei-constitucional/1-1989-496551>.

Lei n.º 35/2014 (2014). Lei Geral do Trabalho em Funções Públicas. Diário da República, 1ª série, n.º 117 (2014-06-20).

Lei n.º 48/90 (1990). Lei Orgânica do Ministério Público, Diário da República, 1ª série I, 195 (1990-08-24).

Lei n.º 27/02 (2002). Lei da Organização do Sistema Judiciário, Diário da República, 1ª série I-A, 258 (2002-11-08).

Lei n.º 19/2012 (2012). Lei da Concorrência. Diário da República, 1ª série, n.º 89, 89/2012 (2012-05-08).

Lei n.º 96/2015 (2015). Disponibilização e utilização das plataformas eletrónicas de contratação pública. Diário da República, 1ª série, n.º 158, 4548/2015 (2015-08-17).

Lei n.º 95/2019 (2019). Lei de Bases da Saúde. Diário da República, 1ª série, n.º 172, 4091/2019 (2019-09-04).

Lei n.º 30/2021 (2021). Medidas especiais de Contratação Pública. Diário da República, 1ª série, n.º 98, 1342/2021 (2021-05-21).

Louis, C. J., Clark, J. R., Gray, B., Brannon, D., e Parker, V. (2019). Service line structure and decision-maker attention in three health systems: implications for patient-centered care. *Health care management review*, 44(1), 41-56.

McCullough, C. S. (2009). *Evidence-Based Design for Healthcare Facilities*. Wiley.

Maluka, S. O., Hurtig, A. K., Sebastián, M. S., Shayo, E., Byskov, J., e Kamuzora, P. (2011). Decentralization and health care prioritization process in Tanzania: from national rhetoric to local reality. *The International journal of health planning and management*, 26(2), 102-120.

Manso, A. M. S. (1980). Contributo para a implementação de técnicas de gestão no Hospital Distrital de Braga. Curso de Administração Hospitalar. Escola Nacional de Saúde Pública, Lisboa.

Mantas, A. (1984). Serviço Nacional de Saúde. Quanto Custa? Como se Gasta?. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 2(3), 7-14.

Mathew, J., John, J., e Kumar, S. (2013). New Trends in Healthcare Supply chain. *Annals of POMS Conference Proceedings*, 1–10.

Matos, L. F. (2006). Dissertação de Doutoramento - A utilização do Balanced Scorecard para monitorar o desempenho de um Hospital. Escola de Engenharia, Universidade do Minho, Portugal.

Moons, K., Waeyenbergh, G., e Pintelon, L. (2019). Measuring the logistics performance of internal hospital supply chains—a literature study. *Omega*, 82, 205-217.

Nabelsi, V., e Gagnon, S. (2017). Information technology strategy for a patient-oriented, lean, and agile integration of hospital pharmacy and medical equipment supply chains. *International Journal of Production Research*, 55(14), 3929–3945.

Nogueira, F. M. D. (2008). Do desenvolvimento organizacional às compras hospitalares: três hospitais portugueses em análise. XIII Congresso Internacional del CLAD sobre la Reforma del Estado y de la Administración Pública. Buenos Aires, Argentina, 4-7 novembro.

Nunes, A. M. (2017). Direito à saúde em Portugal: delimitação jurídica do Serviço Nacional de Saúde. *Revista Brasileira de Direitos Fundamentais e Justiça*, 11(37), 17-34.

Nunes, A. M. (2018). A recuperação do Serviço Nacional de Saúde português: Novas perspectivas para a Política de Saúde. *Revista de Gestão em Sistemas de Saúde*, 7(1), 16-28.

Nunes, A. (2018), *Novas práticas de gestão hospitalar em Portugal – perceção dos gestores públicos*, publicado em *Saúde e Transformação Social*, ISSN 2178-7085, Florianópolis, v.9, n.1/2/3, 176-183.

Nunes, A. M., e de Matos, A. A. (2017). Experiências de gestão hospitalar realizadas em Portugal. *Revista Gestão e Saúde*, 8(2), 284-301.

Matos, A. e Nunes, A. (2019). Gestão Hospitalar em Portugal: Resultados Comparados entre Hospitais com Gestão Pública e em Parceria Público-Privadas. *Revista de Gestão em Sistemas de Saúde*, 8(2), 138-147.

Nunes, A. M., e Ferreira, D. C. (2019). Reforms in the Portuguese health care sector: challenges and proposals. *The International Journal of Health Planning and Management*, 34(1), 21-33.

Nunes, A. M., e Ferreira, D. C. (2019a). The health care reform in Portugal: Outcomes from both the New Public Management and the economic crisis. *The International journal of health planning and management*, 34(1), 196-215.

Octaviano, L., Lima, F. M. S. (2022). Influência da Gestão da Cadeia de Suprimentos Hospitalar nos Custos e Agregação de Valor. *Revista de Administração Hospitalar e Inovação em Saúde*, 19(1), 63-74.

Osório, P. (2009). Impacto da Implementação de Armazéns Avançados no Serviço de Urgência, Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente e Viatura Médica de Emergência e Reabilitação do Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia/Espinho, EPE. Vila Nova de Gaia.

Peixoto, G. S. (2021). A Importância Da Engenharia Clínica No Processo De Gestão Hospitalar. *Revista Científica Multidisciplinar Núcleo do Conhecimento*, 6(12), 14-26.

Portaria n.º 701-H/2018, de 29 de junho - Regulação do funcionamento e gestão do portal dos contratos públicos, denominado "Portal BASE".

Portaria n.º 82/2014, de 10 de abril, Artigo n.º 2.

Portaria 147/2016 de 19 de maio, Artigo 3º, n.º 1.

Portaria n.º 57/2018, de 26 de fevereiro - Projetos de obras públicas.

Portaria n.º 372/2017, de 14 de dezembro - Regras e termos de apresentação dos documentos de habilitação do adjudicatário.

Proença, J. et al. (2000). O Hospital Português. Publicação Vida Económica – Conferforum.

Reich, M. R., Harris, J., Ikegami, N., Maeda, A., Cashin, C., Araujo, E. C., Takemi, K. e Evans, T. G. (2016). Moving towards universal health coverage: lessons from 11 country studies. *The Lancet*, 387, 811-816.

Reich, M. R., Javadi, D., e Ghaffar, A. (2016). Introduction to the special issue on “effective leadership for health systems”. *Health Systems e Reform*, 2(3), 171-175.

Reijula, J., Reijula, E., e Reijula, K. (2016). Healthcare management challenges in two university hospitals. *International Journal of Healthcare Technology and Management*, 15(4), 308-325.

Reis, V. P. D. (2004). Gestão em saúde. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 22(1), 7-17.

Reis, V. (2007). *Gestão em saúde: um espaço de diferença*. Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública. Universidade Nova de Lisboa. 1ª edição, Schering-Plough, Lisboa.

Reis, R. L. (1975). Os Serviços de Aprovisionamento nos HCL: contribuição para a gestão económica dos stocks. Curso de Administração Hospitalar, Escola Nacional de Saúde Pública, Lisboa.

Reis, L. D., e Paulino, A. (1994). *Gestão dos stocks e compras*. Editora Internacional, Lisboa.

Reyes, D. J., Bekemeier, B., e Issel, L. M. (2014). Challenges faced by public health nursing leaders in hyperturbulent times. *Public Health Nursing*, 31(4), 344-353.

Rodrigues, L. A. C.; Ginó, A.; Sena C. e Dahlin, K. (2002). *Conhecer os Recursos Humanos do Serviço Nacional de Saúde*. Edições Colibri. Apifarma.

Rocha, J. (2020), *Um Olhar Sobre a Evolução da Gestão Hospitalar em Portugal*, Edições Almedina.

Ruthes, R. M., e Cunha, I. C. K. O. (2007). Os desafios da administração hospitalar na atualidade. *Revista de Administração em Saúde*, 9(35), 93-102.

Observatório Português dos Sistemas de Saúde. (2006). *Sentidos e Significados*. Relatório Primavera.

Observatório Português dos Sistemas de Saúde. (2007). *Luzes e Sombras - A Governação da Saúde*. Relatório Primavera.

Santos, J. M. S. (1984). *Gestão dos Stocks*. Secretaria de Estado do Orçamento. Direção Geral de Emprego e Formação da Administração Pública.

Senkubuge, F., Modisenyane, M., e Bishaw, T. (2014). Strengthening health systems by health sector reforms. *Global health action*, 7(1).

Simões, J. (2004). *Retrato Político da Saúde*. Almedina, Coimbra.

Simões, J., Augusto, G. F., Fronteira, I., e Hernández-Quevedo, C. (2017). Portugal: Health system review. *Health Syst Transit*, 19(2), 1-184.

Souza, C. C. F. (2008). O processo de recrutamento e seleção de pessoal, [Consult. 25 jan 2010]. Disponível em <http://www.jomar.pro.br/portal/modules/smartsection/item.php?itemid=22>.

Srinivasan, V., e Chandwani, R. (2014). HRM innovations in rapid growth contexts: the healthcare sector in India. *The International Journal of Human Resource Management*, 25(10), 1505-1525.

Stank, T. P., Pellathy, D. A., In, J., Mollenkopf, D. A., e Bell, J. E. (2017). New frontiers in logistics research: theorizing at the middle range. *Journal of Business Logistics*, 38(1), 6-17.

Taylor, A., e Groene, O. (2015). European hospital managers' perceptions of patient-centred care: a qualitative study on implementation and context. *Journal of health organization and management*, 29(6), 711-728.

Taytiwat, P., Briggs, D., Fraser, J., Minichiello, V., e Cruickshank, M. (2011). Lessons from understanding the role of community hospital director in Thailand: clinician versus manager. *The International Journal of Health Planning and Management*, 26(2), 48-67.

Teixeira, D. (2012). Armazém avançado em contexto hospitalar: Método de reposição por níveis. Relatório de Projeto apresentada à Universidade de Aveiro.

Yanamandra, R. (2018). Development of an integrated healthcare supply chain model. *Supply Chain Forum*, 19(2), 111–121.

West, M., e Dawson, J. (2012). *Employee Engagement and NHS Performance*. King's Fund.

World Health Organization, Global Health Workforce Alliance. (2014). Human resources for health: foundation for universal health coverage and the post-2015 development agenda. Report of the Third Global Forum on Human Resources for Health, 2013 November 10–13. Recife, Brazil: WHO.

Zerneti, P. (1996). *A Gestão de Stocks*. Editorial Presença.