UNIVERSIDADE DA BEIRA INTERIOR

DEPARTAMENTO DE GESTÃO E ECONOMIA

Tese de Doutoramento em Gestão

A GESTÃO DO APROVISIONAMENTO HOSPITALAR:

ESTUDO DOS HOSPITAIS PÚBLICOS PORTUGUESES

Anabela Antunes de Almeida

Covilhã, 2002

UNIVERSIDADE DA BEIRA INTERIOR

DEPARTAMENTO DE GESTÃO E ECONOMIA

A GESTÃO DO APROVISIONAMENTO HOSPITALAR: ESTUDO DOS HOSPITAIS PÚBLICOS PORTUGUESES

Anabela Antunes de Almeida

Tese de Doutoramento em Gestão realizada sob a Orientação Científica do Professor Doutor Rui Lopes dos Reis, da Universidade Nova de Lisboa e, do Professor Doutor Luís Lourenço, da Universidade da Beira Interior.

Covilhã, 2002

DEDICATÓRIA

À minha família,
Jorge, Vera e Margarida.

AGRADECIMENTOS

Uma tese de Doutoramento enquadra-se, frequentemente, num determinado ambiente do qual recebe contributos. Poderei afirmar que esse ambiente foi em muitos momentos favorável e propício para o culminar deste esforço. Assim, parece-me mais do que justo deixar aqui o meu agradecimentos às pessoas e instituições que de alguma forma contribuíram para a realização desta investigação.

Aos orientadores Professores Doutores Rui Lopes dos Reis e Luís António Nunes Lourenço, pela inestimável orientação científica, pelos seus ensinamentos científicos, mas também humanos, apoio documental e bibliográfico, estímulo, críticas construtivas e sugestões, que se revelaram muito oportunas e pela permanente disponibilidade que constituíram um contributo fundamental para a elaboração deste trabalho.

Ao Professor Doutor Mário Lino Raposo pela sua ajuda e apoio em vários momentos, ao longo de todo este trabalho.

Os meus agradecimentos estendem-se aos Dr. José Manuel Gil Barreiros, Dra. Isabel Andrade, Mestre António João Rodrigues, Dr. Jorge Soares, Sr. João Moreira e a todos os peritos que tiveram a amabilidade de colaborar na realização deste trabalho e se mostraram disponíveis para comigo discutirem ou transmitirem conhecimentos, pelo contributo dos seus comentários que possibilitou a elaboração do mesmo.

Os meus agradecimentos dirigem-se igualmente aos meus colegas, membros do corpo docente do Departamento de Gestão e Economia, especialmente à Susana, Mário, Luís, Paulo e Ricardo, bem como à D. Fernanda, secretária incansável e amiga, e aos técnicos de informática, aos funcionários da Biblioteca da Universidade da Beira Interior, em especial a Dra. Olga Abrantes, pelo empenho na obtenção de material bibliográfico necessário à prossecução deste trabalho.

Por outro lado, há que agradecer à Universidade da Beira Interior pela bolsa concedida (no âmbito do PRODEP), dispensa de serviço docente e por todas as condições proporcionadas para o desenvolvimento desta investigação.

Aos meus amigos, pelo estímulo e encorajamento que me dispensaram.

Aos meus Pais primeiros responsáveis, que tudo fizeram para eu chegar onde me encontro, ao Jorge, meu querido "redactor", às minhas filhas Vera e Margarida, por todo o apoio, ambiente de paz e harmonia, sempre proporcionados, pela paciência e principalmente pelo muito tempo que lhes tirei.

A todos, o meu

Bem hajam!

ÍNDICE GERAL

DEDICATÓRIA i
AGRADECIMENTOS ii
ÍNDICE GERAL iii
ÍNDICE DE FIGURAS vi
ÍNDICE DE QUADROS vii

I - INTRODUÇÃO
1 Enquadramento Do Problema 1
2 Objectivos Da Tese 3
3 Estrutura Da Tese 4

II - ORGANIZAÇÃO HOSPITALAR
1 Introdução 6
2 Os Serviços De Saúde Em Portugal 9
2.1 Objectivos Gerais 10
2.2 Evolução Dos Serviços De Saúde Em Portugal 11
3 O Hospital 27
3.1 Tipos De Hospital 31
3.1.1 Segundo A Entidade E Classificação 32
3.1.1.1 Hospital Público 32
3.1.1.2 Hospital Particular 36
3.1.2 Segundo A Modalidade 37
3.1.2.1 Hospital Geral 37
3.1.2.2 Hospital Especializado 37

III - O APROVISIONAMENTO HOSPITALAR
1 Conceito E Objectivo Da Função Aprovisionamento 38
2 O Serviço De Aprovisionamento Nos Hospitais Públicos Portugueses 40
2.1 Introdução 40
2.2 O Serviço De Aprovisionamento No Organograma Do Hospital 42
3 A Gestão De Materiais 44
3.1 Introdução 44
3.2 Tipologia De Abordagem Da Gestão De Materiais 47
3.2.1 Gestão Material De Materiais 47
3.2.2 Gestão Administrativa De Materiais 58
3.2.3 Gestão Económica De Materiais 58
3.3 Importância Da Gestão De Materiais Nos Hospitais 50
3.3.1 Factor Económico 53
3.3.2 Factor Informativo 54
3.3.3 Factor Cooperação 54
3.4 Análise Dos Stocks - Análise ABC 56
3.5 Previsão Das Necessidades 59
3.5.1 A Procura 60
3.5.2 Metodologia De Previsão Dos Consumos 60

3.6 GESTÃO ECONÓMICA DE MATERIAIS 62
3.6.1 Introdução 62
3.6.2 Custos 63
3.6.2.1 Custo de Aquisição 63
3.6.2.2 Custo de Encomenda 64
3.6.2.3 Custo de Posse 64
3.6.2.4 Outros Custos 65
3.6.3 Procura Dependente/ Independente 66
3.6.3.1 Procura Dependente 66
3.6.3.2 Procura Independente 66
3.6.4 Alguns Modelos 67
3.6.4.1 Lote Económico 67
3.6.4.2 Lote Económico de Produção Contínua 68
3.6.4.3 Lote Económico com Descontos de Quantidade 69
3.6.4.4 Lote Económico com limitação de armazenamento 69
3.6.4.5 Lote Económico com procura não constante 69
4 A Compra 71
4.1 Introdução 71
4.2 Fases Do Processo De Compra 74
4.3 As Compras Na Administração Pública 76
4.3.1 Introdução 76
4.3.2 As Compras Hospitalares 79
4.3.3 Formas De Aquisição 81
4.3.3.1 Introdução 81
4.3.3.2 Concurso Público 81
4.3.3.3 Concurso Limitado 82
4.3.3.4 Negociação 83
4.3.3.5 Consulta Prévia 83
4.3.3.6 Ajuste Directo 84
4.4 Documentação Base Do Serviço De Compras 84
4.5 Relação Com Os Fornecedores 85
4.5.1 Selecção Dos Fornecedores 86
4.5.2 Vantagens De Uma Única Fonte 87
4.5.3 Vantagens De Múltiplas Fontes 88
4.6 Centralização De Compras 89
4.6.1 Definição E Objectivos 89
4.6.2 Tipos De Centralização 93
4.6.3 Repercussões Práticas Da Centralização De Compras 96
4.6.3.1 Vantagens Da Centralização De Compras 96
4.6.3.2 Desvantagens Da Centralização De Compras 100
4.6.4 Experiências Em Portugal 105
4.6.4.1 Centralização De Compras A Nível Nacional 106
4.6.4.2 Centralização De Compras A Nível Distrital Ou Por Área 112

IV - METODOLOGIA DE INVESTIGAÇÃO
1 Questões De Investigação 114
2 Metodologia De Investigação 117
2.1 Introdução 117
2.2 A População Em Estudo 117
2.3 Método De Obtenção De Dados 118

2.4 O Questionário 121
2.5 Tratamento Da Informação 123
3 Dificuldades Sentidas 127

V - CARACTERIZAÇÃO DOS HOSPITAIS INVESTIGADOS E RESULTADOS
1 Caracterização Dos Hospitais Investigados 129
1.1 Caracterização Geral 129
1.2 Representatividade dos Hospitais respondentes 135
1.2.1 Número de camas 135
1.2.2 Indicadores de Produção 137
1.2.3 Comparações com Médias Nacionais 138
1.3 Caracterização dos Serviços de Aprovisionamento 140
1.3.1 Custos 141
1.3.2 Empenho Da Gestão De Topo 143
1.3.3 Sistemas Da Informação 146
1.3.4 Gestão De Materiais 149
1.3.5 Fornecedores 155
1.3.6 Compras 159
1.3.7 Compras Centralizadas 164
2 Análise Das Questões De Investigação 184
2.1 Introdução 184
2.2 Tipo De Hospital E As Práticas De Aprovisionamento 185
2.2.1 Tipo de Hospital versus Gestão de Materiais no Hospital 186
2.2.2 Tipo de Hospital versus Fornecedores do Hospital 188
2.2.3 Tipo de Hospital versus Práticas de Compras no Hospital 193
2.2.4 Tipo de Hospital versus Compras Centralizadas do Hospital 197
2.2.5 Conclusão 200
2.3 Região E As Práticas De Aprovisionamento 202
2.3.1. Região do Hospital versus Gestão de Materiais no Hospital 203
2.3.2. Região do Hospital versus Fornecedores do Hospital 214
2.3.3. Região do Hospital versus Práticas de Compras no Hospital 215
2.3.4. Região do Hospital versus Compras Centralizadas do Hospital 219
2.3.5. Conclusão 211
2.4. Tipologia de contrato e as Práticas de Aprovisionamento 212
2.4.1. Tipificação dos hospitais Respondentes - Análise Cluster 213
2.4.1.1. Identificação dos “clusters” 215
2.4.1.2. Caracterização dos “clusters” 217
2.4.1.3. Análise discriminante 219
2.4.2. Tipo de Contrato versus Gestão de Materiais no Hospital 224
2.4.3. Tipo de Contrato versus Fornecedores do Hospital 228
2.4.4. Tipo de Contrato versus Práticas de Compras no Hospital 233
2.4.5. Tipo de Contrato versus Compras Centralizadas do Hospital 238
2.4.6. Conclusão 244

VI - CONCLUSÕES
1 Conclusões Gerais 246
2 Sugestões para Futuras Investigações 261

BIBLIOGRAFIA 263
ANEXOS 296

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 2.1 - Cuidados de Saúde do Estado 8
Figura 2.2 - Organograma do Ministério da Saúde 25
Figura 2.3 - Conceito Hospital / Empresa 30
Figura 3.1 - Estrutura por Funções 43
Figura 3.2 - Estrutura por Famílias de artigos 43
Figura 3.3 - Gestão Material de Materiais 48
Figura 3.4 - Gestão Administrativa de Materiais 48
Figura 3.5 - Gestão Económica de Materiais 49
Figura 3.6 - Gastos de Saúde - Espanha 1999 54
Figura 3.7 - Importância da Gestão de Materiais no Orçamento do hospital 55
Figura 3.8 - Identificação de Materiais 72
Figura 5.1 - Grau de preocupação em relação à função gestão de stocks/aprovisionamento 144
Figura 5.2 - Dendograma 214
Figura 5.3 - Caracterização dos "clusters" por região 218
Figura 5.4 - Caracterização dos "clusters" por tipo de hospital 218
Figura 5.5 - Mapa Territorial 221
Figura 5.6 - Distribuição das observações em função das funções discriminantes 222

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 2.1 - Centros de Saúde por Região 24
Quadro 2.2 - Hospitais e Camas por Região 31
Quadro 2.3 - Total de Hospitais Públicos e de Camas Segundo a dependência Patrimonial por Região 33
Quadro 2.4 - Valências características de um Hospital Central e Distrital 35
Quadro 3.1 - Métodos de Previsão da Procura 61
Quadro 3.2 - Fases do processo de compra 75
Quadro 3.3 - Número de locadores ou fornecedores 84
Quadro 5.1 - Nº de Hospitais/Região 129
Quadro 5.2 - Tipo de Hospital / Região de Localização 130
Quadro 5.3 - Hospitais que responderam sua localização e nº de camas 131
Quadro 5.4 - Números médios de serviços 132
Quadro 5.5 - Taxa de Ocupação 133
Quadro 5.6 - Indicadores de Produção 134
Quadro 5.7 - Nº de Camas/Região 135
Quadro 5.8 - Comparação Nº Hospitais e Nº de Camas /Região 136
Quadro 5.9 - Nº de Camas/Tipo de Hospital 137
Quadro 5.10 - Nº Hospitais e Nº de Camas /Tipo de Hospital 137
Quadro 5.11 - Valores de Produção 138
Quadro 5.12 - Comparação com as Médias Nacionais 139
Quadro 5.13 - Conhecimento do valor dos Custo Total de Aprovisionamento dos produtos 141
Quadro 5.14 - Média do Custo de Aprovisionamento e Despesa Corrente (€) 142
Quadro 5.15 - Redução do Capital investido em stocks 143
Quadro 5.16 - Fornecimento de Informação aos Órgãos de Gestão 144
Quadro 5.17 - Empenho da Gestão de Topo / Tipo de Hospital 146
Quadro 5.18 - Sistemas de Informação 147
Quadro 5.19 - Utiliza sistemas de informação próprios nos equipamentos / Tipo de Hospital 148
Quadro 5.20 - Sistema de Inventário 149
Quadro 5.21 - Consumos regulares por armazém 150
Quadro 5.22 - Quantidade Económica de Encomenda 151
Quadro 5.23 - Stock de Segurança 152
Quadro 5.24 - Efeito de ruptura de stocks 153
Quadro 5.25 - Utiliza a Análise ABC 154
Quadro 5.26 - Fornecedores por item 155
Quadro 5.27 - Fornecedores por armazém 156
Quadro 5.28 - Formas para garantir os fornecimentos 156
Quadro 5.29 - Data prevista de entrega 157
Quadro 5.30 - Justificação dos atrasos 158
Quadro 5.31 - Penalizações aos atrasos 159
Quadro 5.32 - Documentos utilizados na área de compras 159
Quadro 5.33 - Nível médio de existências 160
Quadro 5.34 - Frequência de utilização dos vários tipos de contrato 160
Quadro 5.35 - Tempos Médios de realização por tipo de contrato 161
Quadro 5.36 - Políticas de encomendas 161
Quadro 5.37 - Factores em que se baseia a decisão de comprar 162

Quadro 5.38 - Meios de comunicação utilizados nas notas de encomenda 163
Quadro 5.39 - Artigos que deveriam ser adquiridos de forma centralizada 165
Quadro 5.40 - Compras centralizada por entidade promotora 166
Quadro 5.41 - Produtos adquiridos através compras centralizadas promovidas outras Entidades 167
Quadro 5.42 - Vantagens e Desvantagens das Compras Centralizadas, para o Hospital, quando são feitas através do organismo central 169
Quadro 5.43 - Vantagens e Desvantagens das Compras Centralizadas, para o Hospital que funciona como uma Central de Compras 170
Quadro 5.44 - Vantagens e Desvantagens das Compras Centralizadas, para os Hospitais aderentes uma Central de Compras de outro Hospital 172
Quadro 5.45 - Vantagens e Desvantagens das Compras Centralizadas, para os Hospitais aderentes a uma Central de Compras do Estado 174
Quadro 5.46 - Actuais formas de compras centralizadas 175
Quadro 5.47 - Qualidade dos artigos comprados de forma centralizada 176
Quadro 5.48 - Reclamações efectuadas 176
Quadro 5.49 - Resposta dada às solicitações/reclamações 177
Quadro 5.50 - Cumprimento dos contratos 177
Quadro 5.51 - Compras Centralizadas previstas 178
Quadro 5.52 - Funcionamento dos serviços centrais de aprovisionamento 178
Quadro 5.53 - Intervenção dos serviços aderentes 179
Quadro 5.54 - Competência das diversas operações no Cenário de Central de Compras 180
Quadro 5.55 - Competência das diversas operações no Cenário de Hospital Central de Compras 181
Quadro 5.56 - Competência das diversas operações no Cenário de Central de Compras do Estado 182
Quadro 5.57 - Adesão a uma central de compras 182
Quadro 5.58 - Probabilidade de Cumprimento de prazos de pagamento 183
Quadro 5.59 - Variáveis Significantes Para A Hipótese H11 187
Quadro 5.60 - Quantidade Económica De Encomenda / Tipo De Hospital 188
Quadro 5.61 - Variáveis Significantes Para A Hipótese H12 190
Quadro 5.62 - Fornecedores Por Armazém / Tipo De Hospital 191
Quadro 5.63 - Compras Directas E Notas De Encomenda Permanentes / Tipo De Hospital 191
Quadro 5.64 - Fornecimento Atempado De Materiais / Tipo De Hospital 192
Quadro 5.65 - Tipos De Penalizações / Tipo De Hospital 192
Quadro 5.66 - Variáveis Significantes Para A Hipótese H13 194
Quadro 5.67 - Políticas De Compras / Tipo De Hospital 195
Quadro 5.68 - Decisão De Comprar / Tipo De Hospital 196
Quadro 5.69 - Variáveis Significantes Para A Hipótese H14 198
Quadro 5.70 - Artigos Adquiridos Centralmente Promovidos Por Outras Entidades / Tipo De Hospital 199
Quadro 5.71 - Vantagens Das Compras Centralizadas / Tipo De Hospital 199
Quadro 5.72 - Reclamações / Tipo De Hospital 200
Quadro 5.73 - Compras Centralizadas Na Actualidade / Tipo De Hospital 200
Quadro 5.74 - Resumo Das Variáveis Significantes Para As Hipóteses H11, H12, H13 E H14 201
Quadro 5.75 - Variáveis significantes para a hipótese H21 204
Quadro 5.76 - Variáveis significantes para a hipótese H23 207

Quadro 5.77 - Periodicidade das encomendas / Região de localização 208
Quadro 5.78 - Duração dos contratos / Região de localização 209
Quadro 5.79 - Resumo das Variáveis significantes para as hipóteses H21, H22, H23 e H24 211
Quadro 5.80 - Número de Hospitais por Cluster 214
Quadro 5.81 - Frequência de Utilização dos Tipos de Contrato / Cluster 1 215
Quadro 5.82 - Frequência de Utilização dos Tipos de Contrato / Cluster 2 216
Quadro 5.83 - Frequência de Utilização dos Tipos de Contrato / Cluster 3 216
Quadro 5.84 - Nº de camas / "clusters" 217
Quadro 5.85 - Pairwise Group Comparisons 220
Quadro 5.86 - Classificação de Resultados 222
Quadro 5.87 - Classificações correctas feitas ao acaso 223
Quadro 5.88 - Variáveis significantes para a hipótese H31 225
Quadro 5.89 - Consumos regulares por armazém / Tipo de contrato 226
Quadro 5.90 - Quantidade Económica de Encomenda / Tipo de contrato 227
Quadro 5.91 - Variáveis significantes para a hipótese H32 229
Quadro 5.92 - Técnicas de fornecimento atempado de materiais / Tipo de contrato 230
Quadro 5.93 - Data prevista de entrega / Tipo de contrato 231
Quadro 5.94 - Justificação dos atrasos / Tipo de contrato 232
Quadro 5.95 - Tipos de Penalizações / Tipo de contrato 233
Quadro 5.96 - Variáveis significantes para a hipótese H 33 234
Quadro 5.97 - Documentos utilizados na área de compras / Tipo de contrato 234
Quadro 5.98 - Decisão de comprar - "Medianamente burocratizados" 235
Quadro 5.99 - Decisão de comprar - "Anti-burocracia" 236
Quadro 5.100 - Decisão de comprar - "Indiferentes" 236
Quadro 5.101 - Meios utilizados para comunicar com os fornecedores / Tipo de contrato 237
Quadro 5.102 - Variáveis significantes para a hipótese H34 239
Quadro 5.103 - Produtos a adquirir de forma centralizada / Tipo de contrato 240
Quadro 5.104 - Entidades que promovem Compras Centralizadas / Tipo de contrato 241
Quadro 5.105 - Justificação para o não cumprimento de contratos / Tipo de contrato 241
Quadro 5.106 - Cenário de compras centralizadas - Central de Compras / Tipo de contrato 242
Quadro 5.107 - Cenário de compras centralizadas - Hospital Central de Compras / Tipo de contrato 243
Quadro 5.108 - Cenário de compras centralizadas - Central de Compras do Estado / Tipo de contrato 243
Quadro 5.109 - Resumo das Variáveis significantes as hipóteses H31, H32, H33 e H34 244

I - INTRODUÇÃO

1 ENQUADRAMENTO DO PROBLEMA

Nas sociedades modernas, a importância do sector de prestação de cuidados médicos (usualmente designado por sector da Saúde) tem vindo a aumentar significativamente. Existem actualmente inúmeros estudos que documentam e procuram identificar os factores subjacentes ao acelerado crescimento das despesas em cuidados de Saúde[1].

A tensão entre a, cada vez maior, necessidade de obtenção de fundos para fazer face às despesas de Saúde e o crescente custo de oportunidade desses fundos, quer sejam públicos quer sejam privados, tem levado a iniciativas de reforma dos sistemas de Saúde, na generalidade dos países desenvolvidos.

A prestação de cuidados de Saúde conheceu neste século, três fases. Como refere Gomes, (1998, pág 17) "*Uma fase inicial, essencialmente caritativa, que durou cerca de 50 anos, até ao fim da 2ª Guerra Mundial. Uma segunda fase tecnológica, com uma evolução muito rápida, que determinou grande progresso no diagnóstico e tratamento de numerosas afecções. O custo dos cuidados de Saúde subiu vertiginosamente, o que determinou, em alguns países mais desenvolvidos, uma terceira fase: a da concorrência económica*".

A forma como são utilizados os recursos é determinante para os resultados que se pretendem alcançar. Sendo os recursos escassos, há que procurar optimizá-los em toda a sua extensão, de forma que se possa retirar o máximo de "rendibilidade" por cada unidade investida, e no sentido de caminhar para a optimização dos recursos a Lei de Base de Saúde [2] que, na sua Base XXXVI, já previa que a gestão das unidades de Saúde deve, dentro da medida do possível, obedecer a regras de gestão empresarial.

Tem sido relativamente consensual reconhecer-se que um dos principais problemas, verificado em Portugal, está na "eficiência" do sistema. Por exemplo, no relatório da

---

[1] A literatura existente é demasiado extensa para ser objecto de recensão no presente texto. Como referências úteis, vejam-se os estudos da OCDE (1992, 1994, 1996) e as referências neles contidas.

[2] Lei nº 48/90 de 24 de Agosto.

Associação Portuguesa de Economia da Saúde afirma-se que "*Portugal não gasta pouco em Saúde, gasta é mal os recursos disponíveis*" (APES, 1997 *in* Barros, 1997, pág. 2). A mesma ideia pode ser encontrada no documento do Conselho de Reflexão para a Saúde (CRES, 1997).

Pensa-se ser difícil aplicar uma gestão empresarial a hospitais, especialmente porque a legislação que suporta a sua orgânica e o seu funcionamento é praticamente um processo administrativo e burocrático, sem a flexibilidade necessária para uma gestão empresarial. Legislando-se de forma mais "aberta", será possível aos hospitais dotarem-se de princípios básicos que suportem o conjunto de decisões do acto de gestão dos recursos. Princípios estes que serão o suporte científico da arte de gerir e o garante de transparência da forma de gestão dos hospitais, nomeadamente quando se vêem obrigados a fazer escolhas.

Para dotar um Hospital de todos os meios necessários, é imprescindível identificar esses meios, em termos de quantidade, as respectivas especificações de qualidade e a da oportunidade de dispor dos mesmos. Para tanto, o hospital deve desenvolver um processo completo, desde a solicitação e determinação da aquisição, passando pela recepção, controlo de armazenamento e distribuição, até ao momento da aplicação e consumo segundo o que está estabelecido.

Neste processo pode-se destacar a gestão de materiais e a planificação das compras. Estas fases do processo, num hospital, devem ser continuadas e flexíveis, pois tem que se valorizar o entorno em que o hospital se insere, já que não é o mesmo planificar para um hospital de uma grande cidade, onde se encontram sediados um maior número de fornecedores, que para um que está localizado numa zona rural, onde estes não existem ou são escassos.

As compras hospitalares têm um papel muito significativo, pois chegam a representar valores entre 10% a 30% da despesa do exercício. Estas variam segundo o hospital seja Central, Distrital ou Centro Hospitalar e da dimensão em termos de número de camas, assim como das valências médicas, ou mesmo das tecnologias que estão disponíveis e onde as limitações em termos de acessibilidades se fazem notar grandemente.

Actualmente nos hospitais já se vai tomando consciência da importância que tem a área das compras pois, só em termos económicos, representa um grande "esforço" das despesas totais, logo a seguir aos encargos com o pessoal.

Tal afirmação obriga a um preocupação acrescida de organização e do seu funcionamento para o qual é necessário que trabalhem em uníssono os órgãos de gestão, direcção, organização e execução, com emissão de normas simples, válidas e unificadas que sirvam para a prossecução do bom funcionamento desta área.

O Professor Fernandez Pirla *in* Concheiro Santos e Dieguez Benito (s/d, pág. 2) na obra intitulada "*Politica y Gestión de Compras*" da Escuela Nacional Sanidad, afirma que "*toda a actividade que implica entrada, armazenamento e saídas de elementos com imputação económica, é susceptível de ser analisada com enfoque de economia empresarial, tanto para administrar com eficiência, como para dar relevo ao custo de alternativas escolhidas dentro do leque das possíveis opções que se apresentam, não sendo contraditórias com os objectivos assistências sociais de saúde e de confiança que o Hospital pretende atingir*".

É no sentido da optimização de recursos que se vai desenvolver a presente tese, restringindo-se a uma área específica que são os recursos materiais e o funcionamento dos serviços de aprovisionamento.

2 OBJECTIVOS DA TESE

Esta investigação incide na área do Aprovisionamento, em particular nas áreas da gestão de materiais e das compras no sector hospitalar público português. A área em análise reveste-se de grande importância para qualquer organização, e em particular para o sector da saúde, uma vez que, por um lado, envolve investimentos consideráveis, que embora não directamente produtivos constituem um encargo financeiro, por outro lado, esta área não pode ser vista como uma função isolada do hospital, mas sim como a função que primeiramente condiciona todo o processo produtivo hospitalar.

Uma vez que não foi identificado qualquer trabalho que servisse de guia e ponto de partida da análise da realidade portuguesa, no que diz respeito aos serviços de Aprovisionamento dos Hospitais Públicos Portugueses, decidiu-se efectuar uma caracterização geral desses serviços nos hospitais públicos de caracter geral (Hospitais Centrais, Distritais e Centros Hospitalares) existentes em Portugal.

Com a realização desta investigação pretende-se, contribuir para um conhecimento mais aprofundado da forma como se estruturam e funcionam os Serviços de Aprovisionamento dos Hospitais Públicos Portugueses, e em particular as práticas de gestão de materiais e de compras hospitalares implementadas.

Este conhecimento permitirá uma reflexão mais sustentada sobre alternativas do processo de gestão de compras, nomeadamente a sua centralização. Procurar-se-ão identificar aspectos que podem influenciar o desempenho nesta área., nomeadamente no que diz respeito ao tipo de hospital, à sua localização e à frequência de utilização dos diferentes tipos de contrato para aquisição de bens e serviços.

Assim foi formulado um conjunto de questões. A primeira questão está relacionada com os tipos de hospital existentes em Portugal e os seus comportamentos em termos de práticas de aprovisionamento. Com a segunda pretende-se compreender até que ponto existem em Portugal diferenças regionais relacionadas com as práticas no aprovisionamento. Finalmente a terceira questão diz respeito às diferenças de práticas em termos do tipo de contrato utilizados, pelos hospitais, para a aquisição de bens e serviços, ao nível das práticas do aprovisionamento.

3 ESTRUTURA DA TESE

A tese desenvolveu-se ao longo de seis capítulos. Neste primeiro capítulo introdutório é apresentado o tema em estudo, bem como a forma como a investigação se desenvolveu.

No segundo Capítulo procura-se efectuar uma breve descrição do meio envolvente das organizações em estudo - Os Hospitais Públicos Portugueses - referindo as características dos serviços de saúde, sua evolução, os tipos de hospital existentes em Portugal.

O Capítulo III divide-se em duas partes: a primeira é dedicada à função aprovisionamento, onde se clarifica o seu conceito, os objectivos e o seu posicionamento no organigrama do hospital, e a gestão de materiais, onde se apresenta uma tipologia para a sua abordagem, a sua importância nos hospitais, o método de análise de stocks e os custos associados aos materiais, a previsão das necessidades de materiais, a quantidade económica de encomenda e os stocks de segurança.

Na segunda parte, deste capítulo, apresenta-se a função de compra, referindo-se às fases do seu processo, aos procedimentos legais a que a compra pública está sujeita, à documentação envolvente, às relações com os fornecedores, e à questão da centralização de compras. Neste último ponto procura-se resumir, dentro de um contexto histórico, experiências efectuadas com o processo de centralização de compras, para se poder compreender a sua evolução em Portugal.

No Capítulo IV apresentam-se as questões de investigação, a metodologia proposta com a definição da população em estudo, os métodos de obtenção de dados, o questionário, todo o tratamento de informação efectuado e termina-se apontando as dificuldades sentidas ao longo da realização desta investigação.

O capítulo V divide-se em duas grandes partes: a primeira diz respeito à caracterização dos hospitais respondentes e dos respectivos serviços de aprovisionamento, não sem antes efectuar um estudo sobre a sua representatividade, analisando os valores do número de camas, dos indicadores de produção da amostra com as da população e comparando as médias nacionais e as da amostra de algumas variáveis. Na segunda parte apresenta-se todo o processo desenvolvido de análise e os resultados obtidos a fim de dar resposta às questões de investigação colocadas.

Finalmente no Capítulo VI, após a análise dos resultados obtidos, ao longo do capítulo anterior, procura retirar-se algumas conclusões e apresentam-se algumas sugestões para investigações futuras.

II - A ORGANIZAÇÃO HOSPITALAR

1 INTRODUÇÃO

Antes de se apresentar os pontos mais importantes sobre a temática do Aprovisionamento Hospitalar, parece oportuno proceder a uma caracterização do Sector da Saúde, em que os Hospitais estão inseridos, que, devido a todas as suas particularidades, condicionam o seu desempenho de forma decisiva.

As características do Sistema de Saúde assentam em componentes sociais e humanas, sua evolução e na complexidade da gestão a que os responsáveis pelos destinos dos hospitais. Isto acontece devido ao comportamento da sua produção à adequação, quase impossível, dos seus custos ao orçamento disponível, ao cumprimento dos procedimentos jurídicos/administrativos, isto sem esquecer que a prestação de cuidados de saúde, tem de assentar em componentes sociais e humanas.

Todas estas características obrigam a que os hospitais sejam organizados e geridos de uma forma cuidada e específica, não deixando, contudo, de se poder aplicar e potenciar situações típicas de uma gestão empresarial.

Se, por um lado, o financiamento aparece como um tópico central em todos os processos de reforma da Saúde, tendo sido, sempre, uma questão vital e determinante em qualquer processo de mudança nesta área (Ramos e Amaral, 1994), por outro lado, verifica-se que as despesas não têm parado de crescer, o que não induz, necessariamente, a melhores resultados. Já no início da década de setenta, as despesas com a saúde cresciam, na generalidade dos países desenvolvidos.

Hoje em dia, com os avanços registados em termos de conhecimentos científicos e com o desenvolvimento tecnológico esses custos estão a registar incrementos bastante acentuados (Barnes, Britton, Cantin, Milam e Miranda, 1999; Agency for Health Care Policy and Research, 1998), o que desviou a atenção dos analistas da necessidade de captação de recursos para o sector, centrando-a na questão da sua afectação eficiente (Lima, 1993).

Considerando que os cuidados de saúde constituem o produto intermédio do sistema, são caracterizados como bens heterogéneos. Isto tem justificação pelo facto de, estes bens, serem consumidos no momento da sua produção, por não ser possível a distinção entre os elementos de consumo e de investimento, pelos custos elevados que são exigidos, e ainda pela procura ser imprevisível, o que os diferencia de outros bens económicos.

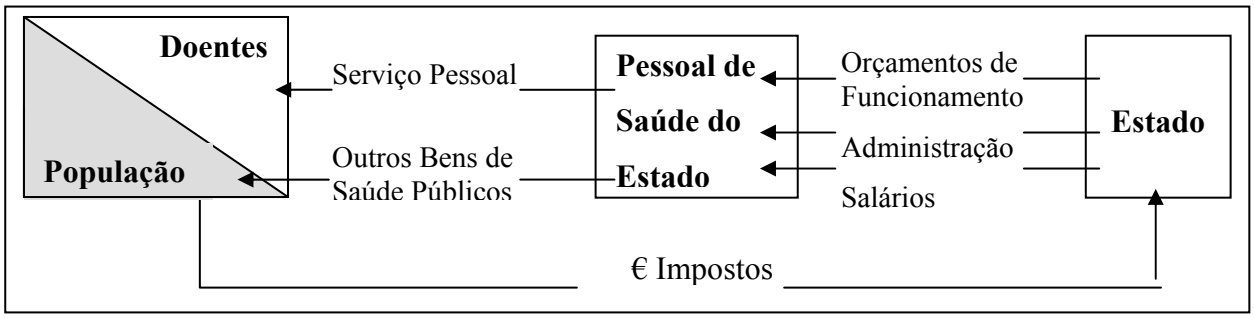
Os factores básicos que se encontram subjacentes às principais diferenças face a outros sectores da economia são vários, dos quais destaca-se os que se considera serem os mais importantes, segundo Ministério da Saúde (1995) são:

1 - A existência de um forte juízo de valor sobre tudo a que se relaciona com o sector da saúde, e que não se encontra presente na maioria dos outros sectores - os juízos de valor que cobrem o consumo do serviço "cuidados de saúde" são mais acentuados que na generalidade dos bens e serviços disponíveis na sociedade e traduzem-se no conceito de acesso universal.
2 - A presença dominante da incerteza - em termos de características básicas do sector, é um elemento preponderante: quanto, como tratar e o resultado.
3 - A existência de externalidades, isto é, as decisões individuais têm um efeito interno mas podem ter também um efeito externo adicional.

Todos os factores descritos levam a uma intervenção do Estado neste sector que é, regra geral, mais pronunciada que nos restantes sectores da sociedade e, contudo, menos questionada na razão da sua existência. Todavia quanto ao modo como essa intervenção do Estado se deve concretizar, existe mais discussão.

A presença do Estado altera, consideravelmente, o modo como os diferentes agentes interagem neste mercado. A sua intervenção abrange praticamente todos os aspectos do sector: profissionais da prestação de cuidados médicos, medicamentos, controles de preços, controle de equipamentos, actividades de investigação e desenvolvimento são alguns exemplos (Ministério da Saúde, 1995).

Os hospitais "produzem" serviços, por isso podem ser vistos numa perspectiva de produção, como qualquer outra organização produtiva de serviços. Assim a produção hospitalar obtém-se a partir da combinação de *inputs* ou factores de produção, de acordo com a tecnologia existente em determinado momento (Figura 2.1):



Fonte: Adaptado de Ferrinho (1999)

Figura 2.1- Cuidados de Saúde do Estado

A combinação óptima dos factores produtivos é uma das áreas onde mais se tem tentado progredir para reduzir o ritmo de crescimento dos gastos com a saúde. O recurso a técnicas de gestão empresarial é hoje habitual nas grandes unidades económicas do sector da saúde - os hospitais – e até em cuidados primários, se tem promovido um considerável esforço para criar e divulgar métodos que aumentem a sua eficiência.

Para o processo de produção do bem "*saúde*", que não se encontra disponível no mercado, contribui um conjunto amplo de variáveis indissociáveis do comportamento de cada um de nós. Grossman (1972), no seu modelo de produção de saúde, admitia ser a saúde um activo que as famílias produzem quando consomem outros bens e serviços, cujas características contribuem ou para a melhoria e manutenção da saúde ou para a sua diminuição. Nesta perspectiva, a produção de saúde será não só da responsabilidade dos Serviços de Saúde, que prestam cuidados de saúde, mas também do próprio consumidor que a valorizará de acordo com critérios pessoais (Lima, 1993).

O período de crescimento económico que se seguiu à II Guerra Mundial gerou recursos suficientes que possibilitaram a implementação de medidas de política social por parte dos poderes públicos, que, mercê de uma intervenção mais activa, tentaram corrigir as assimetrias distributivas causadas pelo sistema de mercado e criar um verdadeiro Estado de Bem Estar.

Foi neste período que se expandiram os sistemas de saúde nos diferentes países europeus, deixando o Estado de desempenhar um papel supletivo e passando a intervir activamente na produção e financiamento dos serviços prestados no sector. Assiste-se a uma evolução

em espiral dos sistemas de saúde e surge, consagrado na lei, o direito à saúde (Lima, 1993).

A par destes avanços, a formação dos administradores hospitalares também tem vindo a modificar-se. Desde há mais de 60 anos que a sua formação se apoia em considerável arsenal de técnicas de *management*, quer em métodos quantitativos de auxilio à tomada de decisão, quer em métodos psico-sociológicos de optimização do *input* (Logan, Klein, e Ashley, 1971; Manso, 1980; Marín Pozo, 1998; Sánchez, 1998; Segura, 1998; Martín Martín e Pérez López, 2001; Pérez Lázaro, 1999) originado nos recursos humanos.

Na última década assistiu-se à modificação, no mesmo sentido, dos objectivos de ensino dos administradores de saúde, nomeadamente os que têm a seu cargo a saúde das comunidades e a gestão de serviços locais de cuidados primários.

Este movimento tem, contudo, deparado com obstáculos estruturais, pois a distribuição do poder nas grandes unidades económicas, sobretudo os hospitais, não é clara. Os órgãos de administração limitam-se a compatibilizar e articular recursos, ou a procurar fontes para os ampliar. Os principais decisores da sua utilização são médicos, enfermeiros e paramédicos cuja responsabilidade administrativa é nula, raramente sendo, por isso, avaliada (Campos, 1981; Marín Pozo, 1998; Sánchez, 1998; Segura, 1998; Pérez Lázaro, 1999).

2 OS SERVIÇOS DE SAÚDE EM PORTUGAL

Neste ponto, ir-se-á proceder à caracterização dos Serviços de Saúde em Portugal e sua evolução, considerando apenas os momentos fundamentais dessa mesma evolução.

Os serviços de saúde em Portugal foram sendo organizados, ao longo do tempo, sem planeamento adequado e como resultante da herança do sistema tradicional da prestação de cuidados baseada, primeiro, nos curandeiros de aldeia e depois nas relações individuais médico/utente em complemento das actividades hospitalares, nascidas da vocação assistêncial das ordens religiosas e das misericórdias (Mota, 1996).

Para Ferreira (1989a, pág. 48), os serviços de saúde "*Durante muito tempo ... foram constituídos por três elos: um de ordem mais administrativa do que técnica, ligado à higiene…; outro, de ordem técnica, os hospitais para internamento de doentes…; e um terceiro, de atendimento geral de doentes, em regime de ambulatório…*".

A classificação dos serviços de saúde pode ser feita segundo diversos critérios, tendo por base geralmente uma concepção epidemiológica. Segundo Testa (1990), consoante o tipo de cuidados a prestar, definem-se, geralmente, três tipos de serviços de saúde: (1) prevenção primária, subdividida em promoção da saúde e em protecção específica; (2) prevenção secundária, que engloba o diagnóstico, tratamento e a limitação de incapacidades e (3) prevenção terciária, correspondente à reabilitação uma vez detida a doença.

Qualquer que seja a categoria escolhida, os serviços de saúde dividem-se em instituições e programas. Cada instituição prestará um ou mais serviços e cada serviço conterá um ou mais programas. Esta subdivisão é extremamente importante em planeamento da saúde visto que irá influenciar claramente a formulação de metas e de resultados (Bicho, 1995).

2.1 OBJECTIVOS GERAIS

Independentemente do seu modelo organizacional, pode-se apontar como objectivos dos serviços de saúde os seguintes:

- Eficiência – Garantindo que os cuidados sejam prestados com um nível de utilização dos recursos disponíveis aceitável pela sociedade (Ramos e Amaral, 1994; Barata, 1997). Assim, podem-se considerar três tipos de eficiência:
  - Eficiência macro-económica – as despesas de saúde consomem uma parcela adequada do PIB;
  - Eficiência micro-económica, ou eficiência distributiva – maximização dos resultados em termos de saúde e de satisfação dos utilizadores em relação à percentagem do PIB gasta em saúde e
  - Eficiência técnica e de custos – minimização dos recursos disponíveis (OCDE, 1992; Escoval, 1999).

- Equidade – Afectando os recursos de modo a promover uma distribuição justa dos benefícios (Ramos e Amaral, 1994; Barata, 1997), com garantia de igualdade de acesso de todos os doentes aos serviços de saúde, através de mecanismos de redistribuição da riqueza (OCDE, 1992; Escoval, 1999).

Ramos e Amaral (1994) acrescentam aos objectivos dos serviços de saúde apresentados, mais três:

- Eficácia – Promovendo o uso de técnicas clínicas que satisfaçam as necessidades individuais dos utentes melhorando o seu estado de saúde;
- Efectividade – Garantindo a melhoria do nível de saúde da população coberta e
- Solidariedade – Implicando que a prestação de serviços com elevado grau de humanização, dado estar em causa o ser humano.

Ainda, e de acordo com a OCDE (1992), existe uma convergência em relação aos principais objectivos definidos para as respectivas políticas de saúde e que se podem ainda agrupar da seguinte forma:

- Autonomia adequada para os prestadores - Reconhecimento de capacidade dos prestadores tomarem todas as decisões relativas às suas competências técnico-científicas e
- Liberdade de escolha pelos utilizadores, quer dos prestadores públicos quer dos privados - Possibilidade dos cidadãos utilizarem a rede pública ou privada de serviços de saúde.

Do ponto de vista da política social estes dois últimos objectivos devem ser considerados como meios e não como fins (Escoval, 1999).

2.2 EVOLUÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE EM PORTUGAL

Os serviços de saúde e em especial a organização hospitalar moderna são o resultado de uma tradição institucional e dos desenvolvimentos sociais e científicos contemporâneos. De instituições suportadas, em regra, por ordens religiosas e destinadas a acollher pobres e indigentes, o Hospital tornou-se durante o Século XX numa organização complexa, quer pelos recursos humanos altamente especializados a que recorre, quer pela tecnologia sofisticada a que os cuidados de saúde hoje obrigam (Vieira, 1994).

Várias reformas da saúde se têm verificado ao longo dos tempos em Portugal. Irão ser abordadas, tendo especial atenção nas que, terão, contribuído de uma forma determinante para a actual organização.

A assistência hospitalar, em Portugal, organizou-se com a fundação das Misericórdias, em 1498 pela Rainha D. Leonor, que rapidamente se constituíram numa rede hospitalar com cobertura nacional, e que sobreviveu até aos nossos dias.

As Misericórdias vieram centralizar e administrar todas as instituições assistenciais existentes (Barata, 1997), num total de catorze, e destas, uma objectivava a assistência aos enfermos, dando origem à "*irmandade de misericórdia das santas casas*" (Borba, 1985). A sua influência ampliou-se a tal ponto que ultrapassou o Atlântico e chegou até ao Brasil.

Nesse século (XV), verificou-se um grande aumento do número de hospitais nos centros urbanos e cada profissão tinha o seu hospital tradicional sob a invocação do santo patrono da respectiva corporação.

No século seguinte D. João II centralizou os hospitais e fundou o Hospital Real de Todos os Santos (em Lisboa), sendo este o primeiro hospital público português (Ferreira, 1989-b). Com os Descobrimentos Portugueses, vários destes hospitais foram disseminados no Novo Mundo, tendo até existido em Goa aquele que foi, por muitos considerado, o melhor hospital da Cristandade

O primeiro esboço da organização sanitária do país iniciou-se com a criação da Procuradoria-Mor de Saúde, cujo regimento foi definido por decreto de 15 de Dezembro de 1707. A primeira lei orgânica sobre a saúde apareceu em 1837, conhecida pela reforma de Passos Manuel, constituindo, com a reforma de 1868, as duas primeiras tentativas de actualizar o país face a novas experiências e conhecimentos (D.E.P.S., 1995). Em 1867, sob a responsabilidade do Bispo de Viseu, reformulou-se a actuação das Misericórdias no âmbito da prestação de cuidados de saúde (Moreira, 1993).

Assim, em 1899, sob o impulso de Ricardo Jorge é criado um sistema de promoção da saúde e de combate à doença, que só foi publicado e regulamentado em 1901 através do

Regulamento Geral da Saúde, que também foi da responsabilidade técnica do referido médico (Barata, 1997). Foi uma importante reforma, tendo sido criadas as Delegações de Saúde nos Distritos e o Instituto Central de Higiene, actual Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge.

A prestação directa dos cuidados de saúde à generalidade da população era assegurada pela clínica livre, cabendo ao Estado apenas a assistência médica (assistência pública) aos pobres e indigentes. Os cuidados hospitalares eram assegurados por hospitais públicos (Hospitais Centrais) e hospitais dependentes das Misericórdias (D.E.P.S., 1995).

Só na década de 30 do século XX é que se verificou o grande impulso na tecnologia médica, com a introdução das drogas anti-microbióticas e o desenvolvimento das técnicas de diagnóstico, surgindo assim, os primeiros traços de especialização médica. As práticas médicas tenderam a ser afastadas do lar dos doentes, ou do consultório dos médicos e foram introduzidas no hospital, iniciando-se a transformação do hospital como centro de acolhimento e custódia, para um espaço de diagnóstico e terapêutica (Schulz e Johson, 1990).

Antes da década de 30, os hospitais, eram construídos essencialmente com fundos provenientes da caridade individual ou organizada, foi só a partir desta data que a sua construção passou a ser suportada por verbas provenientes do sector público. Construíram-se, nesta altura, para além de inúmeros hospitais regionais, duas grandes unidades hospitalares polivalentes: o Hospital de Stª Maria, em 1930 e o de S. João, em 1940 (Ferreira, 1990).

Em 1945, com o Decreto nº 45108, tentou-se introduzir algumas alterações de fundo nos serviços de saúde e deu-se a reforma conhecida pelo Estatuto da Assistência Social (Decreto-Lei nº 35108, de 7 de Novembro). Esta reforma veio reorganizar os serviços de saúde e assistência criando duas direcções gerais (a da Saúde e a da Assistência). Criam-se, em simultâneo, sub-delegações de saúde nos concelhos que coordenavam e desenvolviam acções preventivas a nível local. Também foi através desta reforma que foram criados os institutos públicos tais como: Instituto de Assistência à Família, Instituto de Assistência a Menores, Instituto de Assistência Nacional aos Tuberculosos, etc.

Com o fim da II Guerra Mundial, houve um aumento do desenvolvimento de novas drogas e técnicas terapêuticas. A população utente passou a ter uma representação mental do hospital e do acto médico diferente, esperando que toda a doença fosse diagnosticada e curada. Os cuidados de saúde prestados no hospital deixaram de ser considerados um serviço caritativo (Vieira, 1994). Os hospitais eram o sustentáculo, praticamente único, dos sistemas de saúde, aonde todos acorriam para debelar padecimentos simples ou procurar tratamento para doenças graves (Delgado, 1999).

O crescimento económico do pós-guerra financiou a construção de grandes unidades hospitalares por toda a Europa e possibilitou a sua manutenção. Surgiu um fenómeno centrípeto em relação aos hospitais que se transformaram em grandes centros onde se concentrou a prestação de cuidados de saúde (Lima, 1993).

Para Ferreira (1989a), reforma do Estatuto da Assistência Social teve mérito ao alargar as acções das autoridades de saúde, mas, por outro lado, teve o grande inconveniente de estabelecer instituições de saúde autónomas, independentes umas das outras, complicando a coordenação de esforços para combate à doença e promoção da saúde, perturbando, também, a distribuição equilibrada dos recursos financeiros e a avaliação dos resultados.

Em 1958 criou-se o Ministério da Saúde, porém, tal facto não produziu alterações muito sensíveis. Os cuidados de saúde continuaram a ser prestados, fundamentalmente, por serviços e instituições particulares que coexistiam com as oficiais e semi-oficiais sem uma coordenação eficaz por parte da tutela.

Segundo a Lei nº 2011, de 2 de Abril de 1946, para efeitos de organização hospitalar, o País dividiu-se em zonas que, de acordo com o Decreto-Lei nº 48357, de 27 de Abril de 1968, constituíam unidades tecnicamente equipadas, por forma a que, em princípio, pudessem assegurar, autonomamente, toda a assistência exigida pelas áreas respectivas (Gomes e Dias, 1987).

Era a tentativa de criar um sistema unitário, coordenado e funcionalmente integrado, que respondesse às necessidades de cobertura médica do país (D.G.S., 1998a). Cada capital de distrito era sede de uma região. Como órgãos de coordenação regional e com jurisdição nas respectivas zonas hospitalares, havia três Comissões Inter-Hospitalares: a do norte

com sede no Porto, a do centro com sede em Coimbra e a do sul com sede em Lisboa. O Regulamento aprovado pela Portaria nº 18752, de 29 de Setembro de 1961, dotava estas comissões de autonomia administrativa e subordinadas à Direcção-Geral dos Hospitais (Gomes et al., 1987).

A estruturação da rede hospitalar do país foi incrementada a partir de 1962, com a criação da Direcção Geral dos Hospitais, prevista no Decreto-Lei nº 43853 de 1961. Seguiu-se-lhe, em 1968, a publicação dos Decretos-Lei nº 48357 e 48358 em 27 de Abril conhecidos, respectivamente, pelo Estatuto Hospitalar e pelo Regulamento Geral dos Hospitais e que constituíram um marco importante, não só no planeamento dos hospitais, como também na implementação de uma administração eficiente.

Esta legislação pretendia uma utilização racional dos recursos físicos e humanos, em que:

- Preconizava a restruturação administrativa dos maiores hospitais e constatava que o exercício da medicina se caracterizava pela especialização, procurando estabelecer regras a essa tendência;
- Ressaltava a importância da criação das carreiras médicas e doutros técnicos e a necessidade de reorganizar as estruturas dos serviços;
- Definia o hospital como tendo uma acção, simultaneamente, médica e social. Considerava que era de favorecer a colaboração entre o público e o privado. Estabelecia o dever de todos os hospitais, na medida das suas possibilidades, em colaborarem na investigação das ciências médicas, sociais e de administração hospitalar. Deviam ainda colaborar nos planos gerais de prevenção da doença, e
- Estabelecia que os Hospitais Gerais Oficiais gozavam de personalidade administrativa e autonomia financeira.

O Regulamento Geral dos Hospitais definiu, pela primeira vez, a estrutura dos hospitais, classificando-os, (Mota, 1996) quanto a:

- Área geográfica que serviam, em centrais, regionais e sub-regionais;
- Os serviços médicos de que dispunham, em gerais e especializados;
- Responsabilidade da Administração, em oficiais e particulares.

Esta perspectiva hospitalocêntrica, típica nas sociedades mais desenvolvidas no início da segunda metade do século passado, foi substancialmente questionada com o advento do movimento sanitário, nos fins dos anos 60. O aparecimento de uma nova filosofia para a saúde, assente em modelos preventivos sediados a montante dos hospitais, provocou a diminuição significativa do papel de intervenção destes e preparou o caminho para a criação de uma hierarquia técnica na prestação de cuidados, introduzindo as noções de cuidados primários, secundários e terciários e, mais tarde, de cuidados de reabilitação ou de apoio comunitário (Delgado, 1999).

Nem sempre, porém, esta evolução se processou com serenidade e bom senso, sendo visíveis testemunhos de excessos que relegaram os hospitais para um plano inferior aos cuidados primários e por estes comandados. Foi o caso, em Portugal, onde a realidade que sempre revelou um insofismável papel fundamental do Hospital, obrigou a desenvolver esforços deliberados, no início da década de setenta, para os absorver numa mega-estrutura de cuidados primários (Delgado, 1999).

Apesar do desenvolvimento registado na instalação dos Centros de Saúde a partir da década de 70, os hospitais portugueses continuaram a desempenhar um papel importante no Sistema de Saúde. Talvez em excesso, já que, ao contrário do que se preconiza, os Centros de Saúde e os cuidados primários em geral, não foram capazes de subtrair ao tratamento hospitalar, a procura que poderia ser atendida, aconselhada e tratada nessa primeira instância. De facto, os hospitais portugueses continuam a ser a âncora central e básica do Sistema de Saúde Português, lugar de acolhimento de pessoas com pequenas ou grandes queixas, com ou sem marcação, de forma programada ou urgente. O médico hospitalar substituiu frequentemente o médico de família, figura tenazmente defendida por todos mas que, na prática, pouco ou nada tem resultado.

Com a Reforma de 1971, os serviços de saúde foram reestruturados desde o nível governamental aos níveis central e local, compreendendo este, os escalões da região ou distrito, concelho e freguesia, responsáveis pela execução das actividades hierarquizadas da prestação de cuidados de saúde completos à população. Os hospitais foram categorizados em Centrais, Distritais e Concelhios, estes mais tarde reclassificados em Distritais (Despacho Ministerial de 27 de Fevereiro de 1983)

Esta reforma criou ainda uma rede de Centros de Saúde concelhia acompanhada da criação de postos de saúde para as freguesias (hoje designadas como Extensões de Saúde) (Mota, 1996), e que tinham uma actividade predominante nos cuidados de saúde primários e na saúde da mãe e da criança (D.E.P.S., 1995). Aos Centros de Saúde e às suas extensões competia uma nova abordagem para a saúde através da educação, prevenção e diagnóstico precoce.

Tratou-se de uma nova filosofia para combate à doença, a qual passava pela sua prevenção. Esta transformação libertou os hospitais da liderança de toda a assistência médica prestada aos cidadãos, cabendo-lhe um papel de retaguarda especializado no processo de tratamento e cura dos doentes. Como resultado desta dicotomia (preventiva e curativa), registaram-se alguns problemas inerentes à falta de articulação entre estas duas áreas, o que provocou ausência de continuidade na prestação de cuidados, acarretando prejuízos para os doentes e claro desperdício de recursos (Barata, 1997).

A Reforma de 1971, referida anteriormente, representou um marco histórico na implementação dos cuidados de saúde primários em Portugal, contudo, só sete anos mais tarde, esses cuidados foram recomendados a todos os governos como a base dos sistemas de saúde. Aquela recomendação foi realizada na célebre conferência de Alma-Ata (O.M.S., 1986), patrocinada pela O.M.S., que trouxe uma nova abordagem dos problemas da saúde, mais voltada para a educação, a prevenção e o diagnóstico precoce, do que para os cuidados hospitalares, de alta tecnologia e custo.

Em 1974, o Programa do Movimento das Forças Armadas preconizava a criação de um Serviço Nacional de Saúde e, em 1976, a Constituição Portuguesa, no seu Artigo 64º, deu expressão legal àquela pretensão. Generalizou-se na população a consciência de que o acesso à assistência sanitária era um direito de todos. Foi neste período posterior à revolução que se popularizou o recurso ao sistema sanitário público. A partir dessa altura, todos os indicadores de utilização registaram incrementos notáveis, reconhecendo-se constitucionalmente que o direito à saúde da população devia materializar-se na existência de um sistema sanitário público gratuito e com cobertura universal. A expansão do sistema foi gradual até à criação do Serviço Nacional de Saúde (S.N.S.) em 1979

(Paiva, 1993a). Através desta Reforma foram criados diferentes órgãos, com diferentes atribuições:

- De concepção, estudo, planeamento e programação geral representados pelo Gabinete de Estudos e Planeamento da saúde, pelo Instituto Nacional de Saúde e pelas Direcções Gerais, pela Secretaria Geral, pela Escola Nacional de Saúde Publica e o pelo Conselho Superior de Acção Social;
- De orientação intermédia, direcção executiva e avaliação representados pelas Direcções Gerais e pelas Inspecções Coordenadoras Regionais;
- E de acção directa local constituindo dois escalões:
  - A rede de cobertura médico-sanitária, com as actividades de saúde pública e de atendimento de doentes em regime de ambulatório e
  - A rede hospitalar constituída pelos estabelecimentos gerais e especializados (de internamento, de âmbito distrital e central).

Em 1974, os hospitais pertencentes às Confrarias das Misericórdias passaram para a posse do Estado que as indeminizou pela alienação dos bens através dos Decretos-Lei nºs 704/74 e 618/75 e foram criadas comissões instaladoras onde o médico passou a desempenhar um papel preponderante (Lima, 1993).

A integração no Ministério da Saúde dos Serviços da Previdência, bem como nacionalização dos hospitais das Misericórdias (Lima, 1993), foram alguns das estapas percorridas para a concretização do Serviço Nacional de Saúde, criado pela Lei nº 56/79 de 15 de Setembro (que nunca foi completamente regulamentado). A criação deste, foi a maior reforma empreendida em Portugal na estrutura e funcionamento dos serviços de saúde, uma vez que reorganizou, tanto a nível de serviços de coordenação e administração do sistema, como a nível de funções do pessoal sanitário (Paiva, 1993a). Mas tal reforma foi importante sobretudo pela extensão da população coberta pelo sistema sanitário público e pela uma nova filosofia dos cuidados de saúde, em que a assistência na doença pretendia ser tendencialmente universal e em que os preços não constituíssem uma barreira de acesso ao sistema. Teve ainda a virtude de inventariar os problemas da saúde e da doença no país e procurar as soluções adequadas para os mesmos (Mota, 1996).

Em 1977, revogou-se o Estatuto Hospitalar de 1968, com o Decreto-Lei nº 129/77, de 2 de Abril, que promulgou a Lei Orgânica Hospitalar, em que a gestão dos hospitais passou

a ser constituída por um órgão colegial, composto por um médico, um enfermeiro e um administrador de carreira. Mas esta forma organizativa não se revelou suficientemente sólida e tecnicamente fiável para, na comunidade, acolher o número crescente de doentes que reclamavam cuidados de reabilitação ou de simples manutenção. A evolução sócio-demográfica da sociedade portuguesa, de resto similar à maior parte dos países com idênticos níveis de desenvolvimento, mostrou uma população em acelerado processo de envelhecimento e com um número cada vez mais significativo de famílias mono-parentais.

Por sua vez, o isolamento e a solidão pressupunham, nestes casos, respostas sociais e sanitárias adequadas, mas que tardavam a desenvolver-se. Também aqui, o hospital público português foi respondendo como pode, contrariando por vezes prioridades óbvias ou suportando involuntariamente o peso adicional de doentes idosos em estadias de natureza social, como elucidativamente se demonstrou através das elevadíssimas taxas de ocupação de serviços de medicina interna (superiores em muitos casos a 100%) e de uma demora média relativamente elevada (em muitos casos superior a 12 dias) (Delgado, 1999).

Durante a década de 70, a revolução tecnológica nos meios auxiliares de diagnóstico e nos processos de tratamento (tomografia axial computorizada, ressonância magnética, endoscopia por fibra óptica, automatização das análises clínicas) assim como o aparecimento do transplante de órgãos, devido a um maior domínio das ciências básicas relacionadas com a imunologia (Vieira, 1994), constituíram algumas das causas da subida dos custos de unidades. Estas, com uma concentração excessiva de serviço, foram cada vez mais difíceis de gerir, com uma concentração excessiva de serviços, e que acabaram por enfrentar problemas financeiros, que a crise energética de 74 impediu de solucionar.

Nas décadas de 70 e 80, a administração do sistema hospitalar sofreu profundas remodelações nos países da Comunidade Europeia, deixou o poder de tutela de ser exercido a nível central e passando a ser descentralizado para as regiões e municípios e, paralelamente, foram abandonadas as direcções de tipo colegial e reforçadas as competências dos órgãos de gestão que passaram a utilizar técnicas de gestão de tipo empresarial. Em termos organizativos, o Hospital iniciou-se como uma organização centrada num médico isolado, do qual dependiam todos os outros profissionais, para um

outro tipo de organização no qual passou a ser crítico o esforço da equipa, em que entraram, não só médicos de várias especialidades, como ainda outros técnicos não-médicos. Deixou de ser uma organização destinada a indigentes. Tornou-se numa organização complexa, pela dimensão e pela alta tecnologia que incorporava, onde trabalham profissionais muitos diferenciados e encontraram abrigo todas as classes sociais. O acto médico terapêutico mais diferenciado deixou de ser feito em casa, quer pela pressão social, quer pelas exigências tecnológicas (Vieira, 1994).

Em 1986, com a intenção de racionalizar e rentabilizar os recursos do parque hospitalar e definir a rede hospitalar nacional, foram definidas as dimensões e características das valências básicas, intermédias, diferenciadas e altamente diferenciadas, e foram, também, delineadas as competências e nível de actuação dos diferentes tipos de hospitais, com a publicação de vários despachos ministeriais (Desp. 10/86, de 5 de Maio; Desp. 23/86 de 16 de Julho; Desp. 32/86 de 5 de Setembro e Desp. 36/86 de 3 de Novembro).

É dentro dos mesmos princípios que o Decreto-Lei nº 19/88 de 21 de Janeiro, que revogou o Decreto-Lei nº 129/77, estabelecendo novas regras sobre a gestão hospitalar, alterando os órgãos, a estrutura dos serviços e as regras de funcionamento global. O Decreto Regulamentar nº 3/88, de 22 de Janeiro, dando execução ao anterior, considerou como sendo inovador e importante para as exigências de funcionamento dos hospitais, a criação de centros de responsabilidade, estruturas funcionais que agrupavam vários centros de custos.

Todavia e apesar da existência do S.N.S. universal e gratuito, cerca de 24% da população portuguesa está coberta actualmente por esquemas de assistência sanitária próprios de certos grupos profissionais (os funcionários públicos, os militares, os funcionários bancários) e, em consequência, não recorre habitualmente ao sistema sanitário público.

Além disso, Campos (1991) afirma que, apenas 2% da população está coberta por um seguro de doença privado e que a distribuição funcional da despesa sanitária do Serviço Nacional de Saúde é tal que, aproximadamente 43% é destinada aos cuidados hospitalares, 33% aos cuidados primários e 21% a despesa com medicamentos. Esta despesa é, em todo o caso, integralmente financiada pelo Orçamento do Estado.

O esforço de financiamento privado das despesas de saúde (cerca de 40% do total) destina-se principalmente à despesa com medicamentos (54% daquele valor) e a consultas médicas. Contudo, 73% das hospitalizações e 67% das consultas médicas eram realizadas pelo S.N.S.; mas só 48% dos exames radiológicos e cerca de 30% das análises clínicas são feitas no S.N.S.. Igualmente só 48% das consultas a especialistas e 16% do tratamento de estomatologia são realizadas no sector público (Paiva, 1993b, D.G.S, 2000). Outros cuidados ambulatórios especializados, como é o caso, por exemplo, das diálises e da fisioterapia, efectuam-se predominantemente no sector privado, em centros cujos profissionais costumam exercer também no S.N.S.. Com efeito, "... a maioria dos médicos (e outros profissionais de saúde) que garantem o funcionamento dos centros privados, exercem habitualmente também no S.N.S.. Esta simultaneidade de funções conduz à sub-utilização dos meios e equipamentos dos hospitais públicos ..." (Paiva, 1993a, pág. 14).

Os hospitais que não são do sector público (4% das camas no sector com fins lucrativos e 18% das camas no sector não lucrativo) concentram a sua actividade na cirurgia de baixa complexidade e em partos (Campos et al., 1990). Assim, é possível dizer que a maior parte dos meios auxiliares de diagnóstico e tratamentos ambulatórios especializados são realizados pelo sector privado, enquanto que no que respeita à hospitalização em regime de internamento, o sector público é predominante.

Assistiu-se, nas décadas de 70 a 90, a um fenómeno inverso ao iniciado em 45, caracterizado por uma filosofia de "deshospitalização", deixando o hospital de ser o centro de concentração dos meios auxiliares de diagnóstico e terapêutica, passando a ser o local onde os doentes devem permanecer o menor tempo possível, e onde só devem entrar os que foram submetidos à triagem dos cuidados ambulatórios. Passam a construir-se hospitais de menor dimensão (de 400 a 500 camas), e individualizados por patologias (hospitais infantis, de doentes crónicos, de adultos) (Lima, 1993).

Também a Lei nº 48/90, de 24 de Agosto, - Lei de Bases da Saúde (diploma que veio substituir a Lei nº 56/79) nos termos da qual o Ministério da Saúde, tem como atribuições definir a política nacional de saúde, exercer as correspondentes funções normativas, promover e avaliar a sua execução e coordenar a sua acção com a dos Ministérios que tutelam áreas conexas. Esta efectivação do direito à protecção à saúde é feita, nos termos da Base IV daquela Lei através do sistema de saúde, que congrega os serviços próprios do

Estado bem como entidades privadas com quem são celebrados acordos para a prestação de cuidados.

De acordo com a base XII o sistema de saúde é, assim, constituído pelo Serviço Nacional de Saúde (S.N.S.) e por todas as entidades públicas que desenvolvem actividades e promoção, prevenção e tratamento na área da saúde, bem como por todas as entidades privadas e por todos os profissionais livres que acordem com a primeira a prestação de todas ou de algumas daquelas actividades.

Para a prestação de outros cuidados de saúde, além dos que são prestados pelas instituições e serviços oficiais, podem também ser celebrados contratos com estabelecimentos privados e com profissionais em regime de profissão liberal, constituindo-se assim a rede nacional de prestação de cuidados de saúde (D.E.P.S., 1995).

A disponibilidade de novas tecnologias, o número crescente de médicos e a expansão dos seguros de saúde, ligados ao sistema de pagamento ao acto, provocam um rápido crescimento da procura de meios complementares de diagnóstico, intervenções e tratamentos, cada vez mais caros.

Foi publicado o Estatuto do Serviço Nacional de Saúde (Decreto Lei 11/93, de 15 de Janeiro), de forma a integrar serviços e centros de decisão, com os seguintes objectivos (A.P.A.H., 1993): (1) dotar o S.N.S. de uma estrutura vertical, compreensiva e integrada, de prestação de cuidados; (2) descentralizar e desconcentrar atribuições e competências, aproximando a gestão dos recursos dos respectivos destinatários através da criação de Regiões de saúde; (3) criar condições para a viabilização de formas alternativas de financiamento do S.N.S.; (4) incentivar a produtividade dos prestadores proporcionando-lhes um envolvimento directo na gestão de instituições e serviços; (5) promover a clara separação entre as prestações em regime púbico e as prestações em regime privado e (6) introduzir mecanismos que promovam e garantam a qualidade dos cuidados prestados.

São cinco as regiões de saúde (regulamentadas pelo Decreto-Lei nº 335/93, de 29 de Setembro), correspondentes, no Continente, à divisão geográfica dos distritos:

- Norte, com sede no Porto e com área coincidente com a dos distritos de Braga, Bragança, Porto, Viana do Castelo e Vila Real;

- Centro, com sede em Coimbra e com área coincidente com a dos distritos de Aveiro, Castelo Branco, Coimbra, Guarda, Leiria e Viseu;
- Lisboa e Vale do Tejo, com sede em Lisboa e com área coincidente com a dos distritos de Lisboa, Santarém e Setúbal;
- Alentejo, com sede em Évora e com área coincidente com a dos distritos de Beja, Évora e Portalegre e
- Algarve, com sede em Faro e com área coincidente com a do distrito de Faro.

As ARS's têm autonomia administrativa e financeira e património próprio, cabendo-lhes funções de planeamento, distribuição de recursos, orientação e coordenação de actividades, gestão de recursos humanos, apoio técnico e administrativo e ainda de avaliação do funcionamento das instituições e serviços prestadores de cuidados de saúde. Para além dos órgãos de administração das ARS, existem os conselhos regionais de saúde e as comissões concelhias de saúde que são órgãos de consulta (D.E.P.S., 1995).

Assim, a administração e o planeamento dos serviços de saúde estão organizados em dois níveis: o nível nacional, do qual dependem os Hospitais Centrais e Distritais, e o nível regional (as Administrações Regionais de saúde - ARS's - coordenadas centralmente pela Direcção Geral dos Cuidados de Saúde Primários) do qual dependem os 386 Centros de saúde que têm a responsabilidade dos cuidados primários, embora fora dos grandes centros urbanos tenham também, por vezes, internamento (Quadro 2.1).

Esta dupla estrutura de poderes faz com que exista pouca coordenação entre cuidados hospitalares e assistência primária, apesar da sua necessidade ser reconhecida, com cada vez com maior intensidade dado o impacto da medicina comunitária e preventiva. Esta dualidade do sistema tem como consequência que, nas áreas urbanas, o internamento nos grandes hospitais passa quase exclusivamente pelas urgências (Campos, 1990).

Quadro 2.1 - Centros de Saúde por Região

Regiões	Centros de Saúde
Norte	101
Centro	109
Lisboa e Vale do Tejo	115
Alentejo	44
Algarve	16
Açores	(1)
Madeira	1
TOTAL	**386**

Fonte: Baseado na informação contida em Reis (2000) "*Anuário Sanitário Portugal 1999*".

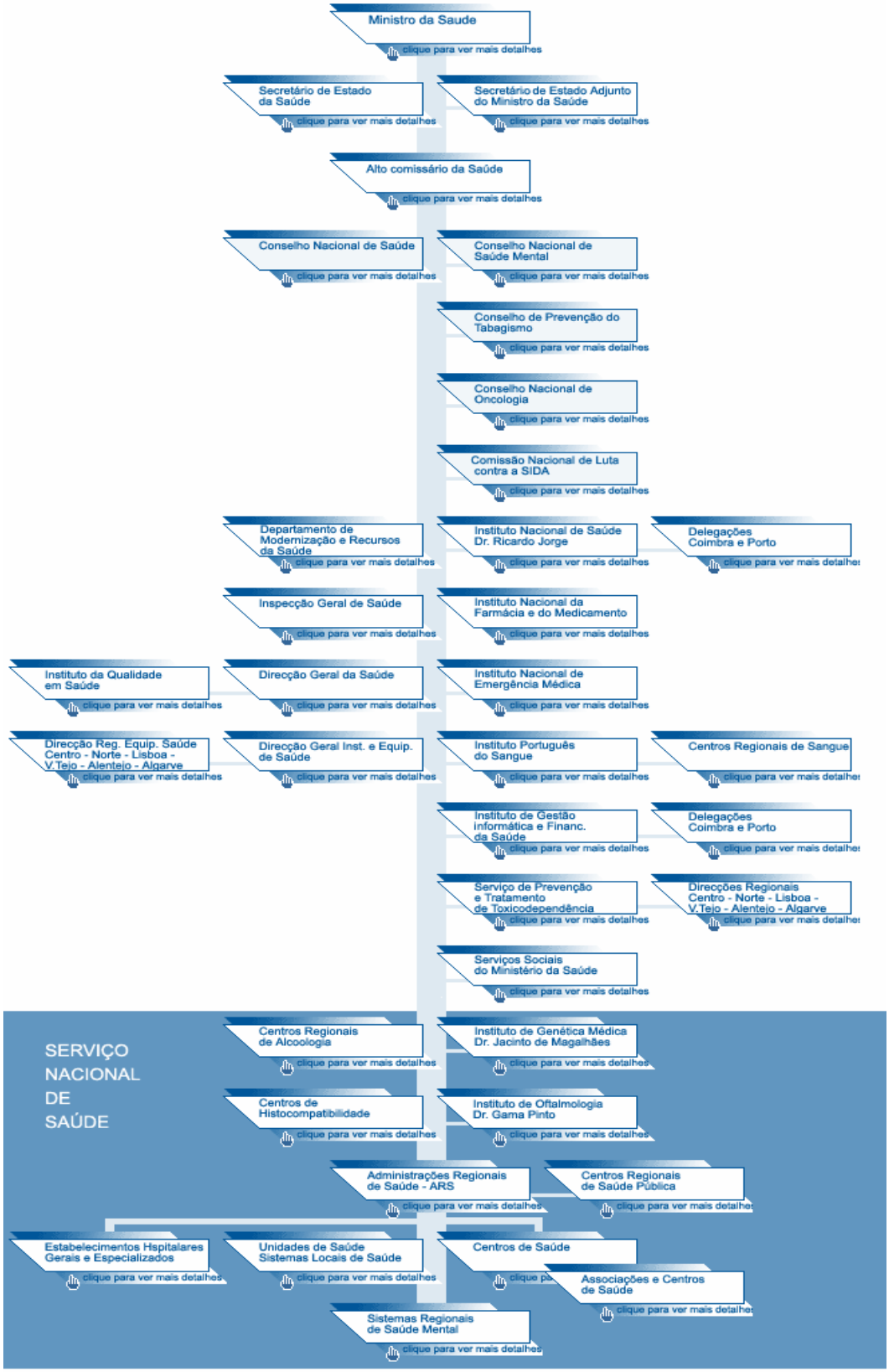
Ao Ministério da Saúde, de acordo com a respectiva Lei Orgânica, aprovada pelo Decreto - Lei nº 10/93 de 15 de Janeiro, cabe propor a definição da política nacional de saúde, exercer as correspondentes funções normativas, bem como promover e avaliar a respectiva execução. Para isso dispõe, além de um órgão consultivo (o Conselho Nacional de Saúde), de serviços centrais e de serviços personalizados que exercem, relativamente às actividades e prestações de saúde desenvolvidas, pelo sector privado integrados ou não no sistema de saúde, incluindo os profissionais nelas envolvidos, funções de inspecção e fiscalização.

São Serviços Centrais, a Secretaria-Geral (S.G.), a Inspecção-Geral da Saúde (I.G.S.), a Direcção-Geral da Saúde (D.G.S.), a Direcção-Geral das Instalações e Equipamento da Saúde (D.O.I.E.S.), o Departamento de Estudos e Planeamento da Saúde (D.E.P.S.) e o Departamento de Recursos Humanos da Saúde (D.R.H.S.).

São Serviços Personalizados, o Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge (I.N.S.A.), o Instituto Nacional da Farmácia e do Medicamento (I.N.F.A.R.M.E.D.), o Instituto Nacional de Emergência Médica (I.N.E.M.), o Instituto Português do Sangue (I.P.S.), o Serviço de Prevenção e Tratamento da Toxicodependência (S.P.I.T.), o Instituto de Gestão Informática e Financeira (I.G.I.F.) e os Serviços Sociais.

Em cada Região Autónoma existe uma Secretaria Regional dos Assuntos Sociais e uma Direcção Geral de Saúde dependente daquela (Figura 2.1).

[1] Em Reis (2000) não é feita qualquer referência a Centros de Saúde dos Açores.



Fonte: http://www.min-saude.pt/organograma/index.asp

Figura 2.1 - Organograma do Ministério da Saúde

Não obstante as suas intenções de universalidade, este sistema foi incapaz de cobrir a totalidade da população sendo substituído, na parte restante, pelos subsistemas existentes. O S.N.S. cobre cerca de 76% da população portuguesa, desde trabalhadores agrícolas e das indústrias, até ao nível dos portugueses da classe média baixa. Funcionários públicos, forças militares e militarizadas, empregados bancários e de companhias de seguros e a maior parte dos trabalhadores das grandes empresas públicas estão abrangidos por esquemas especiais (Campos, 1990).

Assim, os hospitais portugueses inserem-se num cenário pouco propício a que estes desenvolvam a uma actividade adequada ao seu nível de especialização, como unidades de referência e não de primeiro acesso, essencialmente programadas e não de urgência e destinadas ao atendimento e tratamento de doentes agudos e não doentes crónicos ou de evolução prolongada. Neste contexto ainda se estava um pouco como nos anos 50, em que persistia uma perspectiva hospitalocêntrica com que ninguém, reflectidamente, concordava mas em que, involuntariamente, todos, profissionais, utentes, políticos e líderes de opinião eram cúmplices (Delgado, 1999).

Parece elementar, segundo Delgado (1999), referir que qualquer mudança, com impacte visível e sustentado, no sector hospitalar, pressupõe uma clarificação prévia sobre o papel do Hospital no contexto do sistema prestador e das sinergias, colaborações, afiliações, articulações e integrações que se queiram a partir daí, definir e fazer cumprir.

Para além dos aspectos já referidos, de insuficiências dos cuidados primários e comunitários e do divórcio entre a medicina familiar e a medicina hospitalar, são hoje relativamente consensuais, alguns diagnósticos que apontam para os seguintes factores externos de entropia (Delgado, 1999): o modelo de financiamento inadequado, a ausência de mecanismos de concorrência, o modelo burocrático de gestão, a acumulação do exercício hospitalar público com a actividade privada e o peso dos Serviços de Urgência.

Os hospitais, com o seu estatuto de propriedade mais corrente, não procuram em geral a maximização do lucro, e consequentemente pode-se prever que não se cumprirão os equilíbrios competitivos que a teoria da produção pressupõe para a empresa que maximiza o lucro e actua num contexto de concorrência perfeita, que é suposta ser inteiramente eficiente.

3 O HOSPITAL

O hospital público português tem sido enquadrado naquilo que hoje se designa como administração indirecta do Estado. É e tem sido um instituto público, mais precisamente um estabelecimento público dotado de personalidade jurídica e, em consequência, com órgãos próprios, bem como com autonomia administrativa, financeira e patrimonial. Qualificação jurídica que revela a preocupação de concessão de alguma autonomia (GTEJH, 1997).

De facto:

- a autonomia financeira continua a ser a capacidade de cobrança de receitas próprias que podem ser aplicadas em execução de orçamentos privativos e às despesas nele previstas;
- a autonomia patrimonial, também tem um sentido financeiro porque a atribuição de personalidade jurídica envolve a capacidade de dispôr de bens e direitos susceptíveis de avaliação pecuniária – o conceito financeiro de património – e portanto, o poder de ter património próprio e dele dispôr dentro dos condicionalismos legais;
- a autonomia administrativa é entendida pela legislação da contabilidade pública como a competência para a realização de despesas e seu pagamento, bem como para a prática de actos administrativos, definitivos e executórios.

O hospital público é financiado por orçamento global calculado pelos programas que lhe é atribuído e pelos seus índices de funcionamento de que os Grupos de Diagnósticos Homogéneos (GDH's) são um exemplo (Mendo, 1995; Young 1989b; Pattison e Katz, 1983; Fetter, 1991) e é autónomo, significando essa autonomia que será julgado pelos seus resultados (Costa, 94; Pereira e Pinto, 1992; Urbano, 1994; Mantas, Tranquada, Silva e Santos, 1985; Pérez Marcos, Vázquez Vásquez, Margusino Framiñán, Feal Cortizas, e Calvín Lamas, 1998; Gilman, 2000; Nauert, 2000). Dispõe, também, de autoridade para gerir o seu pessoal, de acordo com o orçamento disponível e pode associar-se ou contratar serviços com outras instituições públicas ou privadas, com vista a cumprir os programas que lhe foram atribuídos.

Os hospitais são organizações complexas, que concentram recursos muito variados e sofisticados, e cuja actividade tem um significativo impacte económico. Todavia, nem sempre os hospitais tiveram a mesma expressão no contexto dos Sistemas de Saúde. Com base no conceito preconizado pelo Instituto Nacional de Estatística (I.N.E., 1998), D.G.S. (1998a) e pelo Departamento de Estudos e Planeamento da Saúde (D.E.P.S., 1997). Pode afirmar-se que o Hospital é o estabelecimento de saúde com serviços diferenciados, dotado de capacidade de internamento, de ambulatório (consulta e urgência) e de meios de diagnóstico e de terapêutica, cujo objectivo é prestar à população assistência médica curativa e de reabilitação, competindo-lhe também colaborar na prevenção da doença, no ensino e na investigação científica e cujo objectivo nuclear é a prestação de cuidados de saúde 24 horas por dia.

Dentro da afirmação, hoje pacífica, de que a evolução do sistema hospitalar aponta claramente no sentido de uma dinâmica própria, a que subjaze uma unidade muito complexa onde se produzem bens e serviços, a sua gestão tem, necessariamente, de assentar em suportes compatíveis. Estes suportes, de forma alguma, podem coincidir ou identificar-se com a situação relativamente bloqueante, como continua ainda a ser a actual, de um serviço público que, se não em teoria, pelo menos na prática, alinha a par dos que vivem integrados na gestão directa do Estado (Decreto Lei nº 19/88, de 21 de Janeiro).

A sua actuação deve ser efectivada de forma conjunta e articulada com as demais instituições, no quadro de uma rede de referenciação hospitalar (D.G.S., 1998a). Deve ter capacidade de organização, para se adequar às reais necessidades de saúde da população, de forma a que os resultados da sua prestação ou desempenho correspondam a ganhos em saúde. A sua vocação natural é a produção de serviços, e não de bens. Ao serviço estão associadas características específicas que lhe garantem, à partida, uma abordagem muito particular. O serviço é intangível, variável onde a produção e o consumo são simultâneos assim não é possível armazená-lo (Guerreiro e Mendes, 2000).

Num hospital sem fins lucrativos e de orientação comunitária – em que todas as pessoas com necessidades de assistência à saúde e que se encontram na comunidade vizinha, são utentes potenciais -, torna-se mais delicada a gestão, por um lado, da produção de um serviço cujo padrão de qualidade deve ser o mais homogéneo possível e, por outro, da teia

de relações que se estabelecem entre a instituição e os seus profissionais (Guerreiro et al., 2000).

Desenvolve-se, ao longo dos tempos, o conceito de hospital partindo do hospital asilo até ao presente, dando particular ênfase ao desenvolvimento tecnológico, induzido pelas novas necessidades das comunidades e pela transformação dos padrões de morbi-mortalidade (D.G.S., 1998b). Esta transformação implica um papel diferente atribuído ao hospital do futuro, que se traduz nas seguintes inovações:

- técnicas menos invasivas (diminuindo as cirurgias), com a consequente diminuição dos internamentos:
- novas abordagens aos problemas dos doentes crónicos (pessoas idosas, patologias degenerativas, sida, etc), implicando a prestação de cuidados no âmbito dos sistemas locais de saúde e com recurso as técnicas de comunicação à distância.

Estas razões endógenas e exógenas implicam a alteração das modalidades de financiamento dos hospitais. São as decisões políticas que determinam se o hospital deve desempenhar um papel social (D.G.S., 1998b). Nesta perspectiva, o hospital do futuro seria mais um elemento da rede – modelo baseado no reconhecimento mútuo – em que as inter-relações seriam reguladas pelo mercado ou pela contratualização, exigindo-se, neste caso, um novo sistema jurídico que integre e fixe o papel de cada uma das instituições no sistema prestador de cuidados.

Borba (1985, pág. 35) afirmava "... o *Hospital, representa um espelho para a humanidade, reflectindo seus anseios, angústias, dificuldades, desejos e alegrias, se por um lado, reflecte e demonstra a fragilidade física do Homem e, isto nos atemoriza, por outro lado representa a busca incessante dos meios e recursos para a luta contra os males e problemas do Homem, impondo-se contra as ordens naturais da dor, do sofrimento e de tudo aquilo que provoca anormalidades no aspecto físico e natural do Homem*".

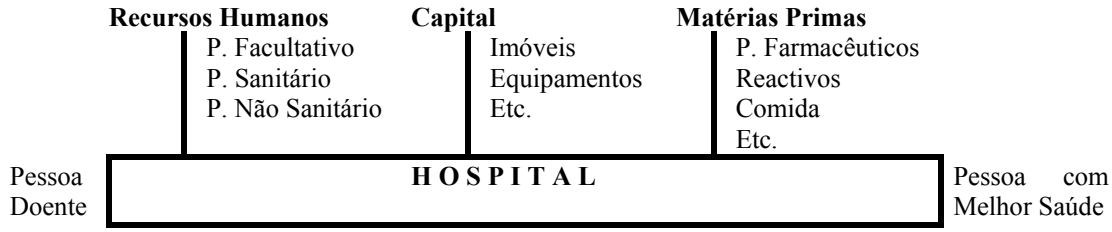
Portanto, essa é a luta que o caracteriza e o mantém indelével através dos tempos, representando a própria força do Homem contra as disfunções da natureza, na mais nobre batalha contra a morte, recuperando, reabilitando e promovendo a Saúde. "*O Hospital*

representa a própria vida no seu curso natural nascemos, vivemos e morreremos amparados por um Hospital" (Borba, 1985, pág. 35).

São várias as organizações complexas em que é por demais evidente o crescimento e evolução contínuos. O hospital encontra-se entre essas organizações, pois constitui-se como um conjunto de variáveis interdependentes, atento às exigências do meio ambiente com o qual se relaciona, sofrendo influências e evoluindo.

As características básicas dos serviços fazem com que o contexto de marketing e a relação com o cliente, nas organizações prestadoras de serviços, sejam fundamentalmente diferentes das organizações produtoras de bens de grande consumo (Gronroos, 1982; Borges, 1988). O Hospital é uma característica empresa de serviços que além de cobrir objectivos específicos no ramo da hotelaria, etc, produz Saúde (Ruiz, s.d.).

As técnicas de gestão surgem e adaptam-se às evoluções das instituições onde são criadas (Nauert, 2000). A cada época correspondem pois, novas técnicas de gestão (Madeira, 1990). Desde os anos sessenta, que o sistema hospitalar é marcado pelo ideal macro económico e o conceito Hospital/Empresa faz a sua aparição. Deste modo, podemos considerar, à semelhança de Madeira (1990) e de Pérez (1998), o hospital como uma empresa de serviços, por ter características semelhantes a estas, embora apresente especificidade que se reflectem no modo de produção e utilização do produto (Figura 2.1):



Fonte: Adaptado de Pérez (1998).

Figura 2.1 - Conceito Hospital / Empresa

Em Portugal existem 122 hospitais no sector público, 45 dos quais são hospitais Centrais (que incluem 24 hospitais especializados, 4 maternidades e 3 centros de oncologia), 64 são hospitais Distritais e existem 4 Centros Hospitalares. Considerando os dados

apresentados no Quadro 2.1 (Hospitais e Camas por Região), os 122 hospitais públicos e 93 privados existentes em Portugal, correspondem a 28.472 e 9.1783 camas respectivamente. Uma das evidências mais significativas é que os Hospitais Privados apesar de representarem 43% do número total de Hospitais possuem apenas 21,4% das camas existentes.

As Regiões do Algarve e da Madeira são as que apresentam esta situação de uma forma mais acentuada. Os Hospitais Privados com 50% e 89% do número dos Hospitais existentes nessas regiões, possuem respectivamente 12% e 57% das camas. Tudo isto vem reforçar a ideia de que as instituições privadas se apresentam em grande número (talvez até com tendência a aumentar ainda mais), mas individualmente com pouca capacidade de internamento e que cabe às instituições públicas a tarefa de prestar os cuidados de saúde de uma forma mais maciva à maioria da população.

Quadro 2.1 - Hospitais e Camas por Região

Regiões	Hospitais				Camas p/1000 hab.
	Públicos	Privados	Camas		
			Públicos	Privados	
Norte	32	25	7281	3193	3.4
Centro	34	17	7167	960	3.5
Lisboa e Vale do Tejo	43	32	10990	2969	4.3
Alentejo	6	3	999	231	2.7
Algarve	3	3	651	91	2.1
Açores	3	5	609	717	5.5
Madeira	1	8	775	1022	7.0
TOTAL	122	93	28472	9183	3.8

Fonte: Adaptado do Anuário Sanitário Portugal 1999 (2000).

3.1 TIPOS DE HOSPITAL

Segundo a classificação do Instituto Nacional de Estatística (INE, 1998) podem-se considerar os hospitais segundo duas perspectivas:

1 - Entidade e Classificação – que se podem dividir em: Público (enquadra o Hospital Central, Distrital, Militar, Paramilitar e Prisional) e Particular (engloba os Hospitais com fins lucrativos e sem fins lucrativos);

2 - Modalidade – onde se consideram dois tipos: Geral e Especializado (Maternidade, Psiquiátrico e Outros).

3.1.1 Segundo a Entidade e a Classificação

3.1.1.1 Hospital Público

Segundo o D.E.P.S. (1997) e o I.N.E. (1998), o Hospital Público é o hospital administrado e de propriedade do Estado. Esta designação é muito utilizada e muitas vezes confunde-se com Hospital Oficial. O I.N.E. nos dados que publica refere o Hospital Público como sendo um Hospital Oficial cujo acesso é universal.

As unidades hospitalares públicas encontram-se, sob a tutela de diversos ministérios e organizações públicas dependentes do Estado, embora a maioria destas unidades esteja na dependência do Ministério da Saúde. Assim, em Portugal temos Hospitais Públicos de cinco tipos ligados a quatro organismos distintos:

- Hospitais Centrais, Distritais e Centros Hospitalares que se encontram sob a tutela do Ministério da Saúde;
- Hospitais Militares (dos três ramos das Forças Armadas: Exército, Marinha e Força Aérea) tutelados pelo Ministério da Defesa Nacional;
- Hospitais Paramilitares (da Policia de Segurança Pública ou Guarda Nacional Republicana) tutelados pelo Ministério da Administração Interna e
- Hospitais Prisionais, tutelados pela Direcção-Geral dos Serviços Prisionais.

Em regra, o grupo dos hospitais públicos dependentes do Ministério da Saúde apresenta um valor médio de cama/estabelecimento superior ao das unidades hospitalares dependentes de outros ministérios e organizações do Estado (Quadro 2.3). Estes hospitais encontram-se integrados numa rede de cuidados de saúde no âmbito do S.N.S., que engloba desde estruturas responsáveis pelos cuidados de saúde primários até unidades que têm por objectivo garantir cuidados de saúde diferenciados, como é o caso dos hospitais (D.E.P.S., 1989).

O Departamento de Estudos e Planeamento da Saúde (D.E.P.S.), na monografia Normas para o Planeamento de Equipamentos de Saúde, publicada em 1989, definiu as características dos denominados hospitais distritais e hospitais centrais, utilizando os seguintes critérios:

a) a irradiação – o tempo de percurso ou a distância entre a origem e a unidade hospitalar;

b) a população base – população considerada mínima para justificar a instalação de uma unidade de um determinado tipo;
c) a programação – modo de cálculo do equipamento, com base na população a servir;
d) o dimensionamento – definido em termos de áreas e
e) a localização.

Quadro 2.3 - Total de Hospitais Públicos e de Camas Segundo a dependência Patrimonial por Região

Regiões	M. Saúde		M. Defesa		Outros	
	Estab.	Camas	Estab.	Camas	Estab.	Camas
Norte	35	9 364	1	262	1 [2]	25
Centro	24	6 714	1	120	-	-
Lisboa e Vale do Tejo	37	12 808	5	1 065	2 [3]	238
Alentejo	6	1 195	1	30	-	-
Algarve	3	704	-	-	-	-
Açores	-	-	-	-	3 [4]	704
Madeira	-	-	-	-	1 [5]	1 110
TOTAL	105	30 785	8	1 477	7	2 077

Fonte: Adaptado de Vieira (1994).

3.1.1.1.1 Hospital Central

O Hospital Central é o hospital caracterizado por dispor de meios humanos e técnicos altamente diferenciados (D.E.P.S., 1997; INE, 1998) e tem por funções prestar cuidados de saúde altamente especializados no âmbito nacional. Deverá irradiar por todo o país ou, em alternativa, por duas ou mais regiões (Vieira, 1994). Assim, têm nível supra regional ou central, localizando-se, em princípio, em Lisboa, Porto e Coimbra. Asseguram todas as valências básicas para a sua área de intervenção directa como hospitais distritais, as valências intermédias e diferenciadas (todas ou algumas) como hospitais de referência e devem, de uma forma geral, dispor das urgências polivalentes, segundo a definição proposta no Relatório sobre a Reestruturação das Urgências (D.G.S., 1998a).

[2] Sob a tutela do Ministério da Administração Interna.
[3] Sob a tutela do Ministério da Justiça e Administração Interna.
[4] Sob a tutela da Secretaria Regional da Saúde e Segurança Social.
[5] Sob a tutela da Secretaria Regional dos Assuntos Sociais.

A população base é de 3.000.000 a 10.000.000 de pessoas, uma vez que um dos critérios de programação é a população base, estando, o número de camas definido para cada especialidade na monografia D.E.P.S. (1989). O critério de dimensionamento refere uma área de construção de 90 a 1.000 m^2/cama, tendo como especialidades as que se apresentam no Quadro 2.4. O critério de localização estabelece que estas unidades poderão estar localizadas apenas nos grandes centros urbanos. Em regra, neste tipo de hospital, os médicos especialistas exercem ainda funções de formação de estudantes de medicina, em ligação com as Faculdades de Medicina.

3.1.1.1.2 Hospital Distrital

Antes de descrevermos as características de um Hospital Distrital, não podemos deixar de referir o conceito de distrito de saúde que Ferrinho (1999) afirma ser composto de: (1) uma área geográfica bem definida; uma estrutura administrativa; (2) indivíduos, famílias, associações, bairros e comunidades; (3) centros de saúde e outros serviços de saúde de primeira linha, com o seu pessoal e outros recursos; (4) um primeiro nível de referência; (5) todos os outros recursos envolvidos na prestação de serviços de saúde no distrito e (6) todos os outros recursos inter-sectoriais com um impacto mais ou menos directo na saúde da população.

No distrito existem três níveis de cuidados: auto; primeiro contacto ambulatório com o S.N.S. e primeiro nível de encaminhamento. No distrito existem dois níveis de serviços: primário e secundário. Cada nível é específico no sentido que as actividades dos diferentes níveis não se devem sobrepor. Os níveis são complementares, com a componente relacional tendo grande proeminência nos níveis mais baixos e a componente técnica ganhando mais relevância nos níveis mais elevados.

Assim, o Hospital Distrital caracteriza-se por, em regra, possuir internamento em especialidades básicas, podendo ter, quando se justifique, especialidades intermédias (dependendo da dimensão efectiva da população que servem) e diferenciadas e, só excepcionalmente, altamente diferenciadas (D.E.P.S., 1997; INE, 1998; D.G.S., 1998a). Alguns disporão de urgência médico-cirúrgica conforme o previsto no Relatório sobre a Reestruturação das Urgências (D.G.S., 1998a). Vieira (1994) refere que o Hospital Distrital tem como função prestar cuidados de saúde diferenciados no âmbito distrital.

A população base é de 200.000 habitantes, com uma dimensão média de 500 camas por hospital. O critério de dimensionamento refere a necessidade da área de construção ser de 80 a 85 m2/cama. O critério da localização nomeia a necessidade de se situarem em capitais de distrito, devendo-se garantir: a possibilidade de expandir-se, a existência de acesso a vias rápidas e a ligação a uma rede de transportes colectivos. No critério de irradiação, considera-se que o potencial utente deverá estar no máximo a l hora de tempo de percurso.

Quadro 2.4 - Valências características de um Hospital Central e Distrital

Valências	Hospitais		Valências	Hospitais	
	Central	Distrital		Central	Distrital
Medicina Interna	X	X	Endocrinologia	X	-
Cirurgia Geral	X	X	Cardiologia de Intervenção	X	-
Pediatria	X	X	Cardiologia Pediátrica	X	-
- Neonatologia	X	X	Cirurgia Cardiotorácica	X	-
Obstetrícia	X	X	Cirurgia maxilo-facial	X	-
Ginecologia	X	X	Cirurgia Pediátrica	X	-
Ortopedia	X	X	Cirurgia Plástica	X	-
Medicina Física e de Reabilitação	X	✣	Cirurgia Vascular	X	◆ 6
Estomatologia	◆	◆	Genética Médica	X	-
Psiquiatria (agudos)	X	X	Hematologia Clínica	X	-
Anatomia Patológica	X	X	Neurocicurgia	X	-
Anestesiologia	X	X	Neurorradiologia	X	-
Imuno-hemoterapia	X	X	Radioterapia	X	-
Oftalmologia	X	✣	Imagiologia		
Otorrinolaringologia	X	✣	- TAC helicoidal	X	X
Urologia	X	✣	- Ecografia	X	X
Gastrenterologia	X	✣	- RM	X	-
Cardiologia	X	✣	- Angiografia digital de subtracção	X	-
Dermatologia e Venereologia	X	✣	- Radiologia convencional	X	X
Pneumologia	X	✣	- Mamografia	X	X
Infecciologia	X	-	Patologia Clínica		
Neurologia	X	✣	- Bioquímica	X	X
Nefrologia	X	✣	- Hematologia	X	X
Imuno-alergologia	X	-	- Coagulação e Hemostase	X	X
Oncologia Médica	X	-	- Endocrinologia	X	-
Reumatologia	X	-	- Imunologia	X	-
Medicina Nuclear	X	-	- Microbiologia	X	Algumas provas

X - Deve existir sempre

◆ - Deve ser criada apenas em alguns hospitais

✣- Deve existir mas sem internamento autónomo

Fonte: Adaptado de GTCES (1998)

6 Algumas áreas da cirurgia vascular

3.1.1.2 Hospital Particular

Hospital particular é o Hospital que é propriedade de entidades particulares, com ou sem fins lucrativos, como é descrito pelo D.E.P.S. (1997) e pelo I.N.E. (1998).

Dada a escassez de recolha organizada de informação sobre os hospitais privados no país, baseamo-nos nas informações apresentadas por Vieira (1994) que os caracteriza tendo como termo de comparação os hospitais oficiais, sobre os quais há informação em maior quantidade, mais detalhada e organizada.

Como se visualizou no Quadro 2.1, os hospitais particulares têm menor lotação que os hospitais públicos, estando mais próximos da dimensão média dos hospitais distritais.

As dificuldades em interpretar os valores dos actos de diagnóstico podem resultar do facto de, em muitos casos, os hospitais particulares prestarem estes serviços em regime de ambulatório, para utentes externos. Pelo contrário, os hospitais públicos, realizam actos de diagnóstico fundamentalmente para doentes dos próprios serviços, estejam eles ligados à consulta de ambulatório, à urgência ou ao internamento. Assim, os hospitais particulares não são comparáveis aos hospitais públicos (centrais ou distritais), pois os dados dos hospitais particulares relativos aos actos de diagnóstico fornecem informação essencialmente sobre o serviço de diagnóstico, em que o volume de negócio e as margens de lucro são mais atractivas, na venda de um serviço diagnóstico só por si. No que concerne aos actos terapêuticos a comparação já é possível. Vieira (1994) concluiu que nos hospitais particulares e distritais há uma maior concentração em dois tipos de actos terapêuticos (fisiatria e hemodiálise), enquanto que nos hospitais centrais se observa uma maior dispersão de actos terapêuticos.

Em último lugar, é possível afirmar que os hospitais particulares, em termos de internamento, são organizações com características aproximadas dos hospitais distritais e distantes das dos hospitais centrais. No entanto, para se ter uma conclusão definitiva seria necessário conhecer em maior detalhe as características organizativas dos hospitais particulares e da sua população utente, caracterizando a patologia e o seu grau de severidade.

3.1.2 Segundo a Modalidade

3.1.2.1 Hospital Geral

Segundo o D.E.P.S. (1997) e o I.N.E. (1998), o Hospital Geral é o hospital que assegura serviços diferenciados em diversas patologias.

3.1.2.2 Hospital Especializado

Ainda o D.E.P.S. (1997) e o I.N.E. (1998) definem o Hospital Especializado como o hospital em que predomina o número de camas adstritas a uma dada especialidade ou patologia ou que presta assistência a utentes de um determinado grupo de idade (exemplos de hospitais especializados: psiquiátricos, maternidades, pediátricos, ortopédicos, etc).

Para concluir este capítulo, pode afirmar-se que os hospitais centrais dispõem de meios com uma importante diferenciação tecnológica e recursos humanos altamente especializados. E embora estejam sediados em centros urbanos, prestam serviços à população de mais do que uma região (Vieira, 1994). Os hospitais distritais prestam serviços em especialidades consideradas pelo D.E.P.S. como sendo, correntes e a grupos populacionais não superiores a 250.000 habitantes. Ambos os tipos de hospital poderão ser especializados, caracterizando-se neste caso por prestarem serviços em apenas uma ou duas especialidades, por exemplo, hospitais ortopédicos, hospitais psiquiátricos, ou hospitais pediátricos.

Após a caracterização do Sector da Saúde, das suas particularidades e da sua evolução, passa-se a apresentar os aspectos, considerados mais importantes, sobre a temática do Aprovisionamento Hospitalar.

III – O APROVISIONAMENTO HOSPITALAR

1 CONCEITO E OBJECTIVO DA FUNÇÃO APROVISIONAMENTO

Todas as organizações, salvo raras excepções, seja qual for a sua dimensão e importância, têm, para poderem laborar, de assegurar o abastecimento, a todos os seus sectores, de tudo aquilo que necessitam (materiais, equipamentos, serviços, etc) e que, na sua maior parte, são adquiridos no exterior da organização. Este abastecimento surge pois, na organização, como uma necessidade a satisfazer, e envolve naturalmente uma aplicação periódica de mais ou menos horas de trabalho, desempenhada por mais ou menos pessoas da organização em questão. Como referem Braga (1991), Kunselman (1999), Stuart e McCutcheon (1996), Vollman, Sprung, Posa, Ladin e Kachhal (1998) e Matos (1995), para assegurar aquele abastecimento, é necessário, por um lado, fazer compras nos mercados abastecedores, e por outro, constituir *stocks* de determinados materiais ou produtos que é preciso ter disponíveis sempre que se verifique a sua necessidade.

É evidente que, para levar a bom termo o conjunto destas operações, convém, antes de tudo, definir de forma precisa, em quantidade, em qualidade e em prazos, as necessidades da organização. Mas é cada vez mais raro (devido principalmente ao desenvolvimento das exigências técnicas específicas) que o mercado possa sempre oferecer, na quantidade e na qualidade desejada, o que é necessário à organização no momento preciso em que ela o necessita. Assim, a organização tem de possuir *stocks* que lhe permitam aguardar que sejam fabricados e encaminhados para si os produtos que pretende. Mas, além disso, devem ser tomadas todas as medidas para evitar que se deteriorem e para reduzir ao mínimo os encargos devidos à sua conservação.

Um dos primeiros estudiosos sobre os problemas das organizações, Fayol reconhecia, já em 1981, a importância da função do Aprovisionamento, indicando-a como uma das funções fundamentais e antecedendo-a à das Vendas. Pode afirmar-se que a função Aprovisionamento visa objectivos muito mais vastos de quantos normalmente se supõe: além de se referir à aquisição de matérias-primas, sucedâneos, equipamentos, maquinaria e materiais vários, compreende a elaboração de contratos para assegurar os serviços ou compra dos mesmos, ou inclusivamente – na sua máxima latitude – a coordenação entre as compras, armazém e produção (Duarte, 1971a; Dilworth, 1996).

Queiróz (1977) referia que é, sem dúvida, indispensável uma racionalização cada vez maior na utilização dos recursos materiais, necessariamente também no caso dos hospitais; e será basicamente a partir das economias conseguidas no custo dos materiais e artigos, por um lado. Por outro, a partir da optimização do nível das existências, cuja redução é factor decisivo também para a liquidez da organização, que melhor se poderá garantir essa racionalização, mantendo o capital investido ao menor nível capaz de assegurar a satisfação das necessidades essenciais da organização (Willock e Motley, 1998; Hoffhine, 1987; Laios e Moschuris, 2001). Parece entaõ incontroversa a posição chave que ocupa a função aprovisionamento face aos resultados da organização (Queiróz, 1977).

Assim, será importante caracterizar a função aprovisionamento, para que se possa esclarecer o seu grau de abrangência e estudar as sub funções que nela estão incluídas, de forma a que se possa esclarecer os diversos conceitos que muitas vezes lhe aparecem associados. Deste modo, pode afirmar-se que o aprovisionamento compreende as operações de compras, as funções de gestão de materiais (que se divide em gestão material, gestão administrativa e gestão económica) e as operações de recepção (quantitativa e qualitativa). Este estudo será focalizado nas duas primeiras operações, mas é necessário reconhecer que, se com a função aprovisionamento se pretendem realizar os objectivos identificados na sua definição, a mesma deverá abranger actividades que se não esgotam nas aquisições e na armazenagem (Magro, 1986; DRHMS, 1990; New, 1996; Castaño, Guarro e Vilás, 1997).

Segundo Duarte (1971b), a função aprovisionamento tem por objectivo, nos hospitais, colocar à disposição dos serviços utilizadores os materiais e serviços de que estes carecem para a realização dos seus fins. Este objectivo deve ser realizado em tempo oportuno, nas quantidades e qualidades convenientes e ao menor custo (Lunn, 2000; Dejohn, 2000b; Housley, 1987; Roldão, 1993; Moody, 2000). A prossecução destes fins obriga a que a função aprovisionamento se desdobre em actividades diferenciadas, contudo relacionadas.

Um primeiro princípio que condiciona todos os outros, é o de que a função em análise não pode, de modo algum, ser encarada numa perspectiva neutra e burocrática. Sendo certo que o aprovisionamento absorve entre 30 a 50% dos orçamentos de exploração (Duarte, 1971b; DRHMS, 1990; Kowalski, 1991) em organizações-tipo de transformação, é certo

que toda a economia que nele se faça vai ter notáveis reflexos no lucro final da exploração (Hoffhine, 1987; Moody, 2000). Daí que a organização da função seja toda ela marcada por objectivos de rentabilidade, não sendo neutra nem burocrática.

Um segundo princípio (decorrente do primeiro) é o de que a função deve ser tratada em termos de exclusividade por um serviço para esse fim institucionalizado. Significa isso, por um lado, o reconhecimento do carácter original da função, não confundível com as demais funções da organização, que exige, para a sua realização, pessoal bastante especializado. Por outro lado, nenhuma outra função na organização se deve imiscuir nas tarefas próprias do aprovisionamento, que detém, designadamente, o monopólio dos contactos com os fornecedores (Duarte, 1971a).

Um terceiro principio é o de que a função aprovisionamento é mais uma no quadro da organização, o que implica que o serviço criado para a exercer deva ter a mesma dignidade hierárquica dos demais serviços na organização (produção, comercial, financeiros, recursos humanos, etc) (Duarte, 1971a; Kowalski, 1991; Young, 1989b).

2 O SERVIÇO DE APROVISIONAMENTO NOS HOSPITAIS PÚBLICOS PORTUGUESES

2.1 INTRODUÇÃO

O serviço de aprovisionamento dos hospitais tem de estabelecer uma política de compras que vá de encontro aos interesses da instituição e do próprio doente (Moreira, s/d 3), como objectivos fornecer o hospital dos artigos ou serviços por ele solicitados e tem como funções (Reis, 1975; Cosialls, 1999; Dellaert e Poel, 1996; Egbelu, Harmonosky, Ventura, Obrien e Sommer, 1998): (1) comprar nas quantidades e qualidades convenientes elaborando um estudo prévio da compra, realizando-a e procedendo à execução e controlo do contacto; (2) armazenar, desenvolvendo as gestões material, administrativa e económica dos *stocks*, além das recepções qualitativa e quantitativa, e; (3) distribuir os artigos quando são requeridos.

O Regulamento Geral dos Hospitais, no nº 2 do seu artº 98º, inclui como Serviços de Aprovisionamento os de aquisições e de armazéns. Além da autonomia que assim se

concede a esta função, permite-se também maleabilidade na sua estruturação e organização (artº 98º nº1). Mais problemática poderá ser a atribuição de funções deste tipo aos serviços farmacêuticos "*os serviços farmacêuticos têm a seu cargo a ... conservação, armazenagem, fornecimento... dos medicamentos...*", já que assim se permite uma certa dispersão de funções que, apesar de se considerar neste caso uma certa complexidade, acaba por se isolar dos centros de decisão em matéria de aprovisionamento (Queiróz, 1977).

O aprovisionamento hospitalar, como em geral o das grandes organizações, trata milhares de artigos para as utilizações mais diversas e relaciona-se com um mercado heterogéneo em termos de qualidade, segurança e capacidade de resposta (DRHMS, 1990). A sua eficácia depende muito da quantidade e qualidade de informação de que dispõe. Na área de aquisições deve ser implementado um sistema de recolha e tratamento de documentação técnica comercial, proveniente de fornecedores ou de outras fontes (Moreira, s/d1).

Tendo esta investigação por objecto os serviços de aprovisionamento de hospitais do tipo central, distrital e centro hospitalar, um outro factor acresce aos anteriormente referidos: em hospitais de dimensão media muitas vezes não é possível dispor do pessoal qualificado que uma boa organização do aprovisionamento exige.

Tarefas como, por exemplo, estudos do mercado, trabalhos de normalização, negociação dos contratos, gestão de materiais, entre outros, exigem pessoal muito especializado cujo recrutamento não será possível para a esmagadora maioria dos hospitais distritais portugueses (Moreira, Neves e Pinto, 1988). Deve até dizer-se que muitas destas tarefas não parecem viáveis senão ao nível de um serviço de aprovisionamento central de âmbito nacional (Lunn, 2000; Bidlake, 1993; Supply Management, 1999).

Alguns dos aspectos relacionados com o aprovisionamento classificados como sendo dinâmicos (DRHMS, 1990), em evolução constante, sobretudo relacionados com a introdução de novas tecnologias de registo e circulação da informação, e com a adaptação a novas necessidades/realidades. Estas transformações obrigam, naturalmente, à evolução e racionalização no funcionamento dos Serviços de Aprovisionamento.

Se, inicialmente, se podia entender o aprovisionamento como mero suporte administrativo de organização, competindo-lhe realizar os pedidos de compra, procedendo ao seu acompanhamento e contabilizando os movimentos de entradas e saídas de artigos em quantidades (Quinn, 2001; Line, 2000), actualmente, sabe-se que os elevados volumes financeiros que este serviço movimenta, obrigam a ir muito mais longe. Esta situação occore no âmbito da procura e selecção de mercados e fornecedores, na tomada de decisões sobre a normalização dos produtos a consumir, no controlo e optimização do nível de existências, bem como na obtenção dos mínimos custos de funcionamento de armazenagem e distribuição (Gosson, 1983; Silva, 1986; Lunn, 2000; Dejohn, 2000b; Housley, 1987; Roldão, 1993; Moody, 2000).

Segundo Silva (1986) passaram a ser familiares, na década de oitenta, noções de gestão tais como: qualidade de serviço [1] (Brooks, 1984); custo de posse de *stock* [2] (Hobbs, 1976); custo de ruptura (Vicente e Santos, 1976; Santos, 1984); análise de valor [3] (Jonineau, s/d), que vieram alterar substancialmente as rotinas praticadas, fazendo expandir rapidamente as potencialidades deste serviço o que ocasionou a expansão de meios de forma a tornar exequíveis essas potencialidades.

2.2 O SERVIÇO DE APROVISIONAMENTO NO ORGANOGRAMA DO HOSPITAL

Outro aspecto importante que pode determinar a qualidade da actuação de um serviço de aprovisionamento é a sua posição dentro da estrutura da organização (Vicente et al., 1976; Law e Ooten, 1993). No entanto, qualquer decisão a tomar no que respeita a este aspecto deve depender de inúmeros factores, tais como o volume e valor das compras (Costa, 1977), a diversidade dos materiais comprados, a competência e qualificação da direcção

---

[1] A gestão da qualidade é uma das componentes de gestão moderna. Pode-se considerar que nasceu no Japão nos anos 50 e a pouco e pouco tem entrado na gestão dos nossos dias. Para que ela possa ser considerada nas actividades de compras é necessário centrar a atenção nos seguintes pontos: homologação, acções correctivas, comunicações, avaliação e controlo de qualidade relativamente aos fornecedores.

[2] Inicialmente era considerado somente o custo do capital imobilizado, tendo-se ampliado ao custo de seguros, armazenagem, movimentação, deterioração e obsolência. O elevado montante que atinge leva a que no Japão surja o conceito de "*stock* zero". As compras são programadas em função das necessidades estritas de produção, de tal modo que os *stocks* "tampões", sejam reduzidos a algumas horas de consumo.

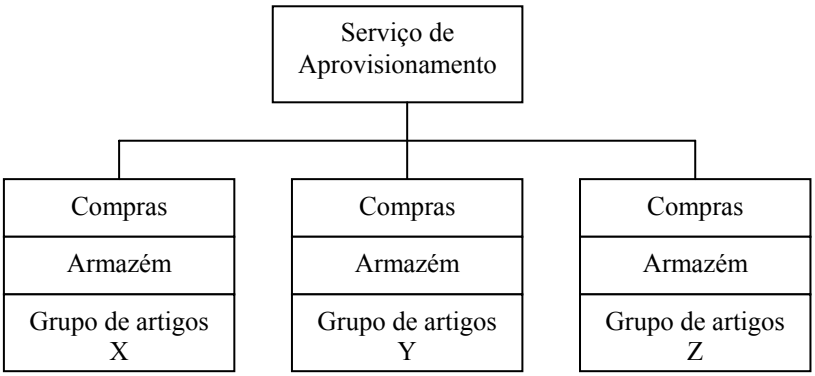
[3] Pode definir-se como a metodologia prática, organizada, sistemática, participativa e criativa, que visa reformular ou conceber um produto com funções estritamente indispensáveis ao menor custo, garantindo a qualidade necessária e suficiente.

do serviço e dos funcionários que nele trabalham, etc, e será, portanto, específica para cada organização.

Reis e Paulino (1994) definem duas formas de estruturação dos aprovisionamentos: por função horizontal ou, por famílias de artigos, vertical. Estas encontram-se representadas esquematicamente nas Figura 3.1 e 3.2 respectivamente.

Fonte: Adaptado de Reis et al. (1994)

Figura 3.1 - Estrutura por Funções



Fonte: Adaptado de Reis et al. (1994)

Figura 3.2 - Estrutura por Famílias de artigos

A primeira estrutura resulta da especialização dos profissionais em áreas específicas de intervenção do aprovisionamento, podendo limitar a mobilidade interna de pessoal enquanto que a segunda estrutura especializa os profissionais por artigos ou grupos de artigos. Para além destas soluções poderão utilizar-se soluções intermédias de acordo com o nível geral da organização.

A estrutura organizacional da quase totalidade dos nossos hospitais públicos é de tipo funcional, em que as diversas especialidades se organizam por serviços e, por vezes, em departamentos, como resultado da especialização clínica. É típico das organizações funcionais o desenvolvimento de uma cultura própria, orientada para objectivos e valores

do próprio serviço e para a criação de fronteiras bem demarcadas, que dificultam a visão global. Neste tipo de organização, sempre que os doentes necessitam de cuidados de mais de um serviço, torna-se difícil obtê-los com a fluidez necessária, uma vez que cada serviço tende a ter a sua própria perspectiva e a funcionar autonomamente.

Com efeito, e em regra, cada serviço "detém" o doente enquanto este lhe está directamente afecto e necessita dos seus cuidados, mas deixa de se responsabilizar por ele, quando aquele é transferido para outro serviço (Law, 1993). Esta situação, que, em muitos casos, é agravada pela inexistência de processo clínico único e por uma falta cultura de de comunicação entre os serviços, contribui para a fragmentação dos cuidados, da qual resultam prejuízos para os doentes. No caso, por exemplo, de necessidade de transferência de um doente de um serviço para outro, não raramente se assiste a que o serviço para onde o doente deve transitar tente atrasá-la ao máximo, sob as mais diversas alegações, entre as quais avulta, quase sempre, a da falta de camas (Law, 1993). É exemplo desta situação a atribuição e a gestão das camas, fortemente dificultada pela sua relação de pertença a cada serviço e, dentro deste, o que muitas vezes inviabiliza que os doentes sejam instalados com conforto e dignidade, quando não há camas num serviço, mesmo que disponíveis noutros.

3 A GESTÃO DE MATERIAIS

3.1 INTRODUÇÃO

A Gestão de Materiais é uma função chave na organização. É indispensável relembrar a sua importância e as suas relações com os outros domínios da gestão (Crolais, 1989). Tendo como objectivo a optimização económica, a Gestão de Materiais deverá ser definida nesta óptica. Trata-se, em primeiro lugar, de uma gestão e não apenas de um controlo *à posteriori* dos seus resultados, mas muito mais da condução dos fenómenos. Será necessário, definir o "óptimo" que se procura atingir e a estratégia que se seguirá para lá chegar.

Pode-se designar a gestão de materiais como uma função coordenadora responsável pelo planeamento da aquisição, armazenamento, movimentação e controlo de materiais e produtos finais de modo a se optimizar a utilização de instalações, recursos humanos e

fundos de capital (Ballot, citado por Lysons, 1990). Também o Institute of Purchasing and Supply – G. B. (Lyson, 1990), definiu gestão de materiais como sendo, o processo de gestão que integra o fluxo de abastecimentos de fora para dentro, o fluxo interno e o fluxo de dentro para fora de modo a atingir-se um nível de serviço que garanta que os materiais certos se encontrem à disposição no sítio certo, na altura certa, na qualidade e quantidade certas, com o custo certo. Este é um conceito recente, amplo, que envolve a totalidade dos fluxos de materiais na organização. É utilizado em organizações onde os custos com os materiais constituem uma componente significativa dos custos totais (Lima, 1993; Barata, 1997).

A Gestão de Materiais no Hospital constitui um sistema organizado que coordena todas as actividades de gestão e controle de todos os produtos, serviços e equipamentos desde a aquisição até à eliminação. Tem por objectivo melhorar a eficiência do Hospital, reduzindo o custo dos *stocks* e aumentando a produtividade do factor trabalho (Moreira, 1989; GSEAS, 1998; Burke e Dejesus, 1997; Dellaert et all., 1996; Folland e Hofler, 2001; Ozcan e Luke, 1993; Vieira, 1997; Silva, 1984; Lucas, 1984).

Emergente da área do aprovisionamento, a Gestão de Materiais é um dos aspectos que, em catadupa, desabam sobre o gestor, quotidianamente, e sobre as quais ele tem de definir uma política. É urgente, como dizem Santos (1984) e Schroeder (1993), que os serviços encetem os passos necessários no sentido de substituir alguns dos processos empíricos de que até hoje têm feito prática e avancem, ainda que com as naturais precauções, para métodos e técnicas mais consentâneas com o grau de responsabilidade que lhes está acometida.

Os métodos e técnicas não valem por si mesmas, mas pela intervenção do responsável que procede à sua implementação e que deve, constantemente, adaptá-los às circunstâncias do momento, sob pena de se verificar um desajustamento que lhes retirará, total ou parcialmente, a sua utilidade e eficácia. Comprar é, naturalmente, fácil desde que haja fornecedores e os fundos necessários. Constituir *stocks* também não é difícil desde que se possam adquirir e haja local para os guardar. Daí que nas organizações se possam encontrar mais ou menos pessoas capazes de tomar decisões, basta que saibam o que é necessário para que a organização possa laborar, distinguindo aquilo que pode ser adquirido quando a necessidade se põe, daquilo que deverá ser aprovisionado com

antecedência relativamente à necessidade, isto é, daquilo de que deverá ser constituído um *stock*. Da resolução, correcta ou incorrecta, dos diferentes problemas de ordem económica que se põem aos gestores pode, muitas vezes, depender a prosperidade, estagnação ou recessão da organização.

Para assegurar esse desenvolvimento, quer dizer, o crescimento do seu activo, são necessários novos capitais, que lhe são fornecidos pelo seu lucro e pelo investimento. O lucro constitui, por consequência, o instrumento essencial de qualquer organização; este lucro permitirá manter, melhorar e aumentar a sua competitividade e os seus meios, os quais compreendem tanto materiais e equipamentos, como homens, que são assim beneficiários da saúde geral da sua organização, como, referem Braga (1991) e Courtois, Pillet e Martin (1991).

Do exposto ressalta pois a necessidade imperiosa de equilibrar, os meios, ao melhor nível económico. Já não é possível deixar flutuar os investimentos em s*tocks* ao capricho de um empirismo inconsciente. Impõe-se, antes, uma consciencialização do valor desse investimento improdutivo, gerido da melhor maneira possível (Nauert, 2000; Dejohn, 2000b)

Embora se possa afirmar que os princípios fundamentais da Gestão de Materiais presentemente são conhecidos e se encontram estabilizados, os incessantes progressos de achegas científicas da investigação operacional e da estatística aplicada permitem aprofundar sem cessar os métodos de aplicação. Estes, à partida, eram muito gerais, tornando-se posteriormente, cada vez mais refinados e adaptando-se cada vez melhor aos diferentes aspectos de que se revestem as situações reais. Tornou-se assim possível definir "à medida" as soluções a adoptar em função das características próprias de cada organização e de cada um dos tipos de *stocks* e fazer evoluir os métodos à medida que a natureza dos fenómenos se transforma. Dois factores importantes regem as tomadas de decisão a nível dos materiais: (1) a importância dos materiais e (2) o seu inventário (Póvoa, 1998).

Interessa pois, e com base no que foi exposto, garantir uma boa gestão que proporcione um fluxo de materiais associado a uma integração eficiente dos recursos da organização de forma a melhorar a produtividade. Esta gestão pode no entanto não se efectuar

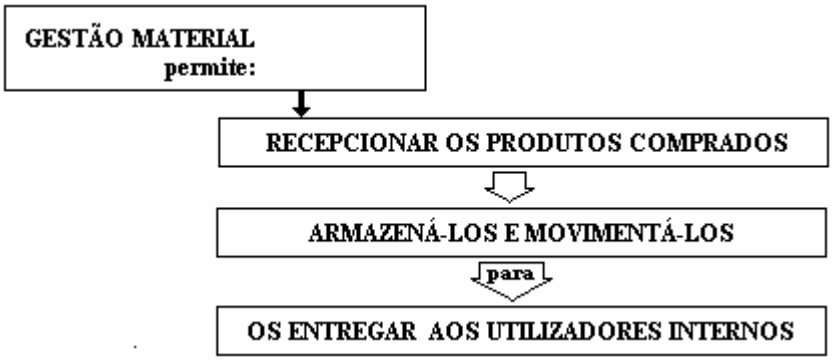
igualmente sobre todos os materiais constituintes do processo, podendo haver ordens de prioridade a serem observadas. Um dos métodos usados na identificação destas prioridades faz uso da lei de Pareto e denomina-se análise ABC (que mais à frente se apresenta).

3.2 TIPOLOGIA DE ABORDAGEM DA GESTÃO DE MATERIAIS

A partir do momento em que se conclui que, para poder garantir o abastecimento de tudo aquilo que a organização necessita para a sua laboração, torna-se necessário constituir *stocks* de uma maior ou menor variedade de artigos, verifica-se a necessidade de uma escolha criteriosa de quais os artigos a constituir *stocks*, do tratamento das operações a realizar sobre os materiais nos armazéns, da sua movimentação em valor e da fixação e ajuste dos níveis de *stock* e dos seus reaprovisionamentos, podendo-se, assim, concluir que a Gestão de Materiais se reparte por três sub-funções: a gestão material, administrativa e económica dos materiais.

3.2.1 Gestão Material de Materiais

A gestão material de materiais tem por objectivo garantir que sejam executadas, eficientemente e ao mínimo custo, as operações relativas ao tratamento dos materiais, desde a sua recepção, durante o seu armazenamento e até à sua saída. Assim, a gestão material de materiais garante a recepção dos produtos adquiridos, o seu armazenamento, a sua movimentação e a sua entrega nos respectivos serviços utilizadores, assegurando que o que foi comprado, foi recebido; que durante a passagem pelo armazém os artigos foram devidamente protegidos e conservados, e que os utilizadores puderam satisfazer os seus pedidos em tempo útil. Controla, ainda, como afirmam Magro (1986) e Santos (1984), a implantação e localização dos vários armazéns; os equipamentos para a arrumação eficaz dos materiais; a fácil movimentação utilizando os princípios e métodos de armazenagem, segura e económica e pessoal qualificado e de confiança (Figura 3.1).

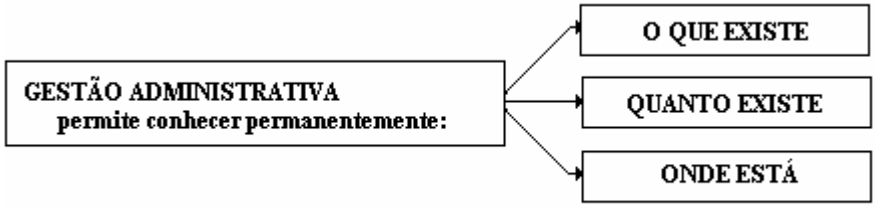


Fonte: Adaptado de Sequeira (1994b).

Figura 3.1 – Gestão Material de Materiais

3.2.2 Gestão Administrativa de Materiais

À gestão administrativa de materiais compete, fundamentalmente, assegurar o conhecimento do montante dos materiais Assim, a gestão administrativa permite conhecer o que existe, quanto existe e onde se encontra, para que seja possível controlar as existências e fornecer indicações práticas que contribuam para uma eficaz gestão económica de materiais (Figura 3.1).



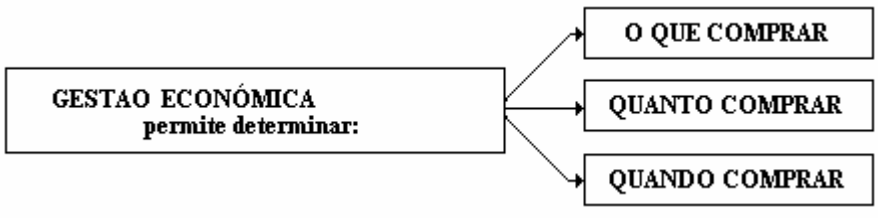
Fonte: Adaptado de Sequeira (1994b).

Figura 3.1 – Gestão Administrativa de Materiais

3.2.3 Gestão Económica de Materiais

A gestão económica ocupa-se da escolha dos artigos a constituir *stocks*, da fixação e ajuste dos níveis de *stock* às necessidades de abastecimento e dos reaprovisionamentos necessários, de forma a que seja minimizado o custo de posse dos *stocks*. Assim sendo, a gestão económica permite saber, em qualquer momento, o que é necessário comprar, que quantidades são necessárias e qual o momento em que a encomenda deve ser efectuada,

tendo por objectivo assegurar que o utilizador interno disponha dos artigos ou produtos de que necessita nas quantidades e nas datas oportunas (Figura 3.1).



Fonte: Adaptado de Sequeira (1994b).

Figura 3.1 – Gestão Económica de Materiais

Aquando da decisão do que é necessário comprar para *stock*, esta tem de se basear no que se previu utilizar, consumir ou vender, bem como outros parâmetros condicionantes, a que Sequeira (1994a) designa por gestão previsional de materiais, ou seja, todo o processo que conduz à decisão de compra para *stock*.

Acrescente-se que a gestão económica ou previsional de materiais é individualizada, isto é, gere o *Stock* artigo por artigo, prevendo para cada um deles o que pode acontecer e decidindo, também para cada um deles, o que fazer quanto à quantidade e ao prazo de encomenda. Isto significa que existe constantemente uma relação directa entre a previsão de consumo e a decisão de compra (Beech, 2001; Dejohn, 2001; Spang, Bazzoli e Amould, 2001).

Segundo Marques (1992), a gestão económica preocupa-se em atingir custos mínimos na compra e no fornecimento bem como em garantir o funcionamento permanente do sistema produtivo a custos totais mínimos. Assim sendo, esta gestão tem por finalidade a determinação de uma política óptima de aprovisionamento (conjunto de procedimentos que permitem saber **quando** e **quanto** se deve aprovisionar) com o objectivo de satisfazer a procura futura. A determinação das quantidades a encomendar, para a obtenção do nível óptimo dos *Stocks* e do momento em que as encomendas devem ser efectivadas, tem por finalidade evitar situações de ruptura de *Stock* de consequências sempre graves. Não se deve, no entanto, cair na situação inversa, isto é, no sobredimensionamento do *Stock*.

Na essência destes conceitos, pode-se dizer que cada uma das três componentes da Gestão de Materiais tem objectivos complementares entre si e complementares também com a finalidade da própria função aprovisionamento (Sequeira, 1994b).

3.3 IMPORTÂNCIA DA GESTÃO DE MATERIAIS NOS HOSPITAIS

Transpondo todas as considerações já efectuadas sobre a Gestão de Materiais para um âmbito hospitalar público, fácil se torna verificar a sua cada vez maior acuidade numa organização tão complexa (Santos, 1979; Barata, 1987; Herranz, 1998; Águila, 1998; Reisman, 1983; Prasad, Babbar e Calis, 2000; Collins, 1999a; Fernandéz, 1997). Este paralelismo tem limitações (Marques, 1981) no que diz respeito a condicionantes da actividade do aprovisionamento hospitalar que assentam em aspectos fundamentais como a natureza dos produtos consumidos, o regime jurídico-administrativo de compras do sector público no qual se inserem, e as características do sistema de financiamento actual. Esta situação retira aos serviços de aprovisionamento hospitalar liberdade de acção e poder de decisão sendo o processo de compra marcado por numerosos controlos prévios e carregado em formalismos rígidos (Collins, 1999a).

Aqui, a grande variedade de produtos (Demonchy, 1979; Águila, 1998; Aisa et al., 1998; Barnes, Britton, Cantin, Milan e Miranda, 1999; Dejohn, 1999b; Trescher, 1982; Hospital Materials Management, 2000) e serviços consumidos, desde o mais insignificante até ao mais sofisticado material de medicina nuclear, põem à prova as aptidões e conhecimentos específicos dos gestores, para uma optimização dos recursos colocados à sua disposição.

Assim, o aprovisionamento é uma função de extrema importância nos estabelecimentos de saúde, uma vez que constitui uma actividade logística, sem a qual eles não poderão funcionar, envolvendo verbas de grande vulto. Hoje em dia, em todos os hospitais de média e grande dimensão e em algumas Administrações Regionais de Saúde (A.R.S.), existem Serviços de Aprovisionamento estruturados como tal, em plano de igualdade com os demais serviços de apoio geral.

Segundo Caroço (1988), Águila (1998), Aisa et al. (1998), Barnes, Britton, Cantin, Milan e Miranda (1999), Dejohn (1999b), Trescher (1982) e Hospital Materials Management

(2000), toda a Gestão do Aprovisionamento nos hospitais se depara com uma dificuldade: o enorme leque de artigos que tem por objecto. Esta diversidade de artigos a gerir, além de obrigar a um tratamento administrativo pesado e dificultar o controlo, exige o conhecimento de um grande número de produtos e mercados. Esse conhecimento, que deve conciliar um certo grau de profundidade com uma grande dispersão, tem de ser acrescido de uma actualização permanente, capaz de acompanhar as rápidas transformações que ocorrem aos diversos níveis.

É necessário ainda conseguir discernir, de entre as inovações que constantemente surgem, as que são simples mistificações e as que representam aquisições úteis e importantes para o hospital. Os Serviços de Aprovisionamento deverão evitar situações de pressão comercial, pela curiosidade de experimentação ou por simples modas.

A fim de haver um conhecimento específico, numa organização tão complexa como é um hospital, onde existe uma multiplicidade de materiais, devem existir diversos tipos de armazém com condições adequadas aos respectivos materiais nele existentes. Assim, segundo os centros de custos definidos no plano de contabilidade e por Moreira (1999), pode-se considerar os seguintes armazéns: (1) Armazém de Produtos Farmacêuticos, (2) Armazém de Material de Consumo Clínico, (3) Armazém de Produtos Alimentares, (4) Armazém de Material de Consumo Hoteleiro, (5) Armazém de Material de Consumo Administrativo, (6) Armazém de Material de Manutenção e Conservação e (7) Armazém de Outro Material de Consumo.

A importância económica destes serviços num hospital, é por demais conhecida, e como já foi referido, deve constituir preocupação dominante, em termos de rentabilidade, daqueles que estão à frente dos seus destinos, obrigando-os a estudos e investigações apuradas e constantes dos diversos centros de custos, pelas vias de racionalização e da eficácia (Lucas, 1984; Folland et al., 2001; Ozcan et al., 1993; Lunn, 2000).

O hospital tornou-se hoje um dos maiores consumidores de bens e de serviços, e por outro lado, um produtor de serviços importantes, serviços, estes que, embora difíceis de avaliar em dinheiro, são economicamente apreciáveis pelo bem-estar sanitário e social que proporcionam às populações. Todavia, os recursos de que o hospital poderá dispor não crescem indefinidamente, acompanhando o ritmo da procura, pelo que, somente a

adopção dos modos de gestão mais eficazes poderão concorrer para o seu funcionamento óptimo.

É evidente que o hospital, integrando-se no contexto sócio-económico do país, necessariamente dependerá das políticas traçadas e das conjunturas que o mesmo atravessar, mas o êxito, o prestígio e os resultados, hão-de ser alcançados mais pela preparação, saber e interesse dos que o dirigem, do que pela abundância dos meios postos à sua disposição (Carvalho, 1973a). E tanto assim é, que existem serviços, onde os recursos abundam, e, contudo os resultados são francamente desfavoráveis, e outros, ao inverso, em que os recursos escasseiam, mas com uma gestão eficiente, atingir os objectivos satisfatoriamente.

Como já se afirmou, o legislador, no Regulamento Geral dos Hospitais, não fez mais do que constatar uma realidade que se impõe sob o ponto de vista económico. No entanto, o economista, ao encarar a realidade hospitalar, aponta quatro grandes factores: a clientela, os meios de produção, os produtos, os centros de decisão, ou sejam os componentes do espaço económico duma organização, a que falta só um outro: o lucro (Pinto, 1972).

Em Portugal, em geral, e no hospital em particular, vem-se notando uma crescente consciencialização sobre a Gestão de Materiais. Esta importância advém-lhe fundamentalmente do elevado montante de verbas que dispõe a seu cargo. Este montante traduz a importância e responsabilidade que esta função requer, mesmo tendo em atenção que o seu desempenho implica custos elevados, designadamente em meios humanos e meios materiais (Manso, 1980). Perante esta situação, é necessário que os orgãos de gestão do hospital estejam conscientes das vantagens económicas que se podem obter pela facto de a função de aprovisionamento estar correcta e plenamente desempenhada, sem esquecer que "*dificilmente se encontrará uma área de gestão em que o aprovisionamento não esteja envolvido*" (CUF, 1972b *in* Manso, 1980, pág 4).

Inúmeras são as razões que levaram a que o aprovisionamento tomasse lugar de destaque nas organizações, e isto desde sempre (Ligeiro, 1979; DRHMS, 1990), das quais se destacam os: (1) factores económicos, (2) informativos e (3) de cooperação.

3.3.1 Factor económico

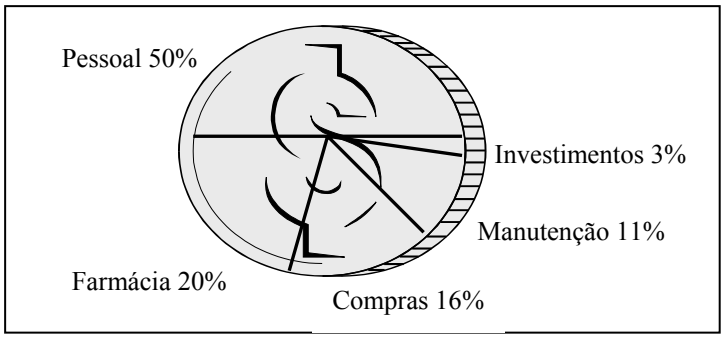
Os avultados investimentos que o sector da saúde tem exigido reclama que, progressivamente, sejam implementados, nos estabelecimentos hospitalares, os fundamentos de uma correcta gestão de materiais com vista à obtenção de uma maior eficiência dos recursos a utilizar (Reis, 1981). Só a título de exemplo, pode referir-se o responsável pelos Serviços de Aprovisionamento dos Hospitais da Universidade de Coimbra, que diz que regra geral do orçamento de qualquer hospital, depois de retirado o montante imputado ao pessoal, 80% dizem respeito a investimento só na área dos medicamentos.

Para que os hospitais tenham êxito, é essencial que controlem os seus custos de aprovisionamento, incluindo os custos com a mão-de-obra associada a actividades de aprovisionamento. Não é possível controlar os custos se estes nem sequer forem conhecidos, o que sucede no sistema actual em que as actividades de aprovisionamento estão dispersas por diversos serviços. Estas devem ser centralizadas e ficar subordinadas a uma direcção (DRHMS, 1990). Como resultado desta centralização das responsabilidades do aprovisionamento, o pessoal de enfermagem fica mais disponível para a prestação de cuidados directos aos doentes (GSEAS, 1988).

Nas organizações prestadoras de cuidados de saúde, o factor trabalho é uma variável determinante para o nível de eficiência da organização, dado que, em termos de estrutura de custos directos, é a parcela mais importante na maior parte dos hospitais. A título de exemplo, refira-se que segundo a publicação do Elementos Estatísticos-Saúde/91 (DEPS), nos hospitais centrais, em 1991, a área do internamento, os custos com pessoal representavam 72,7% do total de custos directos. Os Produtos Farmacêuticos e Outro Material de Consumo Clínico representavam 18,5% (67% do restante) e a categoria Outros representava apenas 8,8% dos custos directos (Vieira, 1994).

Contudo, não se trata somente de construir, equipar ou gerir melhor os recursos disponíveis, é também preciso optimizá-los (Madeira, 1990; Borges, 1988; Carvalho, 1973b). A política de gestão hospitalar deverá orientar-se neste sentido, mas para o conseguir terá forçosamente de ter em conta as novas tecnologias (Madeira, 1990).

No trabalho elaborado por Montes Temes (1999) afirma-se que em cada 100 pesetas utilizadas pelos serviços de saúde, cerca de 16% é afectado às compras. Espanha conta com 120.000 camas públicas e cada uma delas custa 20 milhões de pesetas por ano (Figura 3.1).



Fonte: Adaptado de Montes Temes (1999).

Figura 3.1 - Gastos de Saúde – Espanha 1999

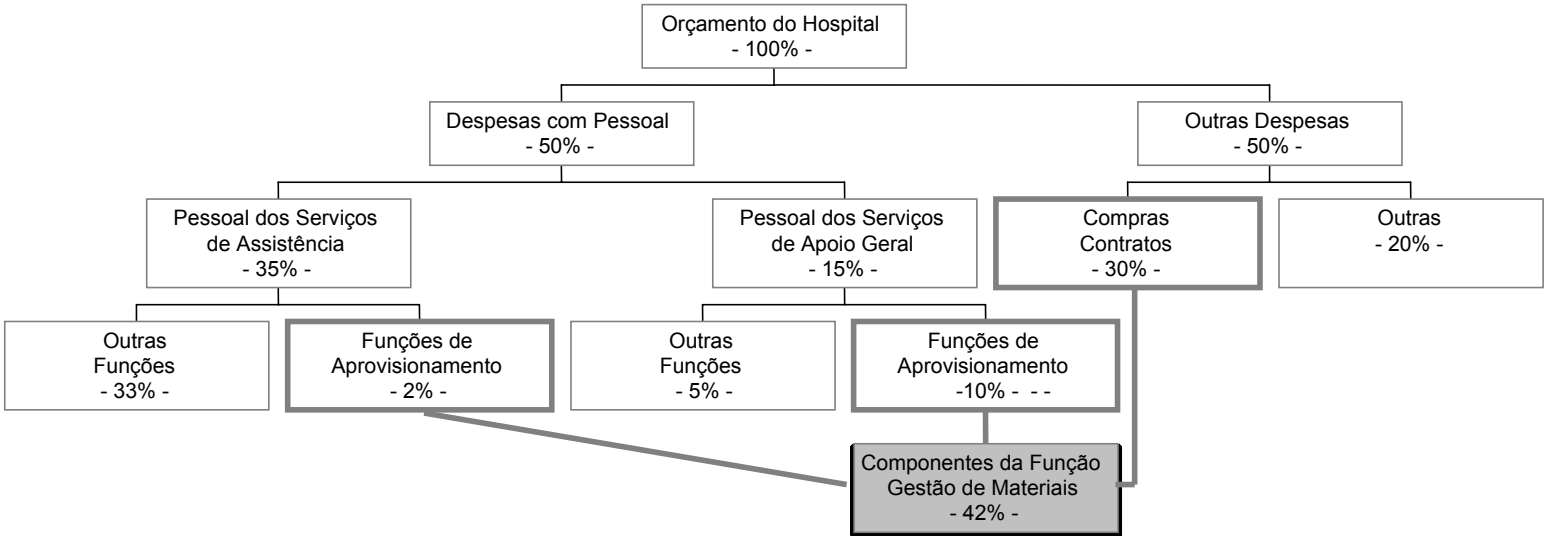
Na Figura 3.1 ilustra-se o método de cálculo seguido nos hospitais americanos para determinação desse valor, que é, em média 42%.

3.3.2 Factor informativo

Outro factor que leva a que o aprovisionamento tenha um lugar de destaque nas organizações, é o factor informativo. Todas as informações ou documentação que chegam ao hospital através do aprovisionamento são óptimos meios informativos e até fontes de novos métodos tecnológicos tão interessantes para os hospitais. Algumas informações que o aprovisionamento possui podem ser de grande utilidade para as outras áreas dos hospitais, como sejam as informações relacionadas com custos dos produtos, consumos, etc.

3.3.3 Factor cooperação

Não é apenas o seu impacto em termos económicos que confere importância ao aprovisionamento, mas também o facto de se tratar de uma função que tem ligações com todos os sectores e da qual depende o perfeito funcionamento do Hospital (Caroço, 1988).



Fonte: Adaptado de David (1988).

Figura 3.1 - Importância da Gestão de Materiais no Orçamento do hospital

A possibilidade de cooperar com os outros sectores do hospital é, em muitos casos, indispensável ao seu bom funcionamento (Ligeiro, 1979).

A eficiência no tratamento dos doentes é condicionada pela existência ou não dos materiais necessários para o efeito, em quantidade convenientes e na altura devida. E é ao aprovisionamento que compete zelar para que tal aconteça, de preferência minimizando os custos inerentes.

3.4 ANÁLISE DOS STOCKS – ANÁLISE ABC

A análise de *stocks* deve ser a primeira fase da aplicação de um sistema de Gestão de Materiais, no sentido de determinar com precisão qual a natureza do campo de estudo, quais os artigos onde "*a eficácia pode ser atingida e onde as economias podem ser realizadas*" (IBM, Systeme de Gestion des *stocks*, PICS, 1978 in Manso, 1980). Só depois desta análise, se está em condições de saber o que se vai gerir e a maneira de gerir.

Na Gestão de Materiais têm surgido novas filosofias, nomeadamente, o Just-in-Time (JIT) em que tudo aquilo que vai para além do mínimo necessário, em termos de materiais, máquinas e força de trabalho necessário para acrescentar valor ao produto, é visto como desperdício. Apesar disso, na realidade dos Hospitais a ideia de que não se deve utilizar os mesmos métodos de gestão para os artigos de custo elevado e/ou estratégicos e para os artigos de custo baixo (Manso, 1980; Delmar, 1982; Waters, Abdallah e Santillán, 2001), considerada por alguns de "antiga" continua a ser defendida. Desta maneira, os custos de gestão destes últimos seriam superiores aos benefícios que daí adviriam. E mais: o seu grande número requeria um tempo demasiado longo que obrigaria a não se prestar a devida atenção aos artigos de custo mais elevado.

Este salutar princípio levanta imediatamente o seguinte problema: Como classificar aqueles artigos? Esta classificação terá que ser feita, tal como afirmam Braga (1991), Pires (1997) e Waters et al. (2001) em função do **objectivo** que se pretende atingir. Assim, pode-se dividir por valores anuais comprados, valores de *Stock* (*Stock* médio ou *Stock* momentâneo), valores de consumo, quantidades de consumo (nas respectivas unidades), frequência de consumo, etc.

Para proceder à classificação recorre-se à análise ABC. Esta é uma técnica com que se pretende fazer uma análise de *stocks* segundo determinados critérios – valor investido, frequência de saídas e outros -, de maneira a repartir os *stocks* em grupos ou classes A, B e C, de acordo com o número de artigos e as suas características particulares, a fim de aplicar métodos de gestão diferenciados (Duarte, 1971b; Manso, 1980; Delmar, 1982; Waters et al. 2001; Huarng, 1998; Law et al., 1993; Vastag e Whybark, 1993; Young, 1992). Esta análise revela-se, efectivamente, um importante meio de gestão. Resulta da constatação empírica de que os armazéns têm, habitualmente, uma grande heterogeneidade de artigos e que conduzirá a definir um tipo de gestão (controle e contabilização, métodos de reaprovisionamento) diferente para os artigos do grupo A, outro para os artigos do grupo B e outro para os artigos do grupo C.

Por esta razão, é usual classificar-se cada artigo, existente em *Stock*, segundo a importância relativa do seu valor de consumo anual (quantidade anual consumida X preço ou custo unitário) no valor do consumo anual de todos os artigos. A esta abordagem chama-se ***Classificação "ABC"*** ou ***"Análise ABC"***, que não é mais do que uma aplicação da lei de Pareto, ou lei dos 20 - 80, isto é, a expressão empírica de que 20% do número total de artigos corresponde cerca de 80% do valor investido no *stock* ou do número de saídas do artigo considerado, conforme um ou outro critério escolhido (Reis, 1981; Tersine, 1994; Dilworth, 1996).

É um interessante modelo para se controlar os materiais e que parte do princípio de que a maior parte do investimento em materiais está concentrado num pequeno número de itens. Essa classificação permite que os Stocks sejam divididos, de acordo com a quantidade ou o seu valor monetário, em três classes, (Chiavenato, 1990 e 1991; Tersine, 1994; Delmar, 1982; Waters et al. 2001) a saber:

Classe A: constituída por um pequeno número de itens que totaliza uma grande percentagem do valor total movimentado. São os itens mais importantes e merecem um tratamento individual, pois representam uma pequena percentagem dos itens que respondem por um enorme quantidade ou valor monetário total. Assim, poucos itens (20% do total) são responsáveis pela maior parte (80%) do valor dos *stocks*.

Classe B: corresponde aos itens intermédios entre a *Classe A* e a *Classe C*. Merecem uma atenção especial pela sua relativa importância face ao razoável valor global dos *stocks*. 20 a 25% dos itens representam aproximadamente 15% do valor dos *stocks*.

Classe C: composta por um grande número de itens que representa uma pequena percentagem do valor total movimentado. São os itens mais numerosos e menos importantes, pois respondem por uma pequena percentagem do valor monetário total. Merecem, portanto, menor atenção individualizada. Uma enorme quantidade de itens (60 a 65% do total) representa um valor desprezível (5 a 10%) dos *stocks*.

A análise ***ABC*** torna óbvio que a atenção maior da organização se deve concentrar nos itens de classe ***A***, cujo valor monetário é enorme – chegando a aproximadamente 80% do total - enquanto as classes ***B*** e ***C*** - que no seu conjunto representam 20% do total - podem ser tratados por procedimento semi-automático que não exija muito tempo de decisão, pois o seu valor monetário é relativamente pequeno (Chiavenato, 1991; Reis, 1981; Tersine, 1994; Dilworth, 1996; Concheiro Santos e Dieguez Benito, s/d; Waters et al. 2001).

O mesmo sucede nos hospitais onde se pode verificar que um número elevado de artigos existentes nos armazéns obrigam a prestar uma mais cuidada atenção aos mais importantes, em valor investido ou frequência de saídas, consoante for o objectivo da análise (Reis, 1981).

Nos *stocks* hospitalares, aos citados 80% nunca corresponde uma percentagem superior a 5 ou 6 do número de artigos em estudo. Assim, o grande interesse da Análise ABC reside em tornar possível uma melhor vigilância dos *stocks* com maior economia de esforços (Reis, 1981). Em Hospitais Distritais, talvez, se não justifique levar tão longe a análise, todavia julga-se do maior interesse individualizar dois grandes grupos de artigos (A e B) e definir para cada um deles processos de gestão próprios (Duarte, 1971a; Waters et al. 2001).

Este método também nos ensina que para os artigos ou famílias de artigos da classe A, a previsão se deve efectuar em função dos planos gerais e para os das classes B e C podem

utilizar-se extrapolações de consumos passados, tendo em conta as expectativas (Concheiro Santos et al., s/d).

3.5 PREVISÃO DAS NECESSIDADES

Para que se possa fazer uma boa gestão de materiais é fundamental procurar determinar qual será o valor do consumo, de forma a que se possa constituir um plano de previsão de necessidades sustentado em bases racionais (Razakaboana, 1969; Makridakis e Wheelwright, 1989; Vollman, Berry e Whybark, 1997) e as suas implicações económicas e financeiras (Beech, 2001; Caruana, 2001; Moon, Mentzer e Thomas, 2000; Qureshi, 1999). Planos estes que serão sempre susceptíveis de alguma margem de erro, por existirem variáveis que não se conseguem dominar.

Mas estes erros são também na maior parte das vezes susceptíveis de correcção, e, para que a margem de erro seja a menor possível, é fundamental existir uma relação muito estreita entre os serviços de aprovisionamento e os serviços utilizadores de forma a que se possa ter, com a devida antecedência, a exactidão de todos os dados que permitam elaborar a respectiva previsão, sendo de uma maneira geral estes dados retirados do histórico dos consumos (Pires, 1997). Alt (2001) afirma que em muitas organizações o que se compra não satisfaz as necessidades existentes, não em termos de quantidade, mas em termos de especificações de produto.

Existem vários métodos matemáticos que permitem calcular a previsão dos consumos. O primeiro problema que se apresenta ao responsável da realização de uma previsão, e concretamente no nosso caso da previsão das necessidades de materiais e da sua compra, é o número de artigos que se devem estudar. O segundo problema é escolher a técnica mais adequada para conseguir a melhor estimativa da necessidade de cada um dos materiais escolhidos (Concheiro Santos et al., s/d). Para resolver este problema é de grande ajuda a Análise ABC.

O segundo problema pode enfocar-se de duas maneiras: ou se presume que a história passada é indicativa das perspectivas futuras, ou que não o é. Os dados históricos de um material podem ser examinados sob os pontos vista da sua média, tendência, sazonalidade

e a responsabilidade dos dados mais antigos nas expectativas futuras. No caso de inexistência de elementos, ou de estes não serem insuficientes para efectuar uma previsão, os estudos de mercado, estudo de fornecedores e correlações com indicadores económicos etc, serão as mais adequadas para elaborar a previsão das necessidades (Concheiro Santos et al., s/d).

3.5.1 A Procura

As características da procura influenciam decisivamente o comportamento do *stock* de um artigo bem como a importância relativa das várias categorias de *stock*. Assim, por exemplo: o nível do *stock* de segurança de um artigo será tanto maior quanto maior for o grau de variação da sua procura; o nível de *stock* de um artigo irá variar enormemente ao longo do tempo, se a sua procura seguir um padrão sazonal (Huarng, 1998).

As características mais importantes da procura são as seguintes: unidade de medida, dimensão e frequência das encomendas, uniformidade da procura, independência da procura, possibilidade de diferir encomendas não satisfeitas, sistema de distribuição física e qualidade das previsões.

3.5.2 Metodologia de Previsão dos Consumos

A satisfação das necessidades da organização, uma vez efectuado o ajuste das exigências respectivas, segundo Santos (1984) e Bruel (1986), toma a forma de: um Programa de Consumo, que compreende a lista dos produtos a aprovisionar (nomenclatura de aprovisionamento), a definição das características de qualidade e quantidade por cada produto, as datas de utilização e por último o nível de segurança (riscos de ruptura); o Plano de Aprovisionamento que engloba a mesma lista de produtos por família e o Programa de Entregas para cada produto, isto é, as quantidades em cada data.

Os gastos de tempo e de recursos financeiros são determinados por decisões dos responsáveis, decisões estas que deverão ser baseadas em estimativas e previsões (Caruana, 2001; Qureshi, 1999; Moon, et al., 2000; Beech, 2001). As previsões podem ser feitas recorrendo a métodos qualitativos e quantitativos, embora nenhum deles possa ser considerado como ideal para todos os casos. A mesma organização pode usar diferentes

técnicas para diferentes produtos. É difícil determinar o efeito que as mudanças do preço de venda, da qualidade do produto, das técnicas de marketing, das promoções, das condições económicas, etc têm na procura, o que afecta a *perfomance* das previsões.

Independentemente do método adoptado, os resultados obtidos dão, aos responsáveis pelas tomadas de decisão, apenas um ponto de partida para a elaboração da previsão final. Muitas empresas ainda não perceberam a utilidade desta ferramenta de apoio à decisão que é a previsão da procura (Moon et al., 2000). Esta requer, habitualmente, informações adicionais na forma de julgamentos, intuição e experiência (Tersine, 1994). Nenhuma organização deve fazer uma previsão e segui-la cegamente sem efectuar revisões periódicas (Qureshi, 1999). Os métodos de previsão mais conhecidos apresentam-se no Quadro 3.1.

Quadro 3.1 – Métodos de Previsão da Procura

	Métodos	Autores
Qualitativos	**Inquérito Directo**	Dilworth (1996); Makridakis et al. (1989); Schroeder (1993); Tersine (1994); Delmar (1982).
	Técnica Delphi	Tersine (1994); Delmar (1982).
Quantitativos	**Séries Cronológicas ou Temporais**	Tersine (1994); Santos (1984); Vicente et al. (1976).
	➢ Procura Do Último Período	Tersine (1994); Dilworth (1996); Delmar (1982).
	➢ Média Aritmética	Tersine (1994); Dilworth (1996); Delmar (1982).
	➢ Média Móvel	Tersine (1994) Dilworth (1996) Makridakis et al. (1989; Schroeder (1993); Vollman et al. (1997) Chase e Aquililano (1995).
	➢ Média Móvel Exponencial	Tersine (1994); Dilworth (1996) Makridakis et al. (1989); Schroeder (1993); Vollman et al. (1997) Chase et al. (1995) Delmar (1982) Caruana (2001).
	➢ Análise Da Regressão	Dilworth (1996) Makridakis et al. (1989); Schroeder (1993); Sanders e Manrodt (1994); Tersine (1994); Chase e Aquilano (1995).
	➢ Box-Jenkins Ou Método Integrado Auto Regressivo Da Média Móvel	Tersine (1994); Dilworth (1996) Delmar (1982) Caruana (2001).
	Indicadores Económicos	Tersine (1994); Dilworth (1989); Delmar (1982) Beech (2001).
	Modelo Econométrico	Tersine (1994); Makridakis et al. (1989); Schroeder (1993); Delmar (1982) Proietti (2000).

3.6 GESTÃO ECONÓMICA DE MATERIAIS

3.6.1 Introdução

As organizações possuem, em armazém, como já foi afirmado, um elevado número de artigos e, por isso, as decisões sobre as duas questões básicas da gestão económica de materiais - quando encomendar? e quanto encomendar? - devem ser tomadas em função de critérios bem delineados.

No que diz respeito à resposta a "**quando encomendar?**": é necessário, respeitando as cadências, fixar no tempo uma data conveniente para a efectivação das encomendas de cada artigo. Com efeito, existe para um certo número de produtos, uma época, durante a qual, a qualidade pode ser melhor, o preço mais baixo, etc. As datas das encomendas devem coincidir com os melhores períodos de compra. Regra geral, é de interesse conhecer estes pontos baixos ou estes pontos altos, e esta particularidade deve ser explorada para orientar as compras, pois, assim resultam economias apreciáveis. Esta ideia coaduna-se, além disso, com a de periodicidade já invocada.

Numa segunda fase, e como refere Rambaux (1964) e Delmar (1982) há que considerar os critérios seguintes: interesse em agrupar os produtos por afinidade, comportamento das saídas, natureza específica do produto, interesse da armazenagem para a exploração, superfície e características dos locais disponíveis para armazenar os *stocks* e possibilidades financeiras da exploração.

Finalmente, a repartição estabelecida sobre estas bases determina o ritmo de renovação das encomendas de cada artigo, em que as datas, judiciosamente escolhidas, serão escalonadas ao longo do ano de forma a equilibrar o trabalho dos profissionais do sector. Ela conduz, portanto, ao estabelecimento de uma programação das encomendas e à fixação de um calendário de aprovisionamento.

No que diz respeito à resposta a "**quanto encomendar?**" tendo sido determinadas as periodicidades económicas de renovação das encomendas e a data de cada uma destas, há que fixar a quantidade a encomendar.

3.6.2 Custos

Quando se pretende dar respostas às questões, do momento e da quantidade a encomendar, há que tentar atingir o objectivo que está sempre presente na Gestão Económica de Materiais, e que é a minimização dos custos totais.

Ao decidir produzir ou adquirir materiais de qualquer tipo para manter em *stock*, uma organização incorre em custos que de uma forma agrupada resultam no Custo Total e que tenta manter ao mais baixo nível (Salomon et al., 1991; Dejohn, 2000b; Fisher, 1983; Jennings e Plank, 1995). Mas o Custo Total de Aprovisionamento é um valor que engloba não só o de aquisição, mas também o de efectivação de encomenda e o de posse dos stocks, assim, como poderá englobar outro tipo de custos (Delmar, 1982)

É possível afirmar que nenhum hospital nacional tem, na sua generalidade, uma noção razoável do custo total de aprovisionamento de artigos, ou de classes homogéneas de artigos, porque tais valores inserem-se numa gestão económica dos materiais neles inexistentes (Reis, 1981). No entanto, o conhecimento de tal custo é muito importante porque, como o seu nome indica, representa o montante total que se tem de pagar pelo que se aprovisiona.

Existem uma garnde diversidade de custos, de seguida, e de forma sucinta abordar-se-á a problemática dos diferentes custos nas suas diferentes vertentes, nomeadamente, a sua definição e complexidade de cálculo.

3.6.2.1 Custo de Aquisição

Os custos de aquisição podem ser traduzidos pelo valor pago ao fornecedor pelos artigos que forneceu durante um ano ou seja, o custo de aquisição será igual ao número de unidades recebidas durante esse ano a multiplicar pelo preço unitário pago ao fornecedor. São também considerados custos de aquisição, todo um conjunto de encargos relacionados com a aquisição de produtos, como sejam portes, seguros de transporte (quando estes são da responsabilidade do comprador), etc. (Santos, 1984; Starr, 1966; Vicente et al., 1976; Tersine, 1994; Galloway, 1993; Dilworth, 1996). Assim pode afirmar-se que o custo de aquisição corresponde ao valor (encargo) dos produtos à entrada do armazém do comprador.

3.6.2.2 Custo de Encomenda

Um dos indicadores de gestão de qualquer sector de compras é o custo de emissão de encomendas. Não significa isto que a um baixo custo de emissão corresponda um elevado grau de eficiência, pois, isto poderá depender em grande escala do género de material que se adquire, do tipo de compra que se executa, do nível de organização da empresa e dos elementos ligados a esta função, além de outros que naturalmente ocorrem para que estes custos variem de forma substancial.

Uma vez que o custo da encomenda influi nos custos finais dos artigos adquiridos, poderá parecer, à primeira vista, que o que se deve procurar é reduzir o número de encomendas a emitir para cada artigo, a fim de limitar as despesas que tal emissão acarreta para o sector de compras. Estas despesas dizem respeito não só ao custo de todo o processo burocrático, mas também ao pessoal que se ocupa de todo o circuito de execução de uma compra, no que se inclui a análise do pedido, as consultas de mercado, a apreciação das propostas, o controlo dos prazos de entrega, a recepção quantitativa e qualitativa, a conferência das facturas e sua liquidação ao fornecedor, etc. No caso dos hospitais, há que ter em linha de conta mais alguns factores como por exemplo todo o enquadramento legal e procedimentos, a respeitar, para a realização de cada compra.

Em termos de custo de encomenda, utiliza-se o *custo médio de encomenda* que corresponde ao quociente do montante anual de despesas do sector de compras pelo número anual de encomendas passadas por este sector (Tersine, 1994; Galloway, 1993; Dilworth, 1996; Delmar, 1982).

3.6.2.3 Custo de Posse

A determinação do custo de posse pressupõe a obtenção de uma ordem de grandeza que represente para a organização os encargos resultantes do facto de possuir stocks, a fim de encontrar um *stock* **médio**, de maneira a que o capital investido seja baixo, onde os custos sejam proporcionais ao valor do *stock* (Tersine, 1994; Galloway, 1993; Dilworth, 1996; Delmar, 1982). Os componentes do custo de posse são entre outros para Assis e Figueira (1991) e Manso (1980): a remuneração ao pessoal, o juro do capital imobilizado em stocks, a movimentação e conservação dos stocks, a desvalorização dos stocks, a amortização dos equipamentos utilizados, os seguros, o risco de obsolescência, etc.

Uma das formas de conseguir a diminuição dos custos de posse seria a diminuição das quantidades adquiridas, em cada encomenda e o aumento do número de encomendas. Mas este aumento do número de encomenda por ano, tem como efeito o aumento dos custos de encomenda. Assim há que tentar encontrar um equilíbrio entre estes dois custos. Uma outra forma de diminuir os custos de posse é a implementação das práticas associadas à filosofia Just-In-Time (JIT). O JIT pode-se dizer que tem como objectivo aumentar a qualidade, a produtividade, eliminar o desperdício, cumprir prazos, reduzir custos, tornar todo o processo produtivo flexível e produzir o produto certo no local certo e no momento certo (Lubben, 1989; Assis, 1992; Tersine, 1994).

Assim 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 (Braga, 1991). O custo de posse é geralmente expresso através de uma taxa sobre o custo de aquisição.

3.6.2.4 Outros Custos

Os custos acima mencionados são os que normalmente são considerados mais relevantes na determinação da política de gestão de materiais. Outros tipos de custos também podem ser importantes em casos específicos.

Assim, como referem Starr (1966), Tersine (1994), Galloway (1993), Dilworth (1996), Delmar (1982), existem outros tipos de custos, tais como custos sistemáticos associados ao funcionamento do sistema de *stocks*, demoras no processamento das ordens, descontos não obtidos, preparação, interrupção de produção, recuperação e expedição. Dependendo das circunstâncias, um ou mais destes custos predominarão na avaliação da política de *stock*. Um outro tipo de custo é aquele que está associado à ruptura de stocks. Uma ruptura de *stock* apresenta normalmente as seguintes consequências (Marques, 1992):

- Perda de venda/prestação do serviço (custo tangíveis);
- Perda de imagem junto do mercado, cujo custo é extremamente difícil calcular (custos intangíveis).

Após tudo o que foi apresentado, pode concluir-se que devem sem ser dadas respostas às questões da quantidade que se deve encomendar e do momento em que essa encomenda

deve ser feita, de forma minimizar os custos totais. Isto é encomendar a quantidade que permita equilibrar (igualar) os custos de encomenda e os de posse (quando se estão a considerar apenas estes dois tipos de custos e se marginaliza os custos, por exemplo, de ruptura de stock).

3.6.3 Procura Dependente/ Independente

Existe a necessidade de encontrar modelos adequados dadas as características do aprovisionamento, as quais são determinadas pela natureza da procura. Assim, a problemática da Gestão Económica de Materiais pode ser abordada de duas formas distintas quanto ao tipo de procura de bens: Procura Dependente e Procura Independente.

3.6.3.1 Procura Dependente

Na procura dependente, a necessidade de qualquer artigo é resultado directo da necessidade de um outro artigo, normalmente num artigo de nível superior do qual aquele faz parte (Chase et al., 1995).
Os artigos de procura dependente são aqueles componentes e materiais necessários para produzir o produto final, ou seja, a procura dependente implica que, o processo de determinar o número de artigos necessários e quando são necessários, seja calculado, simplesmente, a partir de como é concebido o produto final e como se desenvolve o processo de produção.

A procura dependente, não é constante, ao longo do período de tempo mas, tende a ocorrer em pontos específicos. Assim, a procura dependente é denominada "*por impulsos*" (Chase et al., 1995). A procura por impulsos é provocada pela forma como o processo de produção é operado. Na maioria dos casos, a produção é executada por lotes e todos os artigos necessários para produzir o lote são normalmente retirados dos stocks ao mesmo tempo e não unidade por unidade. Os artigos com procura dependente estão fundamentalmente presentes em actividades de produção industrial e não se adaptam à realidade dos hospitais.

3.6.3.2 Procura Independente

A procura de artigos, é considerada independente, quando a necessidade de um artigo não é resultado directo da necessidade de um outro artigo, por isso, as quantidades necessárias

de cada artigo têm que ser determinadas separadamente. A este tipo de procura está sempre associado um grau de incerteza (Chase et al., 1995).
Usualmente os modelos com aplicação a artigos de procura independente são modelos matemáticos e os produtos com este tipo de procura são geralmente pertencentes à classe dos produtos acabados. A determinação das necessidades, de produtos com procura independente, apenas pode ser estimada por previsões, não sendo possível a sua exactidão.

Com o objectivo de dar resposta às clássicas questões de quanto e quando, têm sido propostos ao longo do tempo uma grande variedade de modelos. De seguida ir-se-ão analisar, de forma breve, alguns desses modelos.

3.6.4 Alguns Modelos

3.6.4.1 Lote Económico

O primeiro e grande modelo de Gestão Económica de Materiais é desenvolvido tendo por base um conjunto de pressupostos que simplificadores da realidade e têm como objectivo a minimização dos custos. Para isso foi considerada uma função para os Custos Totais e da qual se determina a quantidade (Q) que minimiza essa função, ou seja os custos totais.

O primeiro modelo para o cálculo de **Quantidade Económica de Encomenda - QEE** foi apresentado em 1915, por F. Wilson Harris, e tornou-se conhecido por Fórmula de Wilson (Assis et al., 1991; Tersine, 1994; Dilworth, 1996; Delmar, 1982; Schroeder, 1993).

Este modelo procura minimizar os custos originados pela posse de *stock* e custos originados pelo aprovisionar (Lee, Moore e Taylor; 1985 Tersine, 1994; Galloway, 1993; Dilworth, 1996; Delmar, 1982; Velocci, 2000; Hitomi, 1995; Huarng, 1998; Caruana, 2001; Qureshi, 1999; Moon, et al., 2000; Beech, 2001; Law et al., 1993; Quellet, Roy, Cardinal e Rosconi, 1982; Beier, 1995), ou seja, preparar, expedir e fazer a recepção de encomendas e assume os pressupostos já referidos aquando da descrição dos custos. A este método tradicional dá-se o nome de **Lote Económico.**

São os seguintes os pressupostos em que se baseia o Lote Económico (Tersine, 1982; Dilworth, 1996; Tersine, 1994; Delmar, 1982): (1) a procura constante e conhecida, (2) o custo unitário constante, (3) o prazo de aprovisionamento constante e conhecido, (4) os custos de posse e de encomenda fixos, (5) as encomendas, quando são recebidas, entram instantaneamente em inventário, (6) não são consideradas rupturas de *stocks* e (7) não há limitações de armazenamento.

Este modelo como está associado a um conjunto de pressupostos muito restritivos, tem levado ao surgimento de alguns modelos que, tendo por base o Lote Económico, têm em atenção a não verificação de um, ou mais, dos pressupostos, mas sempre com o objectivos de minimização dos custos (Hitomi, 1995; Huarng, 1998; Caruana, 2001; Qureshi, 1999; Law et al., 1993; Quellet et al., 1982; Beier, 1995; Diaby, Bahl, Karwan e Zionts, 1992; Lee, 1992; Keller e Noori, 1988; Roundy, 1993; Kwak, Durbin e Stanley, 1991; Moon, et al., 2000; Beech, 2001; Velocci, 2000).

Apesar das limitações inerentes à aplicação do Modelo da QEE, tem havido na prática alguns casos de sucesso na sua aplicação, por exemplo, na indústria farmacêutica (Quellet et al., 1982) e também alguns investigadores têm aproveitado a base teórica do modelo QEE e têm criado outros modelos para determinação das quantidades mais económicas de encomenda. Assim, entre outros, foram desenvolvidos os modelos do Lote Económico de Produção Contínua, do Lote Económico com Descontos de Quantidade e do Lote Económico com Limitação de Armazenamento (Braga, 1991; Manso, 1980; Delmar, 1982; Marques, 1992; Rambaux, 1964; Santos, 1984; Vicente et al., 1976; Zermati, 1987 e 1990; Starr, 1966; Makridakis et al., 1989; Vollman et al., 1997; Sanders et al., 1994; Lan, Chu, Chung, Wan e Lo (1999), Khouja (2001), Urban (2000), Sarker, Jarnal e Wang (2000), Corbett (2001), Vasconcelos e Marques (2000), Teo e Bertsimas (2001), Roan, Gong e Tang (2000), Guder e Zydiak (2000), Aviv e Federgruen (2001) e Geunes, Ramasesh e Hayya (2001).

3.6.4.2 Lote Económico de Produção Contínua

Neste caso, considera-se que a reposição em inventário não se processa instantaneamente mas sim, progressivamente. Assim sendo, um dos pressupostos básicos do modelo

clássico não se verifica. Este caso ocorre na prática, nomeadamente, quando o fornecimento é feito ao nível interno.

3.6.4.3 Lote Económico com Descontos de Quantidade

Frequentemente, os fornecedores e fabricantes oferecem, de entre outras regalias, descontos aos seus clientes, para reduzirem Stocks acumulados, aumentarem o volume de produção (vendas), se eliminar Stock que em breve se tornará, obsoleto.

Uma vez calculada *Q*, e tendo em conta que se pretende beneficiar de descontos, há que adoptar um modelo de gestão que permita efectuar uma encomenda dessa quantidade económica.

3.6.4.4 Lote Económico com limitação de armazenamento

Este modelo é aplicado quando existem limitações na capacidade de armazenamento da empresa e por isso esta vai recorrer o aluguer de um armazém (*S* – custo de armazenamento por ano). Uma vez conhecido o valor de *S*, há que adoptar um modelo de gestão que permita encomendar uma quantidade que optimize aquele custo adicional.

3.6.4.5 Lote Económico com procura não constante

O stock de segurança constitui uma existência adicional ao stock normal, que tem por objectivo proteger a organização de rupturas, que podem ter origem em consumos acima daqueles que eram previstos ou porque os prazos de entrega das encomendas excederam os que tinham sido, previamente, acordados com o fornecedor (Paulino, 1999). O *stock* de Segurança não seria necessário se essas situações de ruptura não ocorressem (Braga, 1991; Manso, 1980; Delmar, 1982), mas como elas acontecem, há que manter uma certa quantidade em *stock* que proporcione protecção contra uma ou várias daquelas eventualidades.

A questão da determinação do SS deve ter em atenção o custo associado á sua posse. O custo de posse do stock de segurança é proporcional à segurança que se pretende e que deve ser variável de acordo com a importância do stock em questão. A presença de um *stock* de Segurança implica um aumento do custo de posse total (Marques, 1992). Este custo adicional pode e deve, no entanto, ser compensado pela economia gerada pela não

ocorrência de rupturas. Portanto, há que estabelecer um certo equilíbrio entre o custos de posse e o custo de ruptura de stock. Assim como conhecer o risco de ruptura que a organização pretende assumir para os vários artigos que tem em stock.
Alguns autores e especialistas (Rambaux, 1964; Santos, 1984; Vicente et al., 1976; Zermati, 1987 e 1990; Starr, 1966; Delmar, 1982; Makridakis et al., 1989; Vollman et al., 1997; Sanders et al., 1994) preconizam o estabelecimento do *stock* de segurança ou de protecção em função da quantificação do risco de ruptura, quer isto dizer que, atribuem um valor às consequências da ruptura do *stock* para a organização.

Com o desenvolvimento de tecnologias e a introdução do MRP [4] (ou de outras técnicas), defendeu-se que estes modelos estariam desadequados e ultrapassados também porque são baseados em pressupostos irrealistas. Apesar disso, eles parecem ainda ser apropriados em muitas áreas das indústrias, dos serviços e em milhares de empresas envolvidas na distribuição de produtos e componentes (Chase et al., 1995). A título de exemplo, em termos de desenvolvimentos teóricos de modelos, encontram-se trabalhos recentes como os de Lan et al. (1999), Khouja (2001), Urban (2000), Sarker et al. (2000), Corbett (2001), Vasconcelos et al. (2000), Teo et a. (2001), Roan et al. (2000), Guder et al. (2000), Aviv et al. (2001) e Geunes, et al. (2001). De igual modo, têm-se verificado propostas de aplicações práticas desses desenvolvimentos teóricos nas áreas industrial, hospitalar, financeira, transportes, etc. feitas por: Levin e Zahavi (2001), Woodward (2000), Gumani e Tang (1999), Beier (1995), Kwak et al. (1991), Hitomi (1995), Quellet et al. (1982), Business Owner (2000), Velocci (2000) e Piaseckj (2001).

[4] O Material Requirements Planning (modelo MRP) responde a questões que os outros modelos não abordam a utilização descontínua de materiais e a procura de materiais directamente dependentes da produção de outros produtos semi-acabados ou de produtos acabados (Lourenço, 1990).

4 A COMPRA

4.1 INTRODUÇÃO

Identifica-se compra como um acto comercial, limitado no tempo que medeia entre a manifestação da necessidade de consumo e a altura em que o direito de propriedade é transferido para qualquer organização (Reis et al., 1994 e Barata, 1997). A actividade de compras participa nos objectivos primários, por ter a missão institucional de assegurar o fluxo de alimentação do processo produtivo ou de serviço, mas também se lhe podem atribuir fins secundários como é a ajuda ao serviço técnico na descoberta de novos materiais e fontes de serviço (Calimeri, 1969).

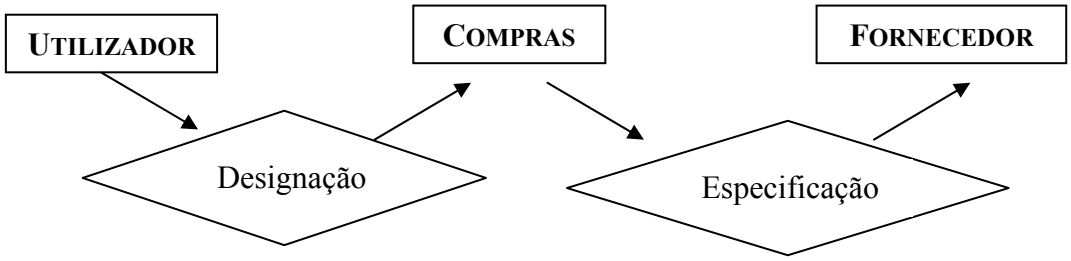
Segundo o Club Orgaconceil Sud-Est (1995), a área das compras tem um grande poder embora ainda seja contestado. Sendo uma sub função da função de aprovisionamento, quase todas as organizações já possuem um serviço de compras embora, este por vezes, ainda não gira a totalidade das compras e se limite a um conjunto de procedimentos administrativos.

Reis et al. (1994, pág. 145) referem que "*a compra consiste basicamente na aquisição de bens e serviços ao menor custo"*. Moreira (s/d 3) e Quinn (2001) afirmam que a secção de compras é a única a estabelecer contactos com o mercado fornecedor para aquisições de bens e serviços, e nela devem existir dados concretos que possibilitem uma informação detalhada sobre fornecedores, produtos, equipamentos e condições de mercado. Assim, ao sector de compras cabe assegurar o conhecimento do mercado fornecedor e a condução administrativa dos processos de aquisição.

Não há a pretensão de fazer deste sector um órgão com inteira vocação económica, mas haverá, não obstante, todo o interesse em dotar o serviço de compras de uma estrutura tal que lhe permita adquirir os artigos necessários ao desenvolvimento de uma determinada actividade (Cunha, 1991; Laios et al., 2001); melhorar a qualidade; o baixo custo dos mesmos artigos (Monks, 1987; Riggs, 1976; Young, 1989a e 1992; Cunha, 1991; Huarng, 1998; Law et al., 1993; Vastag et al., 1993; Laplante, 1992; Thill, 1989; Gilbert, 2001); criar um centro de documentação técnica e comercial ao serviço da organização (Duarte, 1971a), o qual poderá constituir um bom pólo de informação técnico-comercial, tão útil, quer aos serviços utilizadores, quer às comissões de escolha (Ligeiro, 1979); registar

sistematicamente os fornecedores (Duarte, 1971a); conduzir com segurança o processo de aquisições (Duarte, 1971a); colaborar com o serviço de armazenamento e com os outros serviços na definição dos circuitos de materiais e de documentos (Duarte, 1971a); secretariar ou participar em reuniões inter-serviços (Duarte, 1971a); assegurar que os materiais necessários estejam à disposição dos utilizadores (Ligeiro, 1979; Young, 1989a Laios et al., 2001; Carter, 1996; Fung, 1999; Krishanan, 1999; Henning, 1987) e que tudo isso se efectue de forma eficiente (Young, 1989a; Dejohn, 1999; Carter; 1996; Agency Sales, 1997; Hudson, 1999; Guth, 1988; Veral e Rosen, 2001).

A fim de melhor definir a função da compra, estudar os seus condicionamentos e as fases em que se realiza, torna-se vantajoso verificar, em primeiro lugar, quais os dados que intervêm na compra e que tornam compreensível a própria função. Assim, na sua intervenção operacional, o sector de compras relaciona-se com os fornecedores, definindo, para os materiais a adquirir, um conjunto de características e exigências a que chamamos especificações (Figura 3.1), estas deverão descrever, com a necessária clareza, o material desejado. Muitos dos litígios que surgem numa fase posterior do processo de compras e que se torna necessário regularizar, resultam, muitas vezes, de especificações mal preparadas ou incompletas.



Fonte: Adaptado de (Reis et al., 1994)

Figura 3.1 - Identificação de Materiais

As especificações têm assim como função definir claramente o que se pretende adquirir, permitindo ao mesmo tempo a definição de critérios para análise comparativa das opções que são apresentadas.

"*Saber comprar e vender é tão importante como saber fabricar bem*" Schaller, Delvaque, Ducellier, Jouhaud, Klasen, Rambaux, e Rieu (s/d, Pág. 21). Pelo menos no que respeita à parte da proposição relativa à compra, esta afirmação, posta em axioma por Fayol em 1916, não parece ter encontrado grande eco nas organizações, afirmam Schaller et al. (s/d) e Weinstein (1994).

A compra, considerada como função das organizações, é praticamente desconhecida, se bem que o acto em si próprio, essencial a qualquer actividade, não seja estranho a nenhuma organização. Em muitas, a função é dispersa ou reduzida a uma simples actividade administrativa: passam-se notas de encomenda, verificam-se facturas e, raras vezes, anotam-se fichas de materiais, de controlo de encomendas ou de fornecedores (Vicente et al., 1976; Cancelo, 1999; Kohli, 1989; Lilien e Wong, 1984; Law et al., 1999; McCabe, 1987; McWilliams, Naumann e Scott, 1992; Johnston e Bonoma, 1981).

De facto, apesar dos inúmeros progressos na matéria, grande parte dos "*dirigentes têm considerado a função compra uma função de pouca importância e subalterno o serviço encarregado de a exercer, com rendimento dificilmente mensurável e, pela natureza do seu funcionamento, sem grande influência sobre o preço de custo dos produtos fabricados*" (Schaller et al., s/d, Pág. 21). Eis um ponto de vista bem afastado da realidade e que pode ter graves consequências para a rendibilidade de uma organização (Dawes, Dowling e Patterson, 1992; Grashof, 1979; Lambert, Boughton e Banville, 1986; Ozcan et al.; Giunipero e Law, 1989; Larson, 1999; Gilbert, 2001).

Actualmente exige-se que a função compras seja uma função pró-activa e não reactiva, como se tem verificado (Gilbert, 2001), pois assim, poder-se-á evitar a tomada de decisões erradas e os respectivos custos associados. Já, por várias vezes, os especialistas tentaram calcular o valor das economias que os bons métodos de compra permitem auferir. Dos seus cálculos parece concluir-se que se pode estimá-lo em 10% do montante do custo total das compras (Schaller et al., s/d). Se se considerar, como a experiência o demonstra, que as despesas de compra representam pelo menos 50% do volume dos negócios, o montante das economias tornadas possíveis por uma organização racional das compras não se encontra longe do próprio lucro da organização (Schaller et al., s/d; Gilbert, 2001).

Seja qual for o "perfil" psicológico do comprador, ele está dependente, em certa medida, dos mercados em que opera, e torna-se então necessário evidenciar duas das suas qualidades essenciais, a imaginação e a vivacidade de espírito, que deve aplicar na busca da melhor solução para uma compra determinada (Schaller et al., s/d; Howson e Dale, 1991; Dawes et al., 1992; Grashof, 1979; Kohli, 1989; Avery, 1999).

Com efeito, nem todas as compras se efectuam da mesma maneira, e inúmeras razões militam em favor desta diversidade, como por exemplo, o facto de:

- uma encomenda implicar, muitas vezes, elevados encargos administrativos. Mesmo quando o encarregado da gestão dos materiais consegue determinar uma "*quantidade económica de compra*" por encomenda, há interesse em limitar o número de encomendas ou, pelo menos, a negociação repetida;
- existirem artigos de baixo valor unitário e outros que requerem grandes investimentos;
- em todas as compras, haver factores primordiais de aquisição que dominam e orientam a acção do comprador: preço, prazo, quantidade ou qualidade e
- o mercado de um produto poder ser próprio da época ou especulativo.

Mas, o êxito das compras não se limita à aplicação de técnicas sofisticadas em matéria de marketing de compras, à negociação ou à informática. A verdadeira contribuição das compras tem que assentar num trabalho em profundidade de formação e de organização que passa pelos seguintes aspectos, como foram descritos por Verissimo e Fonseca (1995), Barata (1997) e Brito e Ramos (2001): (1) implicação dos compradores na especificação do negócio; (2) sensibilização e formação de todos os actores para as regras de compras; (3) reformulação dos processos operacionais para melhor integrar as actividades de compras; (4) organização de departamentos de compras para relações mais eficazes a nível externo e interno; (5) simplificação dos procedimentos administrativos; (6) melhoria do sistema de informação de compras, nomeadamente mantendo informações actualizadas sobre o mercado fornecedor, entre outras através da criação e actualização permanente de um ficheiro de fornecedores; (7) definição de uma matriz durável dos diferentes processos de compras na óptica da satisfação do cliente final e (8) prospecção e selecção do mercado fornecedor.

4.2 FASES DO PROCESSO DE COMPRA

O processo de compra tem origem nos pedidos de compra emitidos pelos armazéns. Em face da nota de faltas, o serviço de compras providenciará para que seja efectuado o fornecimento nas melhores condições (financeira, técnica, qualidade) (Moreira, s/d 2; Laios et al., 2001; Lunn, 2000). No entanto, não existe unanimidade por parte dos vários autores, no que concerne as fases do processo de compra.

Assim, Anderlini (s/d), Concheiro Santos et al. (s/d), Queiróz (1977), Costa (1987) e Mcalliester (s/d), entre outros, descrevem genericamente as fases por que passa uma encomenda como sendo a preparação, os concursos e seus condicionalismos, as análise de propostas, a efectivação da encomenda e a execução e controlo.

Por outro lado, Cunha (1991) e Pires (1997) apontam apenas três fases pelas quais passa o todo o processo a saber: a preparação da compra, a realização da compra e a execução e controlo do contrato. Por sua vez DRHMS (1990) apresenta as várias fases do processo de compras, no caso dos hospitais portugueses, descrevendo-as e referindo os vários intervenientes em cada uma delas (Quadro 3.1):

Quadro 3.1- Fases do Processo de Compra

	Fases	**Intervenientes**
Preparação da compra	Expressão das Necessidades	Serviço Utilizador Serviço Utilizador /Armazém Serviço Aprovisionamento
	Definição das Necessidades	Serviço Técnico Especializados (parecer de especialistas) Mercado (especialmente de empresas fornecedoras)
	Quantificação das Necessidades	Serviço Utilizador Serviço Aprovisionamento
	Prospecção do Mercado	Serviço Aprovisionamento
Efectivação da compra	Consulta do Mercado	Serviço Aprovisionamento
	Análise Comparativa das propostas	Serviço Aprovisionamento
	Selecção das Propostas	Serviço Aprovisionamento Serviço Técnicos Utilizadores
	Negociação	Serviço Aprovisionamento
	Escolha do Produtos/As Comissões de Escolha	Comissão de Escolha Parecer de Especialistas
	Estabelecimento do contrato	Serviço Aprovisionamento
Execução e controle do contrato	Recepção de Materiais	Serviço Aprovisionamento Sector de Recepção
	Recepção Qualitativa	Serviço Aprovisionamento Sector de Recepção
	Verificação de Facturas	Serviço Aprovisionamento Sector de Recepção

Fonte: Adaptado de DRHMS (1990).

Num processo de compras deve-se ter sempre em atenção em que classe da análise ABC os artigos, que se pretendem, adquirir se inserem, pois os que pertencem a classe A merecerão uma maior atenção e concentração de esforços na sua aquisição. Fazer uma boa compra significa que se maximizou o valor de cada unidade monetária despendida pela organização, por isso a compra deve ser feita por profissionais que tenham conhecimentos especializados sobre as linhas de produtos seleccionados, estejam familiarizados com as especificações de engenharia, contratos, normas de embarque e um grande número de outros factores, assim como o conhecimento adequado sobre custos de aprovisionamento e sobre os actos jurídicos que envolvem a compra.

De tudo o que foi apresentado poder-se-á afirmar que um ciclo de compras inicia-se com a decisão em comprar face à identificação de existência de uma necessidade, e finda quando o material é aceite pela unidade que originou a encomenda. A responsabilidade da função compras abrange todo este ciclo e inclui muitos procedimentos intermédios, de modo a que seja efectuado o fornecimento nas melhores condições financeiras, técnicas e de qualidade.

4.3 AS COMPRAS NA ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA

4.3.1 Introdução

Passa-se agora a analisar o sistema de compras na Administração Pública, dado que é nesse sector da actividade que se irá desenvolver esta investigação.

Quando se analisam propostas de novas dinâmicas para a gestão pública (Universidades, Hospitais, Associações Profissionais e Comerciais, etc), uma das principais constatações é a de que a normatividade das mesmas constitui um "labirinto", para o qual dificilmente se encontrará uma saída no campo da inovação. No entanto, qualquer uma destas instituições sentirá esta necessidade de inovação, face à rápida mudança da sociedade, da tecnologia e da economia actual (Poeta, Nogueira e Andrade, 2000; Duarte, 1995).

Com esta preocupação presente, vários têm sido os autores que, de alguma forma, têm contribuído para a definição de modelos de gestão da "*coisa"* pública. Em 1995, Holmes e Shand apresentaram uma caracterização genérica dos modelos de gestão pública,

salientando, entre outras, os seguintes atributos: carácter estratégico ou orientado para os resultados do processo decisório; descentralização; flexibilidade; desempenho consciente; competitividade interna e externa; definição de estratégias; transparência e responsabilidade pelos resultados; etc. Poeta et al. (2000) referiam que para se conseguir um modelo de "boa" gestão é necessário que o mesmo contenha: (1) racionalidade; (2) flexibilidade; (3) leveza; (4) adesão e comprometimento dos agentes; (5) neutralidade; (6) igualdade de tratamento; (7) probidade dos agentes.

Se, por um lado, estas características são suficientemente genéricas para abarcar os diferentes vértices dos modelos de gestão pública, por outro, tornam-se de pouca ou nenhuma utilidade para identificar a imagem do Estado, subjacente a estes modelos. Quer-se com isto dizer que, qualquer que seja o modelo a aplicar à gestão pública, este terá de enfrentar os poderosos obstáculos que são a cultura instalada e os procedimentos burocráticos (Collins, Njeru, Meme e Newbrander, 1999b; Cantarero Prieto, 2001; Delgado, 1989; Steane e Walker, 2000).

De outra forma, perspectivar e viver a gestão pública começa, sem dúvida, por desafiar a sua cultura tradicional, facto que, como é o caso português, se "confronta com a barreira dos códigos napoleónicos" (Poeta et al., 2000, pág. 2) em que domina a perspectiva da responsabilização e do acatamento pelas rotinas, estilo oposto ao do empenho e da responsabilidade pela obtenção de resultados pré-determinados.

O sistema de contratação pública de bens e serviços poderá ser utilizado como um instrumento que contribua para o modelo de gestão actual dos serviços da Administração Pública (Gestão Integrada por Resultados), através da melhoria da eficiência, actuando nas vertentes transparência, desburocratização, produtividade, comunicação via electrónica, além da tradicional óptica dos custos (Machado e Conceição, 2000a).

A eficácia do sistema centra-se na satisfação das necessidades/exigências dos Clientes (organismos públicos), com alto nível de qualidade e em tempo real, aliada a elevados níveis de eficiência. Por si só este sistema é considerado pelas entidades privadas altamente burocrático e anti-económico (Collins, 1999a). Efectivamente, nas aquisições individuais, se atendermos às suas regras pouco flexíveis e aos tempos de espera que este

sistema estabelece, constata-se, que existe alguma razão nos comentários desfavoráveis sobre Administração Pública burocrática.

As administrações modernas, desde há muito, se aperceberam da influência das compras públicas na economia dos países. Com efeito, é sabido que as aquisições das Administrações Públicas representam, em média, aproximadamente 8 a 9% do Produto Interno Bruto de cada país e se forem acrescentadas as aquisições das empresas públicas e do restante sector estatal, essa média ascenderá a valores entre 12 a 15% (Machado e Conceição, 2000b).

Face ao peso das aquisições nas despesas globais, compreende-se que os governantes utilizem a compra pública como um instrumento de política conjuntural global visando travar ou relançar a actividade económica. Por exemplo, a posição de comprador dominante, Estado "grande Cliente", poderá ser utilizada para intervir sobre a estrutura de um sector, para provocar a evolução técnica face às especificações exigidas, para lançar as empresas na exportação e para promover o emprego e o desenvolvimento regional.

No entanto, a estratégia utilizada deverá acautelar, sempre, os princípios da legalidade e da prossecução do interesse público, da transparência e da publicidade, da igualdade e da estabilidade, da concorrência e da imparcialidade, da proporcionalidade, da boa fé e da responsabilidade.

A política de compra não resulta, apenas, de uma tomada de posição sobre os princípios que se invocaram, mas também das respostas organizacionais a um dado contexto técnico, económico e social (Rocha, 1984; Shimko, 1988). Essas respostas vão condicionar largamente o impacto real de uma vontade de intervenção, de inovação e mudança, tendo em conta as condições favoráveis ou desfavoráveis à aparição das inovações.

Assim, no sistema de contratação pública de bens e serviços a adoptar, concretizado pela política de compras públicas, há que ter em linha de conta os seus factores de sustentabilidade, nomeadamente, o envolvimento do poder político e a adequação das tecnologias de informação e de comunicação. A eficácia do sistema ficará comprometida se a sua sustentabilidade não se revelar possível.

4.3.2 As Compras Hospitalares

Identificar e compreender o fluxo que cada produto hospitalar tem, é uma tarefa fundamental para uma adequada gestão de compras hospitalares. Tipicamente, o hospital público, em termos das suas transacções a montante, compra três grandes tipos de produtos: material de consumo clínico, produtos farmacêuticos e equipamentos (Huarnh, 1998; Ferguson, Hartley, Turner e Pierce, 1996). Cada uma destas categorias tem uma cadeia de valor diferente e uma estrutura de intermediação diferenciada.

Quando nos encontramos imersos num mercado competitivo, em certa medida fragmentado e/ou de evolução muito rápida, deve-se procurar ser flexível, inovador e possuir capacidade de adaptação à realidade em constante mudança. E isso apenas parece possível, principalmente nas grandes organizações, descentralizando a tomada de decisões e desenvolvendo processos e métodos que permitam um reposicionamento mais eficiente, quer dos fornecedores, quer dos clientes. Esta é a realidade do sector dos serviços.

Nas grandes unidades de saúde existem muitas sinergias entre as actividades, pelo que a descentralização deve integrar mecanismos para que estas sejam respeitadas. Determinados aspectos da política de compras constituem alguns desses mecanismos. Admitir que se pode descentralizar as responsabilidades, mas não as decisões sobre os aprovisionamentos, põe em causa a coerência interna do desenho funcional da organização.

Uma vez mais é necessário dar especial atenção aos sistemas de informação e aos canais de comunicação interna (Leese e Mahon, 1999a e 1999b). Se são inadequados, não é possível descentralizar, nem tão pouco implementar sistemas eficientes de aprovisionamentos. Frequentemente os utilizadores são contra a centralização das compras num único sector alegando que os serviços de compras não têm conhecimentos técnicos e específicos relacionados com a utilização dos produtos. Reis et al. (1994) não subscreve tal opinião já que as compras têm vindo, a assumir, cada vez mais, um carácter técnico e não meramente administrativo, por parte dos seus recursos humanos.

Nas compras hospitalares é onde se põe à prova toda a teoria da gestão económica hospitalar. Os objectivos são bem claros: trata-se de comprar com a melhor qualidade, ao

melhor preço possível, garantindo o abastecimento com os menores custos financeiros (Concheiro Santos et al., s/d).

Para obter uma boa política de compras hospitalares é necessário o departamento de compras centrar as responsabilidades, por conseguinte abarcar as seguintes operações (Concheiro Santos et al., s/d; Leese e Mahon, 1999a e 1999b):

- administrar e controlar todas as requisições e proceder a todas as negociações que possam terminar com a referida compra. Isto não significa que este departamento não possa obter a ajuda necessária de diversos departamentos, especialmente os técnicos;
- actuar como ligação entre os fornecedores e os outros departamentos do Hospital. Se algum departamento do Hospital necessita de algum material especial, deve solicitá-lo através do departamento de compras;
- ter o exclusivo dos pedidos ao exterior, situações especiais ou de urgência podem aconselhar à delegação num departamento da compra, mas esta delegação costuma ser acompanhada de certas formalidades do departamento de compras para assegurar que não se perde o controlo da sua responsabilidade e
- ter a exclusividade das relações com os fornecedores, de modo a que não se possa por em perigo as negociações de compra ou diminuir a posição de compra perante o fornecedor. A informação especialmente perigosa referente à preferência sobre determinados produtos, às fontes actuais de fornecimento, ao dados de preços, etc.

O fim remoto da gestão de compras é o próprio fim do Hospital, afirmam Concheiro Santos et al. (s/d), Huarng (1998) e Gilbert (2001) ao dizerem que melhora o resultado da organização. O fim próximo, o mais específico: satisfazer as necessidades a partir de elementos e serviços, obtendo o máximo valor por cada euro gasto.

Como referem Lysons (1990) e Pires (1997), a melhor maneira de contrariar a argumentação contrária à centralização é o departamento de compras criar procedimentos consultivos para que os consumidores possam exprimir as suas dúvidas e preferências de modo a que não haja necessidade de compra ignorando o sector de compras.

4.3.3 Formas de aquisição

4.3.3.1 Introdução

As relações de compra e de venda entre sujeitos encontra-se de uma forma geral prevista no Código Comercial. Mas para o âmbito desta investigação interessa aprofundar a compra feita por um serviço público, e esta obedece à legislação específica, que procura dar a todo o acto comercial feito pela a administração pública, transparência que vise respeitar nomeadamente o princípio da igualdade consagrados no artigo 13° e nº2 do artigo 266º da Constituição da República Portuguesa, pelo que a administração pública se vê obrigada a assegurar que o tratamento dado aos destinatários da proposta contratual e do convite a contratar obedeça aos princípios definidos pelos referidos artigos.

Actualmente, em termos de legislação encontra-se o Decreto Lei nº 197/99, de 8 de Junho, que estabelece o regime de realização de despesas públicas com locação, prestação de serviços e aquisição de bens como o da contratação pública relativa à prestação de serviços, locação e aquisição de bens móveis, que é complementado pela Portaria nº 949/99, de 28 de Outubro.

Exigências de clareza, simplicidade e transparência das normas sobre contratação pública, assim como dos direitos e garantias dos administrados relativos à coordenação dos processos de adjudicação dos contratos públicos de serviços e fornecimentos acima de determinado valor, constantes da Constituição da República Portuguesa e reforçadas em Directivas Comunitárias, foram transpostas para o direito interno através do Decreto-Lei na 55/95 e agora revistas, actualizadas e reorganizadas pelo Decreto-Lei no 197/99. Segundo este Decreto podem-se ter as seguintes formas de aquisição: (1) concurso público; (2) concurso limitado por prévia qualificação; (3) concurso limitado sem apresentação de candidaturas; (4) por negociação com publicação prévia de anúncio; (5) por negociação sem publicação prévia de anúncio; (6) consulta prévia e (7) ajuste directo.

4.3.3.2 Concurso público

Segundo o DRHMS (1990) um concurso destina-se a averiguar as condições de fornecimento e estabelecer confronto entre as ofertas dos vários fornecedores. Normalmente, o concurso é aberto para a formação de um contrato, cujas cláusulas se encontram previamente definidas no caderno de encargos apresentado aos concorrentes,

para simplificação dos preliminares do contrato, estabelecendo os termos em que a Administração está disposta a contratar.

Bernardino (2000, pág. 115) refere a este respeito que o concurso "*é o procedimento especial destinado a eleger, segundo a lei e facultando a competição entre os interessados, o melhor co-contratante com a Administração, atendendo ao fim público concretamente a prosseguir pelo contrato em vista*".

É aplicável, este procedimento, quando o valor do contrato seja igual ou superior a 25.000 contos (124.699,47 €). Independentemente do valor da despesa estimada, mesmo que esta seja inferior ao montante acima indicado, a entidade competente pode autorizar o recurso a este procedimento. Qualquer interessado que reúna os requisitos legais exigidos pode apresentar uma proposta.

O concurso público traduz-se num complexo de actos, finalizando porém com um acto definitivo e executório, após o qual terá lugar a celebração do contrato, em via de regra a reduzir a escrito. Cunha (1991) é de opinião que o concurso público, como uma modalidade de prospecção do mercado, consiste numa solicitação ampla dos preços, baseada na descrição genérica dos bens a adquirir com abertura pública de propostas dos fornecedores, perante uma Comissão.

4.3.3.3 Concurso limitado

Entende-se por concurso limitado o procedimento especial destinado a escolher co-contratante com a Administração em que, com ou sem apresentação de candidaturas, aquela escolha é feita de entre um número limitado de concorrentes, segundo o critério do conhecimento, experiência ou qualificação fixado pela Administração.

Tanto o Código do Procedimento Administrativo como o Decreto-Lei nº 197/99, de 8 de Junho, contemplam duas modalidades de concurso limitado (Bernardino, 2000): Concurso limitado por prévia qualificação e Concurso limitado sem apresentação de candidaturas.

Concurso limitado por prévia qualificação - Concurso em que todas as entidades que reúnam as condições técnicas, económicas ou outras exigidas, podem solicitar a sua participação, convidando a Administração, de entre as que forem admitidas, as que

considere mais qualificadas para apresentar proposta. Os contratos terão um valor igual ou superior 25.000 contos (124.699,47 €).

Concurso limitado sem apresentação de candidaturas - As entidades a convidar, por circular, para apresentação de proposta, sempre que possível em número não inferior a cinco, serão escolhidas pela Administração de acordo com o conhecimento e experiência que delas tenham. É aplicável este procedimento quando o valor do contrato seja igual ou inferior a 15.000 contos (74.819,68 €).

4.3.3.4 Negociação

Caracteriza este procedimento o facto de o conteúdo do contrato ser negociado com um ou vários prestadores de serviços ou fornecedores de bens. Também aqui estão contempladas duas modalidades: Negociação com publicação prévia de anúncio e Negociação sem publicação prévia de anúncio.

Negociação com publicação prévia de anúncio - Todas as entidades que reúnam as condições técnicas, económicas ou outras exigidas, podem apresentar a sua candidatura, convidando a Administração, de entre as que forem admitidas, as que considere mais qualificadas para apresentar proposta. É aplicável quando o valor do contrato seja inferior a 25.000 contos (124.699,47 €).

Negociação sem publicação prévia de anúncio - As entidades a convidar por carta para apresentação de proposta, em número não inferior a três, serão escolhidas pela Administração de acordo com o conhecimento e experiência que delas tenham. É aplicável este procedimento quando o valor do contrato seja igual ou inferior a 15.000 contos (74.819,68 €).

4.3.3.5 Consulta prévia

Trata-se de um novo procedimento que visa escolher o contratante através de um processo administrativo mais simplificado relativamente aos procedimentos descritos anteriormente. Pretende ser simultaneamente, célere e capaz de assegurar a necessária transparência e concorrência fundamentais a uma boa contratação pública, sendo genericamente admitido para contratos até 10.000 contos (49.879,79 €). O número de locadores ou fornecedores a consultar varia consoante o valor estimado (Quadro 3.1):

Quadro 3.1 - Número de locadores ou fornecedores

Nº mínimo de locadores ou fornecedores	Valor estimado da despesa
5	≤ a 10.000 contos (49.879,79 €)
3	≤ a 5.000 contos (24.939,89 €)
2	≤ a 2.500 contos (12.469,95 €)
2	≤ a 1.000 contos (4.987,98 €)

Fonte: Adaptado de Bernardino (2000).

4.3.3.6 Ajuste directo

Este procedimento não implica a consulta a vários prestadores de serviços ou fornecedores de bens, quando o valor em causa for igual ou inferior a 1.000 contos (4.987,98 €). Porém, sempre que as características do objecto do fornecimento e/ou o valor o justifiquem, apesar de inferior a 1.000 contos (4.987,98 €), deve, preferencialmente, adoptar-se o procedimento com consulta prévia a, pelo menos, dois locadores ou fornecedores.

Em regra, o ajuste directo, é usado ou para contratos de pequena importância ou para os contratos muito importantes, quando respeitam a actividades que só certas pessoas ou firmas podem fornecer nas condições desejadas (DRHMS, 1990).

4.4 DOCUMENTAÇÃO BASE DO SERVIÇO DE COMPRAS

A compilação, no sector de compras, de uma boa documentação técnica e comercial parece ser um objectivo da maior importância (Concheiro Santos et al., s/d). Mais do que abrir e fechar concursos, o sector de compras de um serviço de aprovisionamento pode constituir um centro de informação dos serviços utilizadores no que respeita aos aspectos técnicos e comerciais dos artigos que o hospital consome (Duarte, 1971a; Concheiro Santos et al., s/d). Desta forma, o sector de compras poderá responder às dúvidas que lhe são colocadas e às informações que lhe são solicitadas, ganhando a confiança dos serviços utilizadores, e imponde-se junto deles pela real utilidade que lhes pode trazer.

Para conseguir esse objectivo o sector de compras tem que dispor, de modo sistemático, de informação, a qual quanto mais vasta e disponível for, maior será a performance

técnica do serviço, melhor será a fundamentação das suas decisões, mais profícua a sua intervenção nas várias fases do processo de aprovisionamento e maior o apoio dos utilizadores na expressão das suas necessidades (Moreira, s/d 2). É necessário identificar documentos e respectivos circuitos, aos quais o serviço de compras possa recorrer para exercer tarefas de análise, ter meios de controlo sobre os *stocks*, sua flutuação, origem e destino (Quinn, 2001; Line, 2000).

A documentação técnica e comercial, respeitando a produtos e a fornecedores, dará origem a dois importantes documentos, que constituirão a síntese dos dossiers respectivos: a ficha artigo e a ficha fornecedor. Pode-se dizer que são dois instrumentos de trabalho quotidiano, sem os quais dificilmente um serviço de compras poderá dar um mínimo de organização às suas tarefas. Só assim pode desenvolver, duma forma eficaz, as suas funções de gestão e organização.

Os principais documentos associados às operações de compra e gestão de materiais nos hospitais, são os seguintes (Moreira, s/d 2; Duarte, 1971a): ficha artigo, ficha de fornecedor, consulta de fornecedores, mapa comparativo das propostas recebidas, nota de encomenda, ficheiro de existência, rectificação de existências, guia de entrada, guia de saída, devolução de material aos armazéns pelos serviços utilizadores e devolução de material aos fornecedores.

4.5 RELAÇÃO COM OS FORNECEDORES

O estímulo do mercado fornecedor constitui um objecto prioritário de um Serviço de Compras (Cunha, 1991; Klunk e Rose, 2000; Larson e Kulchitsky, 1998; Twigg, 1998). Para estimular o mercado fornecedor, aqueles serviços, utilizam não só o impacto financeiro das aquisições conjuntas como também a realização com frequência de adjudicações repartidas, para não afastar os pequenos fornecedores e por outro lado para dar maior possibilidade de escolha aos serviços utilizadores.

Pinto, em 1972, e Reily, Campbell e Carmon, em 2001 afirmavam que o grave problema financeiro dos hospitais portugueses, resulta de uma situação deficitária em que se encontra a sua grande maioria. Essa situação vai ter reflexos negativos na compra, como

sejam, o aumento de preços dos produtos, posição de dependência relativamente aos fornecedores com prejuízo das negociações e consequente estreitamento do mercado fornecedor, por desconfiança dos mesmos.

O GSEAS (1998) descreve em seis pontos os procedimentos e atitudes que se devem ter perante um fornecedor: relação comercial, não de adversário; uso de cortesia e tacto; uso das reuniões de trabalho para melhorar a comunicação e não para efectuar recriminações; firmeza, embora, justa e ponderada; saber a opinião do fornecedor sobre o hospital e Ter folheto informativo destinado aos fornecedores.

4.5.1 Selecção dos Fornecedores

As fontes alternativas de fornecimentos, por vezes, obrigam a preços mais competitivos e reduzem o risco de falta de material. Entretanto, contactos constantes com poucos fornecedores (autorizados) podem proporcionar suprimentos de alta qualidade e mais compatíveis, e melhor coordenação de entregas. O resultado de tudo isto é um menor número de devoluções e baixos níveis de *stock*. Então são precisos fornecedores de maior confiança, se se quiserem aproveitar as vantagens dos baixos *stocks* (Monks, 1987; Johnson, Leenders e Fearon, 1998; Fearon, 1988; Stuart, 1993; Maloni e Benton, 1997 e 2000).

As variáveis importantes a considerar na escolha de fornecedores incluem o preço (Monks, 1987; Law e Ooten, 1993; Dilworth, 1996), o prazo de entrega (Monks, 1987; Law et al., 1993), a quantidade (Monks, 1987), a qualidade (Monks, 1987; Law et al., 1993), o nível de serviço (Monks, 1987; Law et al., 1993), a manutenção (Monks, 1987), o apoio técnico (Monks, 1987), a estabilidade financeira (Monks, 1987), as condições de compra (Monks, 1987), capacidade (Reily et al., 2001), certificação e conhecimento do mercado (Reily et al., 2001), dimensão da empresa (Reily et al., 2001) e capacidade de utilização do comércio electrónico (Reily et al., 2001).

Os compradores obviamente preferem conceder o negócio ao fornecedor que apresentar proposta mais baixa, mas nem sempre é assim. Um fornecedor que apresente proposta mais alta, mas que oferece melhor qualidade, entrega ou serviço, pode conseguir a encomenda. A permuta e outros factores também influenciam a selecção do fornecedor.

As organizações podem chegar a ter vários fornecedores de um determinado artigo simultaneamente. Porém, na maioria dos casos, os compradores confiam a um único toda a sua compra de um determinado item. De tempos em tempos solicitam outras propostas para se assegurarem de que o seu fornecedor ainda continua competitivo. Além disso, usam a análise de curva de aprendizagem ou curva de experiência de outras técnicas, para se certificarem de que o fornecedor lhes está atribuindo benefícios de melhoria de produtividade, reduzindo preços periodicamente (Ammer, 1979; Rowland e Rowland, 1988).

Para além de um preço competitivo, os hospitais devem pedir aos seus fornecedores mais requisitos no serviço para manter o hospital com baixos custos e ajudar a atingir os seguintes objectivos (Henning, 1980; Rowland et al., 1988; Liker, Kamath e Wasti, 1998; Williams, 2000; Vollmann e Cordon, 1998; Zairi, 1998): reduzidos custos de encomenda, armazenagem, recepção e distribuição; entregas de acordo com o contratado em 90% a 100% das vezes; transporte seguro; exactidão nas entregas em termos de produtos e de documentação; sistemas simplificados de recepção das encomendas dos hospitais; disponibilidade para colaborar com o hospital; variedade de produtos; *standardização* da qualidade dos produtos e actualização dos produtos.

4.5.2 Vantagens de uma única fonte

Ao comprarem a quantidade necessária de determinado artigo em uma única fonte, os compradores podem obter diversas vantagens (Ammer, 1979; Burman, 1995; Li, 1992; Law, 1993):

- Fazem o máximo uso do seu poder aquisitivo. Concentrando toda a quantidade que necessitam de um certo artigo em um único fornecedor, obtém assim o maior desconto possível;
- Há menos trabalho administrativo para toda a organização, uma vez que ordens de compra, relatórios de recebimento e inspecção, cheques, etc. são feitos para um único fornecedor, por item;
- Os fornecedores oferecem, frequentemente, concessões de preço especial, quando podem fabricar 100% das necessidades de um dado item, uma vez que podem então estabelecer sua produção de maneira mais económica e investir em ferramentas mais eficientes;

- Torna-se necessário menos investimento em ferramentas especiais. O fornecedor geralmente precisa apenas de um conjunto de ferramentas; havendo dois fornecedores, seriam necessários dois conjuntos e
- Os fornecedores sentem-se mais incentivados a dar orientação sobre aperfeiçoamento de métodos. Se o fornecedor for a única fonte de produção do artigo, é mais provável que o comprador se sinta como se fosse sócio do produto da companhia, principalmente se estiver fabricando o artigo sob contrato a longo prazo, e, assim, dispõe-se a consagrar parte de seus esforços de pesquisa e desenvolvimento no aperfeiçoamento de métodos necessários.

4.5.3 Vantagens de múltiplas fontes

Apesar das vantagens acima enumeradas, muitas organizações fazem o máximo para evitar a dependência de uma única fonte em relação a todos os itens, excepto os desprovidos de importância (Ammer, 1979; Burman, 1995; Chase et al., 1995). Fazem o possível para terem pelo menos dois fornecedores de cada item, chegando, às vezes, a ter três ou quatro, por várias razões:

- Várias fontes permitem que o risco de interrupção de fornecimento devido a problemas de qualidade, greves, incêndios, etc, seja menor. Se um dos fornecedores falhar, o outro poderá absorver a diferença;
- Dois ou mais fornecedores para cada artigo possibilitam um saudável espírito competitivo, em resultado do qual todos lutam por melhorar os métodos e reduzir os custos, a fim de obterem maior cota do negócio. Sendo único, o fornecedor pode tornar-se tão bem versado no fabrico do artigo, que consiga o monopólio virtual da sua produção e, por vezes, nenhum concorrente que surja posteriormente pode acompanhar seus preços;
- Muitos artigos exigem pouca ou nenhuma ferramenta ou são usados em tão grandes quantidades que as ferramentas em duplicado acabam por ser necessárias de qualquer forma. Em todo o caso, não existe custo extra em fornecer ferramentas a uma segunda fonte;
- O preço unitário do artigo não se torna mais alto quando há duas ou mais fontes do que seria se toda a compra se concentrasse numa única fonte e

- O comprador encontrou um novo fornecedor que apresenta preços baixos e que gostaria de se iniciar no negócio, mas com o qual ainda não está suficientemente familiarizado para lhe confiar todo o trabalho.

4.6 CENTRALIZAÇÃO DE COMPRAS

4.6.1 Definição e Objectivos

Já Caetano (1983, pág. 1) afirmava que "*o problema das centralizações no hospital é um tema apaixonante e quer no que respeita à sua filosofia quer no que toca aos aspectos materiais com ele relacionados*". Esta afirmação ainda se mantém actualizada.

Concheiro Santos et al. (s/d), Mcalliester (s/d), Ferguson (1999), Frost (2001a e 2001b), Dejohn (2001), Shepley (2001), Spang et al. (2001) e Comcowich (1991) utilizam a terminologia de "*compras em grupo*" [1], quando se referem às compras que um grupo de hospitais, com interesses em comum na redução de custos e na melhoria da qualidade, realizam de uma forma mais eficiente que quando o efectuam enquanto hospital de uma forma individual.

Se se considerar que a Centralização de Compras pressupõe a existência de um agrupamento voluntário, ou não, de estabelecimentos, tendo como núcleo central um serviço que se encarrega de uma ou de todas as fases da compra de produtos de uso comum (podendo mesmo incluir gestão de materiais), isto permite compreender que se podem encontrar diferentes formas de centralização. Umas mais e outras menos pronunciadas (Cunha, 1991), em melhor qualidade e preço, através de um sistema planificado e integrado de abastecimentos (Santos, 1979). Caetano (1983) *in* Bronze (1984, pág. 29) refere que, em termos gerais, uma centralização tem como "*...objectivo uma melhor funcionalidade geral e uma exploração mais económica, devidas a uma maior economia de meios humanos e materiais e a uma melhor gestão*" pelas possibilidades de controlo que oferece.

[1] Esta terminologia é utilizada pela maioria dos autores de origem Americana.

Na verdade, como mostraram Trescher (1978), Bellizzi e Belonax (1982), Supply Management (1999), McCampbell e Slaich (1995), Pires (1997), Major (1989), Anderson (1982) e Porter (1999), não é neutra, do ponto de vista económico, a opção pela centralização. Porém, o que está em jogo não é uma escolha entre razões de índole económica e razões ligadas à melhor ou pior qualidade dos serviços prestados, mas sim a racional harmonização das duas, ou seja, a prestação de serviços da mais alta qualidade ao mais baixo custo possível (Trescher, 1982; Porter, 1999; Flint, 1993; Bidlake, 1993; Major, 1989; Supply Management (1999); Anderson (1982); Brzezicki e Reed, 1982). É o que se pretende obter através do conjunto de meios postos à disposição dos utilizadores.

Por seu lado, Duarte, Santos, Borges e Reis (1981), Comcowich (1991), Ferguson (1999), Frost (2000a e 2000b), Kaldor (1981), Sandleback (1980) e Pires (1997) afirmam que o objectivo primordial de uma centralização das compras reside nas vantagens que os serviços aderentes dela podem retirar, vantagens essas que, na opinião de muitos dos seus utilizadores, se associa a vários inconvenientes, como seja a uma perda de independência, interferência de estranhos e muito tempo perdido em circuitos fúteis. Segundo Concheiro Santos et al. (s/d), a maneira de realizar estas compras consiste, geralmente, em:

- Standardização dos produtos, sempre que seja possível, entre todos os hospitais intervenientes;
- Investimento nos *stocks*, por parte de cada unidade hospitalar, dependente da situação financeira de cada hospital;
- Compras feitas por cada hospital segundo as suas necessidades;
- S*tocks* armazenados nos hospitais individualmente e distribuídos nos serviços utilizadores quando estes os requisitem;
- Cada hospital é responsável de manter o seu próprio controlo de *stocks* e
- Os hospitais não partilham individualmente os *stocks*, excepto numa emergência.

Muitas instituições governamentais, em diversos países, preferem e usam sistemas de compras centralizadas a sistemas descentralizados ou departamentalizados. As grandes multinacionais vêm vantagens na centralização das funções de compras. Giunipero e Monczka (1990) efectuaram um estudo em 24 multinacionais americanas e concluíram que as estruturas de compras destas organizações estavam divididas em quatro tipos: (1) descentralização total das compras; (2) descentralização mas com alguma coordenação;

(3) funcionamento unicamente com grupos de especialistas internacionais de compras e (4) centralização das compras com grupos de nível internacional.

Todavia, os hospitais têm sido vagarosos a adoptar esta filosofia (Santos, 1979; DRHMS, 1990), praticando uma política de compras com vários graus de centralização. Esta tendência reside, essencialmente, no facto de muitos dos pequenos hospitais acreditarem que a centralização é apenas eficiente em operações de grande monta (Beste e Reed, 1989; Perrin, 1985; Pitts, 1989b; Bellizzi et al., 1982; Schiff, 2001; Dadzie, Johnston, Dadazie e Yoo, 1999; Wilson e Woodside, 1994; Siegei, 1981; Porter, 1999; Demien, 2001). Mas a centralização pode ser aplicada tanto num complexo sistema de departamentos como numa simples instituição. Pequenos hospitais, independentemente do seu número de camas, poderiam obter vantagens dum sistema centralizado, controlado por um agente de compras.

A centralização, de acordo com Nancy Armstrong (grande especialista da Pitney Bowes Business Systems [2], em Stamford, Conn) *in* Porter (1999), permite um melhor controlo dos fornecimentos e conduz a uma melhoria em aspectos de qualidade, entrega, suporte de engenharia, circuito de distribuição dos produtos e no preço. Arthur Anderson (1990) acrescenta que, com a centralização, se cria uma área ou departamento (mais ou menos formal) com um elevado grau de especialização.

Resumidamente pode afirmar-se, à semelhança de Cunha (1991) e Pires (1997), que a actividade de compras centralizadas rege-se por determinados princípios que constituem a base de todo o processo, tais como:

- Selecção de Produtos – As sugestões para abertura de novos concursos, ou de incluir novos itens, partem dos próprios serviços utilizadores e por vezes dos Serviços de Aprovisionamento. No entanto, em qualquer uma das situações, não se dispensa a realização de estudos prévios destinados a evidenciar a viabilidade;
- A Importância Económica dos Produtos – Dado não haver interesse em incluir nas compras centralizadas produtos de reduzida expressão económica e
- As Características do Mercado Fornecedor – Se o sector fornecedor for do tipo oligopólio, o poder de negociação da compra centralizada será maior. No entanto,

[2] Multinacional muito conceituada nos E.U.A.

se para um grupo de artigos o mercado for constituído por inúmeras pequenas e médias empresas de implantação regional, é muito provável que as compras centralizadas se revelem prejudiciais.

Alguns dos elementos que contribuem, de forma decisiva, para o êxito das compras centralizadas são, segundo Concheiro Santos et al. (s/d): (1) o apoio dos responsáveis dos hospitais e dos responsáveis do aprovisionamento e levar em linha de conta os cuidados de saúde das comunidades; (2) a actividade voluntária por parte dos Hospitais membros, mas que funciona melhor se for na base de um volume obrigatório; (3) o seu êxito em proporção directa com o entusiasmo dos seus participantes e (4) a compra de grandes quantidades de artigos, sobre os quais se pode alcançar um acordo, relativamente fácil, entre os Hospitais membros.

Com base nos princípios acima referidos, os responsáveis pelas compras devem seleccionar famílias de produtos, por grandes grupos, como por exemplo: produtos farmacêuticos, material de consumo clínico, produtos alimentares, material de consumo hoteleiro, material de consumo administrativo, material de manutenção e conservação e outro material de consumo (Pires, 1997). Todas estas considerações devem ser tidas em conta ao longo do processo de tomada de decisões sobre a gestão das compras.

Adiante-se, desde já, que um serviço central pode orientar as aquisições dos seus associados seja no sentido da economia, seja no sentido da eficácia, seja ainda no sentido de uma certa standardização – se é que se quer racionalizar o sector hospitalar e diminuir os custos.

O importante volume de recursos financeiros destinados à aquisição de materiais e contratação de serviços, conjuntamente com a grande multiplicidade dos mesmos e a pluralidade das Unidades de Consumo com autonomia própria, leva a que o estudo desta temática seja considerado crucial, pois tem-se em vista a melhoria dos processos de aprovisionamento e a obtenção de resultados que conduzam a um incremento de eficiência, na utilização dos recursos.

4.6.2 Tipos de Centralização

Dada a escassez de dados sobre regimes de centralização de compras, torna-se difícil considerar todas as modalidades possíveis de realização de tal sistema. Pese embora, este condicionalismo, não obsta que se possa apontar os principais parâmetros a conjugar.

Numa primeira análise, refira-se que uma central de compras deverá ser equacionada tendo, por um lado, em atenção as funções que desempenha e por outro lado, o regime jurídico que lhe é instituído.

Quanto ao primeiro aspecto, há que considerar, sistematicamente, aspectos da centralização, apontando-se como tal os seguintes:

- Natureza do órgão – uma central de compras pode ter como unidade prevalecente um órgão central e específico, que se encarrega de proceder a todas as operações da centralização, ou um órgão não especifico que assume a direcção ou a representação de um conjunto de entidades que estipulam entre si procederem de comum acordo;
- Grau de Funcionalidade – a centralização pode revestir diferentes graus, segundo as operações a serem desempenhadas pelo órgão central. Pode fazer consultas, elaborar e adjudicar contratos, consoante as previsões fornecidas pelos serviços utilizadores, ou pode, unicamente, fazer consultas ao mercado, estabelecendo tabelas de preços, deixando aos interessados alternativas de escolha de fornecedor e de concretização de outras condições contratuais. O órgão central pode ainda prestar aos utilizadores um serviço informativo de apoio sobre produtos e mercados;
- Grau de Obrigatoriedade – neste contexto, a central de compras pode impor-se obrigatoriamente, se as instituições estão sujeitas a participarem por força da lei, e voluntariamente quando a adesão dos serviços é feita por livre vontade;
- Tipo de Produtos – quando se constitui uma central de compras há ainda que ter em atenção qual o tipo de produtos sobre o qual vai incidir a acção centralizadora. Tem que se determinar se a central vai comprar todos os bens que as instituições necessitam ou se, pelo contrário, as compras se referem unicamente a alguns produtos agrupados por conjuntos ou lotes homogéneos;

- Armazenamento – haverá ainda que definir a política de armazenamento, para isso três hipóteses possíveis podem surgir. Na primeira, a central de compras é detentora de um armazém central, que se encarrega da armazenagem e distribuição dos produtos. Na segunda hipótese, os serviços utilizadores possuem armazéns individuais procedendo a todas as operações de armazenamento e *stock*agem. Numa terceira hipótese, encara-se a possibilidade das instalações dos fornecedores funcionarem como armazém dos serviços utilizadores;
- Transporte – está directamente ligado ao sistema de armazenagem. Se a central de compras armazenar os produtos que adquire, tem que se considerar que os mesmos, quando requisitados pelos serviços utilizadores, são transportados por veículos do órgão central, dos serviços requisitantes ou se são utilizados transportes públicos;
- Facturação – no sistema centralizado a facturação e consequente pagamento pode apresentar duas formas de processamento, directo e indirecto. Processamento directo, quando o serviço utilizador faz o controlo directo dos documentos, liquidando-os aos fornecedores; indirecto, quando as facturas são recebidas pela central de compras, encarregando-se esta da sua liquidação, ou através do utilizador ou através de verbas orçamentadas ao serviço central para o efeito;
- Áreas de Intervenção – há que definir previamente qual a área de implantação a ser abrangida (a área de atracção de um estabelecimento, um distrito, uma região, etc) e
- Serviço Aderentes – na elaboração de um acordo deste tipo, é importante que se definam quais as instituições que dela poderão vir a fazer parte. Concretamente, há que estabelecer quais os hospitais que poderão aderir à central de compras e se outros serviços, aparentados ou não, também gozam das mesmas vantagens que o sistema apresenta.

Quanto ao regime jurídico a adoptar, podem numerar-se várias soluções possíveis, de entre as quais se salienta:

- Uma associação informal, mais fácil de utilizar a nível regional e
- Um organismo regional ou nacional com personalidade jurídica e com autonomia.

De seguida apresentam-se alguns tipos de centralização propostos por vários autores, tanto nacionais como estrangeiros, pertinentes para a sua aplicação em Portugal. Uma vez

que, não é apresentada nomenclatura comum para os diferentes tipos de centralização propostos, optou-se por apresentar os diferentes autores separadamente. Assim, são de realçar os trabalhos de Cheu (1976), Santos (1979), Caetano (1983), Bruel (1986), Concheiro Santos et al. (s/d), Pires (1997) e Mattioni (1998).

Cheu (1976) descreve na proposta de criação de uma Divisão de Aprovisionamento Distrital, em Portugal, três alternativas para a sua criação: Associação Informal, Serviço com personalidade jurídica e autonomia e Serviço das Administrações Distritais.

Santos (1979) apresenta um tipo de centralização baseado no sistema Americano que tem quatro tipos de grupos: Sistema Centralizado, Sistema Centralizado Modificado, Sistema Descentralizado e Sistema de Compras Selectivas.

Caetano (1983) refere que a centralização de compras hospitalares pode ser efectuada de quatro formas distintas: Centralizações Externas, Centralizações Semi-Externas, Centralizações Semi-Internas e Centralizações Internas.

Bruel (1986) Nesta tipologia, defendida por Bruel (1986), pressupõe-se sempre a existência de um núcleo central, detentor de um serviço que é responsável por uma parte ou a totalidade das fases da compra de produtos de uso comum e, em determinadas circunstâncias, também fazem gestão de *stocks*, na qual os seus utilizadores podem ter uma adesão voluntária ou mesmo obrigatória: Centralização de compras de referência, Centralização de compras de referência com convenções obrigatórias, Centralização de compras no sentido restrito e Centralização de compras com *stocks*.

Concheiro Santos et al. (s/d), como já se referiu, utilizam a designação de compras em grupo, enumerando cinco tipos de grupos, que se podem constituir das seguintes formas: Consórcios, Cooperativas, Corporação, Federações e Associações.

Pires (1997) - Uma outra forma de centralização à qual Pires chama de centralização cooperativa, consiste na junção de organizações independentes que necessitem de adquirir os mesmos artigos, e será uma destas organizações a realizar a compra na quantidade necessária a abastecer todas as organizações que aderiram a esta forma de cooperação.

Mattioni (1998) apresenta cinco modelos de centralização aplicáveis aos hospitais: (1) Subcontratação da Gestão Logística do armazém e distribuição interna no Hospital, (2) Subcontratação da Gestão Logística do armazém no Hospital e distribuição interna, (3) Externalização da Gestão Logística do armazém e da distribuição de um Hospital, (4) Externalização da Gestão Logística do armazém e da distribuição de vários Hospitais e (5) Externalização da função compras, logística e distribuição de vários Hospitais.

4.6.3 Repercussões práticas da centralização de compras

Em todo este complexo processo de centralização de compras hospitalares, identifica-se um conjunto de vantagens e desvantagens, que passamos a analisar:

4.6.3.1 Vantagens da centralização de compras

4.6.3.1.1 Económicas

O facto de existir um aumento quantitativo de compras reforça o poder negocial dos compradores. Como refere, entre outros, Huarng (1998) mais de metade dos hospitais de Taiwan adoptaram a compra centralizada com o objectivo de fortalecer o seu poder junto dos fornecedores, podendo estes obter preços médios mais baixos para os mesmos produtos (Reis, 1978; Sandleback, 1980; Widman, 1981; Brzezicki e Reed, 1982; Perrin, 1985; Zenty e Fallon, 1988; Beste e Reed, 1989; Pitts, 1989b; Arthur Anderson, 1990; Cunha, 1991; Pires, 1997; Toyne e Rumpel, 1978; GSEAS, 1998; Porter, 1999; Demien, 2001; Ferguson, 1999; Shepley, 2001; Frost, 2001a; Spang et al., 2001; Dejohn, 2001) e condições de compras mais favoráveis de acordo com as leis do mercado (Chéu, 1976; Perrin, 1985; Montes Temes, 1999). Da mesma forma evitam-se certos encargos de portes, muitas vezes de valor significativo (Duarte et al., 1981; Santos, 1979; Pinto, 1972).

A centralização das compras, pressionando o mercado concorrencial, fomenta a apresentação de condições mais favoráveis do que aquelas que normalmente são oferecidas na diversificação.

Os Hospitais, sobretudo os de reduzida dimensão, beneficiam dos esquemas de centralização pois, estes lhes possibilitam o acesso a um mercado mais alargado e em melhores condições. Esta situação permitirá, para além das já referidas melhorias de

preços e de condições de compra, obter produtos de melhor qualidade, que de outra maneira não seria possível atingir (Duarte et al., 1981; Santos, 1979; Pinto, 1972). Acontece, assim, que o mercado é obrigado a melhorar a qualidade dos seus produtos, a fim de melhor poder competir, o que por sua vez só beneficia a realização das necessidades hospitalares (Duarte et al., 1981; Santos, 1979; Pinto, 1972).

A título de exemplo refira-se que em França, através da centralização das compras, obteve-se economias na ordem dos 25% apenas com a centralização de negociações e em Itália a centralização das compras permitiu obter economias na ordem dos 33% para máquinas de escrever e calculadoras (Pires, 1997). Estes números elucidam quanto às vantagens da centralização das compras, preferencialmente para as pequenas instituições, que lutam diariamente com dificuldades de vária ordem, particularmente de ordem económicas.

Em suma, a centralização das compras pode, pois, determinar um aumento das economias, pois obriga os fornecedores concorrentes a apresentarem condições e preços que se tornem cada vez mais favoráveis, quanto maior forem os volumes de compras.

4.6.3.1.2 Desenvolvimento Profissional e Organização Técnica

O facto de a compra ser centralizada, vai libertar os serviços utilizadores de tarefas administrativas morosas relacionadas com o processo de compra (Zenty et al., 1988; Pires, 1997; Montes Temes, 1999; Ingram, 1993), podendo, mesmo, conduzir a uma consequente diminuição de pessoal e simplificação dos procedimentos e dos circuitos (Cunha, 1991; Ingram, 1993).

Com a centralização das compras, o volume monetário envolvido será maior, razão pela qual o processo de compras terá de ser entregue a profissionais com formação especifica na área das compras (Comcowich, 1991; Pires, 1997 e Porter, 1999). Assim, o pessoal de compras, torna-se cada vez mais especializado, com muito maior capacidade técnica e habilitado a dar resposta às mais diversas solicitações (Reis 1978; Comcowich, 1991; Walter, Allen, e Rouviere, 1991; Cunha, 1991 e Porter, 1999).

Verifica-se que muitos hospitais ao adquirirem certos bens devem obedecer a determinadas características, se vêm, inúmeras vezes, impossibilitados de recorrer a outros fornecedores, em virtude da exiguidade do fornecimento a efectuar. Além do mais, existem produtos que dada a sua diversidade, quantidade e qualidade, dificultam a racionalização das compras por parte dos estabelecimentos hospitalares.

No entanto, só as instituições devidamente planificadas e estruturadas estão nas melhores condições para evitar a dispersão e aumentar o rendimento do pessoal especializado, tornando-se mais funcional e eficaz dentro dos modernos esquemas de trabalho (Arthur Anderson, 1990; Ingram, 1993).

4.6.3.1.3 Melhoria da Qualidade

A centralização impõe a introdução de normas de qualidade, facilitando assim o controle de qualidade dos produtos e aumenta a capacidade de intervenção junto dos fornecedores na optimização e desenvolvimento das características técnicas dos produtos (Reis, 1978; Cunha, 1991; Pires, 1997 e Porter, 1999). O grau de exigência aumenta, uma vez que os compradores se especializam e têm maior formação técnica na área (Arthur Anderson, 1990).

Huarng (1998) concluiu, no estudo que efectuou aos Hospitais de Taiwan, que menos de 9% dos artigos se encontravam defeituosos, considerando este valor muito reduzido.

4.6.3.1.4 Melhor selecção de fornecedores e perda de autoridade

A compra centralizada exige um sistema que permita classificar os fornecedores, nomeadamente quanto ao seu cumprimento de acordos estabelecidos (por exemplo: qualidade de produtos, prazos de entrega, artigos defeituosos, etc) (Pires, 1997), e ainda ligado ao volume das aquisições, pode-se conduzir a uma melhor selecção dos fornecedores, de acordo com o caderno de encargos (Arthur Anderson, 1990; Cunha, 1991; Porter, 1999; Ingram, 1993).

Avery (1993) descreve a posição de alguns responsáveis pelas compras, em que 75% afirmam que a principal razão pela qual as compras estão centralizadas é para permitir a

diminuição do poder dos fornecedores e 25% têm as compras descentralizadas ou possuem as duas técnicas dependendo do tipo de item.

4.6.3.1.5 Na planificação Racional do Aprovisionamento e estabelecimento de um sistema de codificação de produtos

A centralização das compras apresenta-se vantajosa, na medida em que exige uma planificação racional das previsões de necessidades, para poder fornecer as informações atempadamente ao sector que efectua a centralização das compras (Pires, 1997) e levar a uma melhor utilização dos recursos disponíveis nos diferentes estabelecimentos agrupados (Cunha, 1991; Ingram, 1993; Abella, 1998).

Esta planificação fornece uma simplificação dos processos e dos circuitos utilizadores, para além de uma normalização de produtos (Pinto, 1972; Corey, 1978; Santos, 1979; Sandleback, 1980; Duarte et al., 1981; Porter, 1999; Pitts, 1989b). Chéu (1976) afirma que, com a centralização de compras, eliminam-se luxos técnicos inúteis, reduz-se a diversidade de produtos utilizados e há uma definição dum certo nível de qualidade.

Da mesma forma, e como se deduz do afirmado anteriormente, é a utilização das técnicas de planificação que permite transformar as compras num instrumento ao serviço de uma política económica que se queira aplicar (Chéu, 1976; Frost, 2001a).

A compra centralizada tem de caminhar sempre para um sistema de codificação (Concheiro Santos et al., s/d; Zenty et al., 1988; Warren, 1989; Pires, 1997; Cancelo, 1999; Dejohn, 2000; Health Management Technology, 2001), de forma a permitir não só uma uniformização dos produtos, como também uma codificação única, que conduza à sua melhor e mais fácil negociação técnica, assim como a uma uniformização de procedimentos (Reis, 1978; Arthur Anderson, 1990; Cunha, 1991 e Dejohn, 2000).

4.6.3.1.6 Outras vantagens

Pode-se ainda apresentar um conjunto de vantagens mais óbvias que se explica por si próprias, como sejam: a tomada de decisão mais rápida com base nos sistemas de informação criados (Sandleback, 1980; Beste et al., 1989 e Porter, 1999), a grande oportunidade de sistemas integrados e de integração da cadeia de fornecimento (Brzezicki

et al., 1982; Beste et al., 1989; Porter, 1999), a facilidade de implementar soluções de comercio electrónico (Beste et al., 1989; Thill, 1989; Porter, 1999), o que permite, em suma, um maior controlo e uma menor oportunidade dos compradores cometerem fraudes (Porter, 1999), a eliminação de materiais em excesso (Concheiro Santos et al., s/d; Pitts, 1989a) e a ajuda aos hospitais no desenvolvimento de contratos de manutenção (Concheiro Santos et al., s/d)

4.6.3.2 Desvantagens da centralização de compras

Falar em desvantagens da centralização das compras não será, no entender de alguns autores, correcto, pois na realidade, estes afirmam que as desvantagens por vezes detectadas são fruto não da centralização em si mas forma como ela é feita (Chéu, 1976). Os inconvenientes possíveis são fruto, na maioria das vezes, da aplicação de um sistema inadequado ao caso que se pretende resolver. Será, no entanto, útil enunciar as desvantagens geralmente detectadas.

4.6.3.2.1 Saída Pequenas Empresas do Mercado

A saída de pequenas empresas do mercado, é uma das desvantagens da centralização de compras, apontada por Richardson (1989) e Pires (1997), uma vez que essas empresas têm dificuldade de dispor da capacidade de produção que satisfaça o volume de aquisições que é feita pela central de compras. Estas empresas, por serem de menor dimensão, poderão ter uma menor capacidade de divulgação dos seus produtos. Por se localizarem no raio de actividade de algum hospitais também se designam por empresas locais.

Concheiro Santos et al. (s/d) afirmam que esta desvantagem é uma das muitas apontada pelos opositores às compras em grupo. No entanto, referem que nenhum hospital irá efectuar todas as suas compras através do mecanismo das compras em grupo. Haverá sempre mercado para os fornecedores locais. Pitts (1989b), por sua vez, afirma que em alguns tipos de produtos é melhor um fornecedor local e noutros é melhor um fornecedor a nível nacional.

Algumas empresas não têm capacidade de divulgar os seus produtos de uma forma nacional, e existem alguns responsáveis hospitalares que assumem que só compram

produtos bem conhecidos, visto que essa situação é sinónimo de qualidade. No entanto, como se sabe, a grande promoção nem sempre é sinónimo de qualidade ou valor.

4.6.3.2.2 Coligação de Fornecedores

A coligação de fornecedores, é um dos mecanismos de defesa mais frequente do mercado fornecedor para fazer frente à centralização (Pires, 1997). Sendo esta situação desfavorável, quando daí advém uma situação de mono ou oligopólios, os fornecedores, por sua vez, poderão criar problemas à própria centralização, uma vez que se tornam mais aptos a imporem determinadas condições e preços (Cunha, 1991).

Ao facilitar a coligação dos fornecedores, que podem assim condicionar os preços, anula-se uma das apontadas vantagens de centralização (Chéu, 1976). Num serviço de compras com uma boa organização técnica, a coligação, poderá permitir, como foi referido em devido tempo, um grande conhecimento do mercado e dos fornecedores. É, assim, possível ultrapassar o inconveniente da coligação. Aliás, a coligação dos fornecedores não é uma consequência natural da centralização, uma vez que existe mesmo em situação de compras descentralizadas.

4.6.3.2.3 Perda da Independência dos Serviços Utilizadores

Os defensores de uma política descentralizada das compras afirmam que a centralização propicia a perda da independência por parte dos serviços utilizadores em relação aos produtos que pretendem adquirir, diminuindo assim a sua autoridade e poder decisório sobre os mesmos (Pires, 1997) e uma certa independência (Bernaténé, 1965; Corey, 1978; Santos, 1979 e Cunha, 1991).

A compra centralizada promove o afastamento dos fornecedores dos serviços que geraram necessidade de compra, provocando, este afastamento, um obstáculo às necessidades de aquisições urgentes que eventualmente venham a ser necessárias (Pires, 1997).

A individualização, de determinados serviços, torna-se essencial e lógica, já que estes conhecem melhor as características e circunstâncias que rodeiam as aquisições locais. Os defensores de uma política descentralizadora consideram ainda que o utilizador se encontra em posição favorável, capaz de obter boas condições dos fornecedores, com os

quais mantém relações assíduas e um perfeito conhecimento dos seus produtos, obtendo vantagens que superam de longe as de um gabinete anónimo.

À negociação anónima e despersonalizada, pode-se juntar a resistência que os compradores das diferentes unidades poderão eventualmente oferecer, pois em alguns casos consideram a centralização como uma autêntica diminuição de privilégios e de independência a que se encontram habituados.

No entanto, também estas dificuldades podem ser ultrapassadas se houver a preocupação de agir de forma a que assim aconteça, como afirma Chéu (1976). Para isso será indispensável:

- Não tornar a adesão obrigatória, devendo antes ser facultativa ficando, no entanto, os diversos estabelecimentos na posição de aderirem à iniciativa quando quiserem;
- Promover regularmente reuniões onde se faça sentir, a todos os participantes, que estão a colaborar no estabelecimento da política de compras, nada se fazendo sem os consultar, para isso se devendo explicar claramente quais os planos do Serviço Central e como se tenciona pô-los em prática, tendo em seguida todos os elementos oportunidade de expor os seus pontos de vista e
- Pedir a cooperação de todas as unidades, na forma de informações sobre os diversos fornecedores, nomeadamente quanto ao cumprimento dos prazos de entrega, qualidade dos produtos e assistência no pós-venda.

4.6.3.2.4 Aumento da Morosidade do Processo

O aumento da morosidade do processo, pode ser considerado uma desvantagem, por ser necessária uma coordenação mais rigorosa entre os serviços utilizadores da centralização (Santos, 1979; Cunha, 1991; Pires, 1997). Muitas vezes a inoperância e lentidão do sistema administrativo prejudica uma das mais importantes características do aprovisionamento – a oportunidade. A possibilidade que a descentralização oferece, nas relações mais directas entre comprador e vendedor, parece representar mais vantagens do que a morosa máquina burocrática, imposta pela centralização.

Chéu (1976) afirma que deve, no entanto, ter-se em conta que a centralização não se destina a satisfazer, tão depressa quanto possível, necessidades expressas, mas a montar

um instrumento de compra. De resto, também a morosidade do processo de compra não é exclusivo da centralização, embora esta o vá agravar, sendo o regime jurídico de aquisições o principal factor que o condiciona. Daqui se pode concluir que com um regime jurídico de aquisições adequado, isto é, menos formalista será possível ultrapassar esta dificuldade.

Concheiro Santos et al. (s/d) apontam como razão para o atraso das entregas, os erros de previsão de consumos efectuados pelos Hospitais e a elevada percentagem de compras urgentes. Se esta situação significa que as entregas não são efectuadas em tempo normal, então a central de compras pode ser realmente responsável pela situação. No entanto, se estes atrasos nas entregas significam que não podem ser cumpridos pela urgência dos pedidos, a responsabilidade não pode ser imputável à organização da central de compras.

4.6.3.2.5 Os hospitais não podem reclamar directamente junto dos fornecedores

Uma vez que as compras passam a ser efectuadas em conjunto, e é a central de compras o organismo que contacta os fornecedores, de uma forma mais próxima, os hospitais deixam de poder apresentar as reclamações directamente aos fornecedores.

Esta situação pode ser "combatida" se houver a comunicação, por parte do hospital reclamante, junto da central de compras, e esta poderá penalizar esse fornecedor num próximo contrato (Concheiro Santos et al., s/d).

4.6.3.2.6 Perda do posto de trabalho dos responsáveis pelas compras

Uma vez que as compras são efectuadas em grupo e pela central de compras, os responsáveis por aquelas, em cada hospital, passam simplesmente a ser intermediários entre os pedidos de compras e a central. Assim, é claro que não haverá muitas razões para conservar estes postos de trabalho.

Contrariamente a esta posição pessimista sobre os responsáveis pelas compras Concheiro Santos et al. (s/d) rebatem que aquelas afirmações não podem estar mais erradas, pois, com as compras em grupo aqueles ficam libertos para utilizar todos os seus conhecimentos, técnicas e capacidades em outras áreas da operação compras, ou seja, novas fontes de fornecimento, standardização, etc.

4.6.3.2.7 Os Pequenos hospitais não podem participar

Muitos pequenos hospitais não poderão participar nas compras em grupo, uma vez que habitualmente são estipuladas quantidade mínimas para cada artigo a ser adquirido dessa forma. Também este argumento é referido por Concheiro Santos et al. (s/d), uma vez que as compras em grupo são efectuadas para um conjunto de hospitais, e estes serão de várias dimensões, as quantidades mínimas a ser atribuídas a cada artigo não serão excessivas e serão harmonizadas de acordo com os Hospitais de todos os tamanhos.

4.6.3.2.8 Dificuldade em standarizar alguns produtos

Para que as compras centralizadas funcionem, é necessário que todos os hospitais envolvidos partilhem dos mesmos produtos (Richardson, 1989). Esta standardização, que é uma exigência das compras centralizadas, nem sempre é possível de aplicar a todos os produtos (Health Management Technology, 2001). O caso mais elucidativo que é sugerido pela maioria dos responsáveis de compras dos hospitais é a questão dos fios de sutura. Cada profissional, de cada hospital tem os seus métodos, técnicas e gostos e é uma das tarefas mais árduas a de conciliar opiniões quanto à espessura dos fios de sutura a encomendar. Se se tentar alargar a questão a outros hospitais esta toma proporções elevadíssimas (Pitts, 1989a).

4.6.3.2.9 Outras desvantagens

Richardson (1989) afirma que um dos motivos para que a centralização não resulte, é o facto de os hospitais (tanto grandes como pequenos) utilizarem o preço da compra centralizada como indicativo para negociar "particularmente" com os fornecedores. Assim, os hospitais utilizam a informação da Central de Compras para decisões de compra, mas fazem-se directamente ao fornecedor.

Depois de tudo o que foi apresentado, pode afirmar-se que algumas desvantagens, associadas à problemática da centralização de compras, estão intimamente ligadas ao regime jurídico, demasiadamente limitador que vigora, e que em nada facilita a rapidez das aquisições. Necessário seria uma regulamentação mais flexível, para que os órgãos de gestão das respectivas instituições pudessem, no mais curto espaço de tempo, resolver situações facilmente solucionáveis a nível local.

Contudo, pode-se referir, como vem descrito no documento intitulado "*Aprovisionamento*" da responsabilidade do Departamento de Recursos Humanos do Ministério da Saúde (1990), desde que, bem ponderadas, as decisões concretas de centralização e de adjudicação tendem a diluir estas desvantagens, sobrepondo-se as vantagens referidas.

Por tudo o que já foi descrito, pode afirmar-se que a escolha de um modelo de centralização depende não só das particularidades da estrutura e do modelo de desenvolvimento preconizado, mas acima de tudo de uma opção de eficiência e de optimização económica global, porquanto todas as desvantagens referidas, podem ser minoradas ou mesmo abolidas, na dependência da circunstância e do modelo a utilizar.

4.6.4 Experiências em Portugal

No que diz respeito, às experiências de centralização de compras, em Portugal, fazer-se-á referência a três trabalhos realizados em épocas diferentes (Chéu, 1976; Santos, 1979 e Cunha, 1991), e que traduzem um alerta para a metodologia de gestão de compras hospitalares centralizadas, apelando para um conjunto de benefícios que o Estado poderia obter.

Cunha, em 1991, faz uma análise da experiência Portuguesa na centralização de compras hospitalares e conclui que o grau de satisfação dos utilizadores é bastante bom, situando-se este nível de satisfação entre 75% e 95%. Afirma ainda, que se consegue economias de escala de cerca de 50% e verifica que as empresas têm grande contenção na subida de preços na maioria de produtos centralizados, salientando que estes resultados surgem sobretudo pela situação concorrencial que se instala nos mercados.

Referem-se estas experiências, procurando unicamente, salientar os aspectos mais característicos que irão funcionar como causas do seu êxito ou do seu insucesso. Estas experiências e estudos apresentam-se dentro de duas perspectivas: (1) Centralização de compras a nível nacional e (2) Centralização de compras a nível distrital ou por área.

4.6.4.1 Centralização de compras a nível nacional

4.6.4.1.1 Centralização de compras no Ministério da Saúde

Em Portugal, no ano de 1971, com intuito de servir os estabelecimentos do Ministério dos Assuntos Sociais, na aquisição de produtos e materiais de consumo corrente, e procurando dar uma racionalidade técnica e económica, criaram-se os serviços de aprovisionamento da Secretaria Geral, pelo DL 413/71, de 27/09.

Estes serviços tinham como principal competência; proceder a estudo de mercado relativos a produtos e materiais de consumo corrente nos estabelecimentos e serviços, tendo em vista a normalização dos mesmos. O ministro poderia emitir um despacho no sentido de que as despesas resultantes da criação deste novo serviço fossem suportadas pelos serviços utilizadores.

Estas atribuições situavam-se no âmbito dos "*géneros e artigos de consumo corrente*" com exclusão portanto dos equipamentos (Serviço de Aprovisionamento, 1979). Na sua função normativa, os Serviços de Aprovisionamento (S.A.) elaboraram estudos diversos (especificações, normas, etc) e colaboraram em acções de formação de pessoal hospitalar. Só cinco anos mais tarde é que este serviço foi dotado de Recursos Humanos e materiais que permitiram direccionar os serviços para os fins que foram criados (Cunha, 1991).

No que respeita aos concursos centralizados, o seu âmbito foi-se alargando sucessivamente e, em 1978, atingiram uma verba global de adjudicações de cerca de 600.000 contos (2.992.787,38 €). Na preparação dos concursos, os S.A. recorriam às estimativas de necessidades dos serviços consumidores, elaboravam os cadernos de encargos, recebiam e apreciavam as propostas dos fornecedores e propunham as adjudicações que eram da competência do ministro.

Em 1987, com o Decreto-Lei nº 210/87, de 20 de Maio, este serviço transformou-se na Divisão de Estudos e Normalização que tinha como função efectuar estudos de mercado, divisão de compras e realização os concursos centralizados, competindo aos consumidores toda a sua execução.

Comissão de Compra

Em 4 de Julho de 1951, pelo Decreto-Lei nº 38331, foi criada a Comissão de Compra, que funcionou na Inspecção de Assistência Social. A sua missão principal consistia na negociação dos contratos com os fornecedores, para produtos, precedidos de requisições emanadas dos hospitais interessados, que eram obrigados a tal, apesar da morosidade atribuída a tal sistema. A Comissão de Compras não tinha Comissão de Escolha, nem tinha pessoal próprio e especializado, nem sequer possuía uma estrutura montada, suficientemente sólida para que alguns dos seus graves problemas fossem solucionados. Esta Comissão de Compras foi extinta e deu lugar à Direcção dos Serviços de Aprovisionamento da Secretaria-Geral do Ministério da Saúde.

Comissão de Reapetrechamento dos Hospitais

A Comissão de Reapetrechamento dos Hospitais foi criada pelo Decreto-Lei nº 43 760 de 29 de Junho de 1961. Tinha como objectivo a compra e entrega de equipamentos para os hospitais Gerais e Especializados, que não dependessem dos respectivos institutos (como era o caso das maternidades). Esta Comissão recebia os pedidos de material das Comissões Inter-Hospitalares, elaborava os concursos, procedia à escolha, após pareceres dos serviços utilizadores, e por último procedia à adjudicação. Fazendo esta Comissão uma centralização demasiadamente autoritária, estava sujeita a críticas de burocracia, morosidade no fornecimento do material solicitado.

Reconhecia-se, na altura da sua constituição, a necessidade de consignar certas verbas à renovação dos equipamentos nos Hospitais, mantendo-se fora dos respectivos orçamentos de investimento. Assim, a C.R.H. era anualmente creditada de uma verba na base da qual se estabelecia os planos anuais, tendo em conta as indicações e prioridades que lhe eram transmitidas pelos órgãos próprios da D.G.H.. Esta comissão organizava os concursos que, na fase final, eram enviados a parecer dos próprios hospitais requisitantes ou eventualmente do S.I.E. da Secretaria Geral ou do S.U.C.H..

Efectuados a adjudicação e o fornecimento, era a C.R.H. que pagava directamente aos fornecedores. Raramente, se verificava o agrupamento de equipamento do mesmo tipo para, através de uma compra de grande volume, serem obtidas economias nos preços. A C.R.H. limitava-se a realizar compras avulsas substituindo-se assim a cada hospital na compra que estes individualmente realizariam.

Este esquema de trabalho não contribuiu para se avançasse no domínio da normalização dos equipamentos, mantendo o primado da opção de cada hospital como critério de decisão.

Direcção dos Serviços de Aprovisionamento da Secretaria Geral

Em Portugal, existiu uma Central de Compras para a Saúde, a designada Direcção dos Serviços de Aprovisionamento da Secretaria Geral do Ministério da Saúde, criada em 1971, e que, de acordo com o estudo realizado por Cunha (1991) a uma amostra, ainda que pouco significativa porque representava apenas 8% dos serviços utilizadores, as compras centralizadas representaram em média cerca de 40% do total de compras efectuadas por aqueles estabelecimentos de saúde. O volume de adjudicações das compras centralizadas efectuadas pelos Serviços de Aprovisionamento, ascendeu a cerca de 7.000.000 contos (34.915.852,79 €) no ano de 1989. Pela importância de que se revestiu, deve-se destacar este departamento criado a 27 de Setembro de 1971, pelo Decreto-Lei nº 413, e desempenhou as funções da extinta Comissão de Compras, atribuindo-se a esta Direcção as funções de "*estudo do mercado relativo aos géneros e artigos de consumo corrente nos estabelecimentos e serviços, em ordem à normalização das aquisições e à padronização de fornecimentos*", segundo o artº. 15º do referido Decreto-Lei.

Tal Direcção tinha por incumbência a preparação, a organização e a conclusão dos consumos e a celebração dos contratos escritos. Todas as actividades de execução das aquisições – encomendas, recepção, pagamentos, etc - cabiam aos estabelecimentos e serviços utilizadores. O serviço possuía várias comissões técnicas que funcionavam como órgão de staff, uma secção administrativa e um núcleo de documentação que davam apoio aos Núcleos Técnicos (estes exerciam funções de compra e estudo dos mercados). O Serviço de Aprovisionamento desenvolvia ainda apoio técnico, visitas e reuniões com os utilizadores, deveriam também recolher pareceres acerca dos fornecimentos, transmitindo estas informações e orientações respeitantes à política de aprovisionamento.

O volume financeiro das compras pelo qual o serviço foi responsável em 1977 correspondeu a 17% (454.000 contos – 2.264.542,45 €) da despesa geral de aprovisionamento hospitalar (2,5 milhões de contos – 12.469.947,43 €), o que representou

um aumento nas adjudicações em relação a 1976 de cerca de 62% (este aumento deveu-se não só ao aumento de preços como também a aquisições de novas famílias de produtos).

As atribuições da Direcção eram amplas e diferenciadas, incidindo, por um lado, em estudos de produtos e de mercados e uniformização de consumos e, por outro lado, na realização de contratos centralizados com base nos resultados obtidos em concursos públicos.

Sendo os S.A. responsáveis pela obtenção dos contratos centralizados e gestão dos fornecimentos, eram no entanto os estabelecimentos e serviços dependentes do Ministério da Saúde que os concretizavam. Assim, a estes cabia a encomenda dos produtos, a sua armazenagem, distribuição interna, etc. Através dos contratos centralizados os estabelecimentos e serviços de saúde abasteciam-se, em cerca de mil e cem artigos, que se integravam nas grandes áreas de produtos farmacêuticos e de consumo clínico e hoteleiro (DRHMS, 1990)

A metodologia adoptada pelos S.A. para intercâmbio de informação com os estabelecimentos e serviços de saúde era a consulta e o inquérito. Assim, periodicamente, os Serviços de Aprovisionamento inquiriam os estabelecimentos e serviços sobre previsões de consumo dos produtos objecto de concurso público e informavam das decisões de adjudicação.

Para decisões sobre produtos a centralizar e a adjudicar os S.A apoiavam-se em comissões constituídas por técnicos hospitalares de formação adequada ao tipo de produtos em causa.

Instituto de Gestão Informática e Financeira

Em Portugal, na sequência do trabalho efectuado pela Secretaria Geral, surge o Decreto-Lei 308/93, de 2 de Setembro, que cria o IGIF como pessoa colectiva de direito público, dotado de autonomia administrativa e financeira.

O IGIF está sob a tutela do Ministério da Saúde, integrado no seu departamento de gestão financeira, que lhe permite a realização de procedimentos que visam efectuar concursos centralizados. A adesão a estes concursos é voluntária, com excepção dos derivados de

sangue, cuja participação é obrigatória. No seu artigo 14º estão estabelecidas as suas competências, as quais se podem resumir no seguinte:

- Proceder a estudos de mercado relativamente a produtos de consumo corrente, assim como a estudos sobre introdução de novos produtos no mercado;
- Preparar e difundir regras relativas à organização dos serviços de aprovisionamento, recolhendo informações das actividades desses serviços, de forma a poder preparar nomenclaturas e codificação de produtos;
- Desempenhar funções no âmbito da formação, relativamente ao pessoal da área do aprovisionamento;
- Cooperar com outros serviços públicos, em processos relativos a qualidade dos produtos e
- Desenvolver processos no sentido de normalizar cláusulas administrativas dos cadernos de encargos e os formulários processuais.

Na área do aprovisionamento compete ao IGIF (nº3 do artigo 3° do DL308/93 de 2 de Setembro) (1) propor regras que permitam a racionalização do sistema de aquisição de bens ou serviços no âmbito dos serviços do Ministério da Saúde e do SNS; (2) organizar concurso centralizado de aquisições de bens ou serviços do Ministério da Saúde e SNS; (3) promover aquisições directas no mercado, nos termos previstos pela lei e (4) proceder a análises sistemáticas dos concursos das instituições e serviços do SNS.

Em entrevista amavelmente concedida pela Directora do referido departamento, foi dito que o IGIF dentro da respectiva área:

- Tem tido um papel de formação nomeadamente junto das comissões de escolha, estas envolvem elementos de diversos hospitais do país, alertando para a problemática da compra, não só pelo factor preço, como pela relação qualidade do produto e qualidade de serviço dos fornecedores, apelando para a necessidade de se construir uma classificação dos mesmos;
- Tem desenvolvido um trabalho no sentido de se poder vir a criar uma normalização jurídica e administrativa, no que concerne a contratos e tipo de caderno de encargos, de forma a que se tenha uma melhor interpretação da Secção IX do Decreto-Lei 197/99, de 8 de Junho, pois se pensa ser esta a base necessária para se poder passar à codificação de artigos, processo este considerado essencial quando realizam compras centralizadas;

- Tem efectuado concursos centralizados por razões que se prendem com o volume financeiro e as quantidades movimentadas;
- Tem avaliado os resultados pelo grau de adesão crescente que os hospitais do SNS, e até Misericórdias, têm tido aos concursos abertos por este departamento que interpretam como uma garantia de qualidade do serviço prestado; e
- Tem denotado que o processo de concurso pode ser um pouco mais lento, por três factores essenciais:
    - são concursos internacionais;
    - estão dependentes das informações das previsões dos hospitais; e
    - existe um elevado número de impugnações de concursos efectuados pelos fornecedores a quem não é adjudicado qualquer quota.

Da apreciação geral que Pires (1997) faz ao papel deste serviço é de opinião que, este serviço, se encontra a desenvolver um esforço para construir bases que de futuro levem a fazer uma melhor compra. Este esforço, desenvolvido em torno da formação e da normalização, assim como o iniciar de um sistema de classificação de fornecedores, poderá vir a dar resultados positivos muito em breve, mesmo nos concursos internos efectuados por cada hospital. No entanto, seria benéfico existir uma avaliação de resultados, através de indicadores que permitissem avaliar quantitativamente os benefícios que os hospitais têm usufruído, por terem aderido aos serviços de compra centralizada.

Nos contactos efectuados com alguns hospitais, procurou-se obter informação sobre os benefícios e não benefícios que este serviço lhes proporciona. Foi referido unanimemente, como benefício, que lhes poupa muito trabalho, em termos de processo administrativo do concurso. Como não benefício, foi apontado, que os atrasos frequentes na formalização dos processos de adjudicação, obrigam a recorrer a compras suplementares através de ajustes directos. Por outro lado, quando a adjudicação é feita tem que absorver aquilo a que se comprometeram com as previsões que deram.

4.6.4.1.2 Centralização de compras na Administração Pública

Para além da centralização de aquisições da competência do Ministério da Saúde, que muito directamente interessa aos estabelecimentos e serviços de saúde, cabe referir a

Central de Compras do Estado da Direcção Geral do Património do Estado do Ministério das Finanças, criada pelo Decreto-Lei nº 518/79, de 28 de Dezembro, que celebra, na área do equipamento de escritório, Acordos de Desconto.

Estes são contratos que têm por objecto as condições que devem integrar os contactos de fornecimento a celebrar entre os serviços, organismos públicos e os fornecedores. Estes contratos perspectivam, por um lado, vantagens económicas que equacionam o preço, a qualidade, as características técnicas e funcionais e prazo de entrega do equipamento e, por outro lado, o serviço pós-venda e, se possível, as condições da própria assistência pós-venda.

Os contratos de fornecimento que decorrem dos Acordos de Desconto põem à disposição várias marcas de equipamento e diversos modelos, de acordo com as necessidades dos serviços e organismos públicos.

4.6.4.2 Centralização de compras a nível distrital ou por área

Cheu (1976) realizou um trabalho sobre a criação duma divisão de aprovisionamento distrital de Portalegre, em que conclui poder-se obter economias de 25% sobre a maior parte dos artigos adquiridos através de compra centralizada, e que, além do preço, consegue-se obter uma melhoria de qualidade dos artigos adquiridos, porque a compra passa a ser efectuada por profissionais a quem é ministrada formação específica.

O estudo sugeriu, como alternativa mais adequada, a criação de uma "Associação Informal" entre os vários estabelecimentos hospitalares, com as seguintes funções:

- compras conjuntas ao nível distrital;
- contactos unificados com os serviços centrais e com os fornecedores e
- normalização de consumos

Tal acordo não foi possível pôr em prática, segundo declarações proferidas pela Administradora do Hospital de Portalegre (Cheu, 1976). As razões foram as seguintes:

- os serviços aderentes não estavam integrados, pertencendo a organismos diferentes;

- faltava uniformidade nos processos de compra vigente em cada uma das instituições, para as quais se procurava uma maneira integrada de efectuar as suas aquisições e
- as administrações distritais de saúde não tinham poder para tratar financeiramente, de um ponto de vista global, todos os consumos para a saúde no Distrito.

Há ainda a apontar outra experiência, de colaboração nas aquisições, a nível do Distrito de Évora, onde outros hospitais concelhios adquiriam ali alguns produtos, sendo-lhe debitadas as quantias respectivas dos fornecimentos, embora se desconheça a existência de qualquer estudo ou planificação nesse sistema de ajuda (Santos, 1979)

Este mesmo autor, com base em experiências realizadas noutros países e nas quais se obteve resultados muito positivos, elaborou um trabalho procurando dar um contributo para a implementação de uma central distrital de compras no Distrito de Castelo Branco.

Uma outra experiência de centralização de compras está a ser estudada na ARS-Norte. Após várias diligências não foi possível consultar, de uma forma aberta e livre, o estudo já elaborado. Assim, lamenta-se não se apresentar elementos tão actuais e que, possivelmente, poderiam trazer novas perspectivas de abordagem em Portugal assunto tão complexo como são as compras, em especial as dos hospitais e com as particularidades do sector público.

Na revisão da literatura efectuada, neste capítulo, à problemática do serviço de aprovisionamento hospitalar, tentou-se clarificar conceitos com ele relacionados e pensa-se ter apresentado os aspectos mais relevantes ao seu bom desempenho. No capítulo seguinte, ir-se-à apresentar a metodologia proposta, com a definição da população em estudo, os métodos de obtenção de dados, o questionário e todo o tratamento de informação efectuado.

IV - METODOLOGIA DE INVESTIGAÇÃO

1 QUESTÕES DE INVESTIGAÇÃO

Em ciências sociais, as ideias, as questões e as hipóteses surgem das mais diversas maneiras, não há nenhuma regra sobre esta questão. Podem ser rigorosamente deduzidas de uma teoria, podem ter origem num problema prático ou na perplexidade perante um determinado aspecto da vida. À luz do objecto de estudo e tendo presente a problemática teórica atrás exposta, formularam-se algumas questões, a que, ao longo da investigação, se pretendeu dar resposta.

De uma maneira geral, em Portugal, a prática do planeamento dos serviços de saúde tem sido feita em função do número de habitantes e nunca, ou quase nunca, em função da estrutura sócio económica e da estrutura etária da população potencialmente utilizadora (Santana, 1999). Mas esta situação não se verifica só em Portugal. Outros autores, nos seus estudos têm constatado esta opção de planeamento dos recursos de saúde, em alguns países da Europa (López-Casasnovas, 2001; Cantarero Prieto, 2001; Castells e Bosch, 1999) e nos E.U.A (Rice e Smith, 1999; Young, 1992; Tamayo, 1999). Estes estudos, sobre a realidade de outros países, verificaram também que, os diferentes tipos de hospital existentes tinham diferentes desempenhos, ao nível de algumas variáveis: recursos humanos e produção hospitalar. Em Portugal, Lima (1993) chegou às mesmas conclusões.

Em Portugal existem três tipos de hospital público não especializado, que são os Hospitais Centrais, Distritais e Centros Hospitalares. Uma vez que estes hospitais possuem diferenças em termos de dimensão, número de camas, população de atracção, etc., poderão ter comportamentos diferenciados, em termos de práticas de aprovisionamento, motivados por essas diferenças.

É neste contexto que foi formulada a primeira questão e que está relacionada com os tipos de hospital existentes em Portugal e os seus comportamentos em termos de práticas ao nível do aprovisionamento.

Com o objectivo de dar resposta a esta questão, formulou-se um conjunto de hipóteses que irá ser testado utilizando para tal, um grupo de variáveis (relacionadas com as práticas

em termos de gestão de materiais, compras e de compras centralizadas) e estes irão ser analisadas em separado:

Hipótese H_{11} - Não existe relação entre as práticas de Gestão de Materiais e o Tipo de Hospital;

Hipótese H_{12} - Não existe relação entre o tipo de relacionamento estabelecido com os fornecedores e o Tipo de Hospital;

Hipótese H_{13} - Não existe relação entre as práticas de compras e o Tipo de Hospital;

Hipótese H_{14} - Não existe relação entre as práticas de compras centralizadas e o Tipo de Hospital;

Como já se referiu, muitas vezes, a densidade populacional tem marcado, de forma quase definitiva, como causa/efeito, a distribuição dos recursos públicos de saúde e de outros, importantes para a qualidade de vida das populações (Gould e Jones, 1996; Van Oyen et al., 1996; Lucas-Gabrielli e Tonnelier, 1998; Santana, 1999; Tamayo, 1999; Rice et all., 1999; Castells et al., 1999; Cantarero Prieto, 2001; López-Casasnovas, 2001).

Quando se estuda a distribuição geográfica dos serviços, verifica-se que existe uma oferta menos diversificada nas áreas do interior e nas áreas rurais, os recursos estão menos acessíveis geograficamente, para além das barreiras culturais e económicas que são impeditivas, em muitos casos, de uma utilização sempre que se seja identificado um estado de doença (Santana, 1999).

Têm sido identificadas diferenças ao nível dos custos totais hospitalares (Mantas, 1984) e no financiamento, nas diferentes regiões (Mantas, 1984; Rice et al., 1999; Tamayo, 1999; López-Casasnovas, 2001; Castells et al., 1999; Cantarero Prieto, 2001) e desigualdades regionais no SNS ao nível dos recursos humanos, número de camas hospitalares, tecnologias utilizadas, indicadores de produção e custo dos medicamentos (Rodrigues, 1999).

Portugal está dividido administrativamente, em termos de saúde, em sete regiões (Norte, Centro, Lisboa e Vale do Tejo, Alentejo, Algarve, Açores e Madeira), tendo características que as diferenciam muito, desde a própria geografia, acessibilidades, infra-

estruturas, população, número de unidades de saúdes, profissionais de saúde, especialidades existentes, etc.

É intenção desta investigação compreender até que ponto existem, em Portugal, diferenças regionais ao nível das práticas do aprovisionamento. Para tentar responder a esta questão formularam-se as seguintes hipóteses que serão testadas individualmente:

Hipótese H_{21} - Não existe relação entre as práticas de Gestão de Materiais e a Região de localização do Hospital;

Hipótese H_{22} - Não existe relação entre o tipo de relacionamento estabelecido com os fornecedores e a Região de localização do Hospital;

Hipótese H_{23} - Não existe relação entre as práticas de compras e a Região de localização do Hospital;

Hipótese H_{24} - Não existe relação entre as práticas de compras centralizadas e a Região de localização do Hospital;

Actualmente, em termos de legislação, o regime de realização de despesas públicas com locação, prestação de serviços e aquisição de bens, encontra-se definido no Decreto Lei nº 197/99, de 8 de Junho. Neste diploma, como foi anteriormente desenvolvido, estão previstos sete procedimentos distintos com vista à aquisição de bens e serviços: concurso público, concurso limitado por prévia qualificação, concurso limitado sem apresentação de candidaturas, por negociação com publicação prévia de anúncio, por negociação sem publicação prévia de anúncio, consulta prévia e ajuste directo.

Os Hospitais Públicos Portugueses utilizam este sistema de contratação pública de bens e serviços que, como já se afirmou, poderá ser utilizado como um instrumento que contribua para o modelo de gestão actual dos serviços da Administração Pública, através da melhoria da eficiência, actuando nas vertentes transparência, desburocratização, produtividade, comunicação via electrónica, além da tradicional óptica dos custos.

Assim, é propósito desta investigação compreender se existem em Portugal diferenças de práticas em termos do tipo de contrato utilizados, pelos hospitais, para a aquisição de bens e serviços, ao nível das práticas do aprovisionamento. Para dar resposta a esta questão formularam-se as seguintes hipóteses:

Hipótese H_{31} - Não existe relação entre as práticas de Gestão de Materiais e o tipo de contrato, como forma de aquisição de bens e serviços, no Hospital;

Hipótese H_{32} - Não existe relação entre o tipo de relacionamento estabelecido com os fornecedores e o tipo de contrato, como forma de aquisição de bens e serviços, no Hospital;

Hipótese H_{33} - Não existe relação entre as práticas de compras e o tipo de contrato, como forma de aquisição de bens e serviços, no Hospital;

Hipótese H_{34} - Não existe relação entre as práticas de compras centralizadas e o tipo de contrato, como forma de aquisição de bens e serviços, no Hospital;

2 METODOLOGIA DE INVESTIGAÇÃO

2.1 INTRODUÇÃO

As técnicas de investigação, segundo Almeida e Pinto (1995), são conjuntos de procedimentos bem definidos e transmissíveis, destinados a produzir certos resultados na recolha e tratamento da informação requerida pela actividade de pesquisa. Para cada pesquisa concreta dever-se-ão seleccionar as técnicas adequadas, controlar a sua utilização, integrar os resultados obtidos. A metodologia será, assim, a organização crítica das práticas de investigação.

Delimitado, no seu conteúdo, o tema e apontados os objectivos do trabalho importa aprofundá-lo segundo o tipo de investigação a desenvolver. Para melhor se conhecer a realidade a estudar e recolher alguns elementos foi contactado *in loco* o pessoal do Serviço de Aprovisionamento de vários hospitais, junto do qual se tentou obter as informações que se reputou de interesse. Também nesse sentido, se procedeu a visitas aos armazéns, onde se acompanhou toda a problemática dos fornecimentos.

2.2 A POPULAÇÃO EM ESTUDO

A população em estudo é formada por todos os Hospitais Públicos, não especializados, existentes em Portugal, ou seja, os Hospitais Centrais, Distritais e Centros Hospitalares.

Foram considerados, unicamente, os Hospitais Públicos, uma vez que se regem por normas de funcionamento bastante diferentes do que aquelas a que os Hospitais Privados estão sujeitos. Exemplo dessa situação, pode-se apontar o enquadramento legal que envolve as aquisições de materiais. Pode ser afirmado que o sector público é dominado pela "perspectiva da responsabilização e do acatamento pelas rotinas limitadoras, estilo oposto ao do empenho e da responsabilidade pela obtenção de resultados pré-determinados", algumas das características do sector privado (Poeta et al., 2000, pág. 2).

Outro factor que foi tido em linha de conta, na escolha da população em estudo, foi o peso do sector público de saúde, em Portugal, tem face ao privado. Assim e como pode ser revisto, nos elementos constantes do Quadro 2.2, os Hospitais Públicos representam 57% do número total de Hospitais e 78,8% das camas existentes. Aqui se denota que, apesar dos Hospitais Privados terem um papel importante, em termos de número de unidades, no número de camas apresentam pouca capacidade de internamento. Assim, pode ser afirmado que cabe aos Hospitais Públicos a tarefa de prestar os cuidados de saúde de uma forma mais massiva à maioria da população.

De entre os Hospitais Públicos, optou-se por estudar os não especializados, visto que possuem características específicas, similaridades, nomeadamente no que diz respeito às estruturas que possuem, às valências de que dispõem, ao tipo de produtos. Não foram considerados os Centros de Saúde uma vez que são estruturas completamente distintas dos Hospitais em termos de estrutura, serviços disponíveis, regras de funcionamento, autonomia, etc.

2.3 MÉTODO DE OBTENÇÃO DE DADOS

Uma vez formuladas as hipóteses e a população em estudo identificada, torna-se necessário decidir qual o método ou métodos a empregar para testar as hipóteses. Assim, nesta investigação efectuou-se um levantamento, que se procurou exaustivo, da bibliografia sobre as teorias existentes, dos principais estudos e das pesquisas realizadas. Este levantamento serviu de suporte à análise teórica do tema em estudo e à elaboração do questionário aplicado.

Pode afirmar-se que a pesquisa bibliográfica foi uma constante ao longo do desenvolvimento de todo o trabalho. Logo nos primeiros momentos fez-se uma primeira selecção de livros e principalmente de artigos de revistas que, de uma forma mais desenvolvida e concreta, abordavam o tema em questão. Esta selecção foi sendo complementada, ao longo do período de preparação da tese.

A pesquisa foi feita ao nível de monografias, revistas, bases de dados, que incidissem sobre as áreas do aprovisionamento, da gestão de materiais, das compras, incidindo de forma particular sobre os Hospitais e de Portugal, assim como sobre as metodologias de investigação utilizadas nas ciências sociais e humanas.

A pesquisa bibliográfica permitiu constatar o reduzido interesse que, em Portugal, se dedica a esta área de estudo. De facto, constatou-se que as publicações sobre o tema são escassas no nosso país e referem-se, na sua maioria, a traduções. Por outro lado, verifica-se que muitas dessas publicações datam de há algumas décadas.

Com o objectivo de melhor conhecer a realidade, contactaram-se algumas entidades. Foram efectuados estes contactos visto que havia a necessidade de aprofundar os conhecimentos, não só ao nível do aprovisionamento, gestão de materiais, compras, mas também do sector da saúde (que possui características muito diferentes das organizações industriais, onde habitualmente esta temática é estudada), onde esta investigação se integra.

Após a recolha bibliográfica e sua análise, procedeu-se à recolha de informação. Assim, dada a natureza e os objectivos desta investigação, decidiu-se efectuá-la através de um inquérito. Existem dois métodos de efectuar um inquérito: através de um questionário ou através da realização de entrevistas. É habitual identificar o termo questionário com as formas de inquirir em que as questões são formuladas antecipadamente de uma forma quase sempre rígida (Ghiglione e Matalon, 1992). Os questionários podem ser realizados em grupo ou enviados a cada elemento da população seleccionada, as questões são colocadas por escrito e o inquirido deve responder por escrito (Snow, 1994). O termo entrevista é usado para técnicas menos rígidas. As entrevistas podem ser realizadas cara a cara com o entrevistado ou podem ser realizadas pelo telefone. As respostas são redigidas pelo entrevistador ou gravadas.

Qualquer um destes métodos é uma forma de questionar e têm características distintas. A primeira, que se pode considerar como a própria definição da situação de entrevista, foi formulada desde 1924 por Bingham e Moore, a entrevista é uma conversa com um objectivo. A Segunda, refere-se à situação de inquirição. Bingham e Moore (1924) afirmaram que uma entrevista, ou a aplicação de um questionário, é um encontro interpessoal que se desenrola num contexto e numa situação social determinados, implicando a presença de um profissional e de um sujeito *naïf*.

Nesta investigação optou-se por utilizar o primeiro método, o questionário. Assim, procura-se obter os dados que descrevam a estrutura e o funcionamento os Serviços de Aprovisionamento dos Hospitais Públicos Portugueses. Esses dados permitirão testar as hipóteses e assim responder às questões atrás formuladas.

Com o propósito de obter informações mais completas e concretas da realidade existente em Portugal, nos serviços de aprovisionamento hospitalar, e de se preparar a elaboração do questionário a aplicar, estabeleceu-se contacto com vários interlocutores privilegiados, responsáveis pelo aprovisionamento e administradores hospitalares. Estes interlocutores foram informados acerca dos objectivos da investigação, da confidencialidade das informações prestadas (caso fosse esse o seu desejo) e obteve-se autorização para se efectuar contactos e visitas aos serviços de aprovisionamento desses hospitais.

Foram também contactados, professores da Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP), uma vez que esta escola, pode ser considerada, uma referência e uma importante fonte de informação sobre problemáticas da administração de saúde. A ENSP tem por missão a formação pós-graduada e a investigação na área da Saúde Pública, englobando a Administração da Saúde e a Investigação em Serviços de Saúde.

A ENSP tem ligações a organismos internacionais como sejam a Federação Internacional dos Hospitais, o Banco Mundial, a Associação Europeia de Administração de Cuidados de Saúde, a Associação de Escolas de Saúde Pública da Região da Europa, a Organização Mundial de Saúde, a Associação Latina para a Análise dos Sistemas de Saúde, a International Society for Quality Assurance in Health Care e a Association of University Programs in Health Administration.

Um outro elemento considerado fundamental, para qualquer investigação é a organização e arquivo da informação. Assim, ao longo de toda esta investigação foram criadas bases de dados, relativas a todo o tipo de informação recolhida: entidades contactadas, hospitais existentes, referências bibliográficas. Esta informação foi classificada e arquivada de forma a permitir o melhor acesso possível, tanto físico e/ou por via electrónica.

2.4 O QUESTIONÁRIO

Com o objectivo de conhecer a opinião dos peritos, sobre os serviços de aprovisionamento, procedeu-se à recolha de informação primária. Para isso aplicou-se um questionário estruturado com perguntas, predominantemente fechadas e algumas abertas, como principal instrumento de pesquisa.

Nas perguntas abertas, o inquirido responde através das suas próprias palavras e a resposta é, de certo modo, bastante livre (Escoval, 1999). Recorre-se a este tipo de perguntas para descobrir quais as palavras e as frases que as pessoas espontaneamente utilizam. No entanto, é necessário considerar que os inquiridos podem não dar uma resposta directa à questão, ou até mesmo dar uma não resposta (Lejeune e Bied-Charreton, 1992), situações que, no caso de um questionário escrito e confidencial, não podem ser esclarecidas ou corrigidas (Zilkmund, 1984). Por outro lado, o tratamento das perguntas abertas exige um trabalho substancialmente maior do que o das perguntas fechadas, uma vez que o trabalho de codificação e análise dos dados é bastante demorado (Zilkmund, 1984).

As perguntas fechadas apresentaram-se como a opção ideal para o questionário, pois para além do tratamento simplificado das respostas (uma vez que estas já se encontram codificadas), as alternativas de respostas apresentadas para cada pergunta ajudam a compreendê-las. A própria dimensão do questionário obrigava à utilização de perguntas fechadas, pois seria pouco provável que se obtivesse um número de respostas representativo, se cada inquirido tivesse de responder a muitas perguntas abertas.

Assim, a opção por este tipo de metodologia deveu-se sobretudo às vantagens atribuídas à utilização do questionário, nomeadamente, a descoberta de novas dimensões, os modos de

funcionamento e distribuição dos fenómenos, a possibilidade de se testar a teoria (Babbie, 1973 citado em Filippini, 1997). O questionário permite, igualmente, atingir um maior número de observações simultaneamente, abranger uma área geográfica mais ampla, economizar tempo, obter um grande número de dados, dar maior liberdade nas respostas devido ao anonimato, correr menos riscos de distorção pela presença do investigador, obter respostas mais rápidas e mais precisas (Lakatos, Worall, Currie, Zapatero e Castrillo, 1996), etc.

A concepção do questionário passou por várias etapas, que concorreram para a elaboração adequada do mesmo, uma vez que, é uma ferramenta muito importante para a concretização dos objectivos da investigação. Foi possível elaborar uma primeira versão do questionário, considerando os objectivos orientadores da investigação, após a informação recolhida a partir de entrevistas não estruturadas junto de alguns peritos e da análise documental (bibliografia, estatísticas, etc).

Para avaliar a sua adequabilidade, isto é, verificar através dum grupo de respondentes (Baker, 1988; Marconi e Lakatos, 1988; Quivy e Campenhoudt, 1992; González Benito e Suárez González, 1999), se as questões eram suficientemente compreensiveis, pertinentes e unívocas, se existia uma sequência lógica das perguntas e se havia uma coerência global com os objectivos definidos, submeteu-se o questionário a um pré-teste. Após a realização do pré-teste e a introdução das alterações julgadas convenientes, procedeu-se ao envio do questionário definitivo aos hospitais.

O questionário compreende duas partes separadas. Foi solicitado que cada uma das partes fosse respondida em separado de preferência por duas pessoas com diferentes responsabilidades. Este pedido justifica-se porque as duas partes do questionário abordam assuntos diferentes que estão sob a responsabilidade de diferentes serviços. Consequentemente, a informação necessária para responder a cada uma das partes poderá localizar-se em diferentes serviços.
A primeira parte diz respeito à caracterização geral do hospital e os dados gerais de funcionamento. A segunda, muito mais específica, foi elaborada com o objectivo de obter a informação pertinente sobre os serviços de aprovisionamento. Uma e outra parte dos questionários são reproduzidas em anexo (Anexo I).

O questionário encontra-se, portanto, estruturado da seguinte forma:

Parte A – Caracterização do Hospital: (1) Caracterização geral; (2) Caracterização em termos financeiros; (3) Indicadores de funcionamento e (4) Documentos a anexar;

Parte B – Caracterização do Serviço de Aprovisionamento: (1) Custos; (2) Empenho da Gestão de Topo; (3) Sistemas de Informação; (4) Gestão de Materiais; (5) Fornecedores; (6) Compras; (7) Compras centralizadas e (8) Documentos a anexar.

Para facilitar a resposta ao questionário utilizaram-se, sempre que pareceu adequado, escalas de Likert de cinco pontos. Escalas que, do ponto de vista estatístico, têm sido consideradas aceitáveis (González Benito et al., 1999).

Foram enviados, numa primeira fase, à totalidade dos Hospitais Públicos não especializados, existentes em Portugal, ou seja, 82 questionários (que representam 24.859 camas). Juntamente com o questionário foi enviada a respectiva carta de apresentação e um envelope resposta (RSF) devidamente endereçado. Posteriormente, procedeu-se a um segundo envio de 40 questionários, com o objectivo de aumentar o número de respostas.

Nenhum questionário nos foi devolvido pelos CTT. Foram recebidos 24 questionários, mas apenas 22 (correspondendo a 9.772 camas) foram considerados correctamente preenchidos. É importante salientar que, embora a taxa de resposta válida tenha sido de 27% da população, este número de hospitais representam 39% do número de camas.

2.5 TRATAMENTO DA INFORMAÇÃO

Após a recolha dos dados, estes foram estruturados, a fim de facilitar o seu tratamento e posterior análise, utilizando o software de tratamento estatístico SPSS (Statistical Package for Social Science). O tratamento dos dados segundo Miles e Huberman (1994) *in* Barata (1997, pág. 144), "*é a estruturação de um conjunto de informações que vai permitir tirar conclusões e tomar decisões*".

As respostas obtidas nos questionários foram medidas segundo três tipos de escala: escala de rácio, escala de lickert e escala dicotómica. A escala de rácio verifica-se em respostas numéricas que permitem estabelecer rácios de comparação entre os valores obtidos de respondentes diferentes (Vastag e Whybark, 1993). A escala de Lickert, designada também por verbal com ordenação (Reis e Moreira, 1993), permite ao respondente a afirmação da respectiva opinião, com base numa grelha previamente estruturada em termos crescentes ou decrescentes. A escala dicotómica apresenta apenas duas possíveis respostas. Em termos gerais, o tipo de escala predominante no questionário é a de lickert de 1 a 5, por permitir que as respostas sejam bastante mais normalizadas no seu comportamento de distribuição de frequências, devido ao facto de ser uma escala equilibrada (Reis et al., 1993).

A análise dos dados recolhidos subdividiu-se em 3 partes. Na primeira, através de uma análise descritiva, procura-se fazer uma caracterização dos hospitais respondentes. Tendo em atenção que a dimensão do conjunto de hospitais respondentes era bastante reduzida, achou-se conveniente proceder a uma análise da sua representatividade. Finalmente, realizou-se a análise de questões relativas às práticas de aprovisionamento, nomeadamente na sua relação com o tipo de hospital, a região de localização e a frequência de utilização dos diversos tipos de contrato. Esta parte do estudo permitirá dar resposta às questões científicas formuladas.

O estudo da representatividade da amostra, foi realizado analisando os valores do número de camas, dos indicadores de produção da amostra com os da população e comparando as médias nacionais e as da amostra de algumas variáveis.

Para a comparação entre as médias nacionais e a da amostra de algumas variáveis, utilizou-se Test-T simultâneos para uma média, uma vez que o número de hospitais respondentes é inferior a 30. Este teste tem como pressuposto a normalidade das variáveis, para tal aplicou-se o Teste de Kolmogorov-Smirnov, com correcção de Lilliefors (Guimarães e Cabral, 1997; Pestana e Gageiro, 2000) de aderência à normalidade.

Em termos de tratamento estatístico, e dado o grande número de variáveis, seria aconselhável a sua redução. A Análise Factorial seria a técnica a utilizar pois permitiria

detectar os factores em presença e simplificar o estudo (Hair, Anderson, Tatham e Black, 1995; Pestana et al., 2000), uma vez que, a análise estatística ficaria simplificada, atendendo ao menor número de variáveis.

Mas nesta investigação, tal procedimento não esteve, à partida, previsto ser utilizado, uma vez que a própria população tem um número reduzido de elementos. O facto de o número de hospitais respondentes ter sido, também, reduzido desaconselhou, em definitivo, o seu uso. Assim sendo, e embora seja mais complexo, tornou-se necessário utilizar uma análise individualizada para cada uma das diferentes variáveis, sabendo no entanto que estas variáveis podem estar correlacionadas.

Antes de iniciar qualquer tratamento estatístico mais profundo, procedeu-se à retirada das variáveis vazias e das variáveis que possuíam mais de 20% de "missing values". As variáveis que possuíam menos de 20% de "missing values" foram transformadas utilizando a sua média (Reis et al., 1993; Guimarães et al., 1997; Pestana et al., 2000). Estes procedimentos foram realizados, porque se não fossem efectuados, os resultados poderiam ser enviesados (Guimarães et al., 1997; Pestana et al., 2000).

A existência de um elevado número de "missing values" pode ter várias explicações. Por um lado, o questionário exigia algum tempo para poder ser respondido de forma correcta e, por outro lado, o modo como a informação era pedida não corresponderia, em algumas situações, ao modo como os hospitais a tinham disponível. Tal facto poderia acarretar elevado dispêndio de tempo adicional.

A fim de testar as hipóteses formuladas e de acordo com o tipo de variáveis, recorreu-se a diferentes testes estatísticos: a análise de variância ANOVA, o teste não paramétrico de Kruskal-Wallis, e o Teste do Qui-Quadrado.

A ANOVA foi utilizada com variáveis que, para além de serem apresentadas em escala do tipo Lickert, verificam os pressupostos da normalidade da distribuição dos resíduos e da homogeneidade da sua variância (Guimarães et al., 1997; Bryman e Cramer, 1993; Silva, 1994; Montgomery, 1997; Wampold e Drew, 1990; Pestana et al., 2000). Para verificar esses pressupostos recorreu-se ao Teste de Kolmogorov-Smirnov com correcção de Lilliefors (Guimarães et al., 1997; Pestana et al., 2000) e ao Teste de Levene (Hair et

al., 1995; Pestana et al., 2000) respectivamente. O teste de Kruskal-Wallis foi aplicado em variáveis em que, sendo apresentadas em escala do tipo Lickert, não se verificavam, no entanto, os pressupostos de normalidade da distribuição dos resíduos e de homogeneidade da sua variância. O teste do Qui-Quadrado foi utilizado para as variáveis dicotómicas.

A resposta à terceira questão exigia que fossem identificados grupos de hospitais, com práticas razoavelmente homógeneas, no que diz respeito ao tipo de contrato utilizado para a aquisição de bens e serviços. A simples utilização de uma variável não permitiria resolver, de forma cabal, este problema. Assim, entendeu-se adequado recorrer-se à Análise de Cluster. Com base em sete variáveis representativas da frequência de utilização dos diversos tipos de contrato foi possível identificar "clusters" de hospitais com comportamentos idênticos.

A análise de clusters, genericamente, compreende cinco etapas: (1) selecção de casos a serem agrupados; (2) definição de um conjunto de variáveis a partir das quais será obtida a informação necessária ao agrupamento dos casos; (3) selecção de uma medida de semelhança ou distância entre cada par de casos; (4) escolha de um critério de agregação ou desagregação dos casos e (5) validação dos resultados encontrados (Reis, 1988 e 1991; Reis et al., 1993).

Relativamente às duas primeiras etapas pode-se dizer que os casos a serem agrupados são o conjunto de hospitais respondentes e as variáveis são as sete variáveis que traduzem a frequência de utilização de cada um dos tipos de contrato, como forma de aquisição de bens e serviços, no Hospital. A medida de semelhança utilizada foi a distância euclidiana (Malhotra, 1993; Raposo, 1994; Hair et al., 1998; Pestana et al., 2000). De entre vários métodos de agregação de casos, optou-se pelo método de Ward, que segundo Malhotra (1993) é um dos métodos que origina melhores soluções.

Após a identificação dos clusters procedeu-se à sua validação através da análise discriminante, como é prática na análise de clusters (Reis, 1997; Malhotra, 1993; Norusis, 1993; Guimarães et al., 1997; Pestana et al., 2000).

Finalmente, e a fim de dar resposta à terceira questão, utilizaram-se a ANOVA e o teste de Kruskal-Wallis (Guimarães et al., 1997; Silva, 1994; Montgomery, 1997; Wampold et al., 1990; Pestana et al., 2000) para determinar as variáveis significativas. Na prática procurou-se determinar a existência ou não de diferenças significativas para hospitais com práticas de contratação diferentes, ou seja pertencentes a "clusters" diferentes.

3 DIFICULDADES SENTIDAS

No trabalho que se desenvolveu, algumas limitações foram surgindo. As que mais se impuseram foram as decorrentes da quase inexistência de estruturas de aprovisionamento nos sectores hospitalares. Daí que os questionários que foram enviados aos Hospitais Públicos Portugueses, na sua maioria distritais, e no que diz respeito à parte B (caracterização dos serviços de aprovisionamento), tenham tido, em algumas questões, poucas respostas ou respostas pouco esclarecedoras. Estas mesmas dificuldades não são novas, uma vez que Ligeiro (1979) também as mencionou, no estudo de uma proposta de descentralização orgânico-funcional para os serviços de aprovisionamento dos HCL.

Ao longo de toda a análise dos dados foi-se tomando, cada vez maior consciência, de que o risco corrido com a utilização de um questionário longo foi algo maior do que o antecipado. É de admitir que a extensão do questionário poderá ter influenciado o número de respostas obtidas.

De referir ainda que foram solicitados alguns documentos, a anexar no final de cada uma das partes do questionário, com informação complementar sobre a orgânica funcional do hospital, os recursos humanos, os tipos de produtos que eram classificados em cada uma das classes (segundo a análise ABC) e os respectivos fornecedores.

Relativamente ao organograma e aos recursos humanos só 11 hospitais enviaram esses elementos e apenas um hospital forneceu a informação completa que era pedida sobre os produtos. O não envio destes documentos comprometeu em parte o desenrolar da investigação. Assim, não foi possível uma caracterização dos hospitais respondentes em termos de recursos humanos e análise do seu balanço social, assim como o estudo comparativo dos produtos segundo a análise ABC.

Com a informação sobre os produtos classificados segundo a Análise ABC e os respectivos fornecedores, pretendia-se identificar os produtos de utilização comum e os seus respectivos fornecedores, recolhendo posteriormente, junto destes, informações sobre a sua forma de actuação relativamente a formulação de preços destes produtos quando vendidos a esses hospitais. Pretendia-se também, desenhar cenários de centralização das compras destes produtos e efectuar uma identificação das vantagens e desvantagens associadas a essa prática.

Após a apresentação da metodologia proposta, com a definição da população em estudo, os métodos de obtenção de dados, a elaboração do questionário, a administração do inquérito e o tratamento dos dados recolhidos, passa-se, no capítulo seguinte à apresentação dos resultados obtidos na investigação empírica. Estes, resultados serão apresentados em duas fases. Na primeira, serão caracterizados os hospitais respondentes ao nível da região de localização, do tipo de hospital, dos valores e indicadores de produção. Posteriormente, serão apresentadas as várias etapas do estudo da representatividade da amostra e a caracterização dos serviços de Aprovisionamento dos Hospitais respondentes. Por último, será realizada a análise de questões relativas à práticas de aprovisionamento, nomeadamente na sua relação com o tipo de hospital, a região de localização e a frequência de utilização dos diversos tipos de contrato.

V - RESULTADOS

1 CARACTERIZAÇÃO DOS HOSPITAIS

Neste capítulo ir-se-à proceder à apresentação dos resultados obtidos na investigação empírica. Assim, num primeiro ponto serão caracterizados os hospitais respondentes ao nível do tipo de hospital, da região de localização, dos valores e indicadores de produção, bem como o estudo da representatividade na população, em termos do número de camas, dos indicadores de produção, das comparações (dos valores médios da amostra), com as médias nacionais conhecidas e os respectivos tratamentos estatísticos utilizados.

1.1 CARACTERIZAÇÃO GERAL

Primeiramente, procedeu-se à caracterização da amostra, e como já foi referido os hospitais investigados são Hospitais Públicos, Centrais, Distritais e Centros Hospitalares. A distribuição desses hospitais, em termos do número e segundo as regiões, com as respectivas percentagens de respostas, está representada nos Quadro 5.1 e 5.2:

Quadro 5.1 - Nº de Hospitais/Região

Região	Nº de Hospitais Existentes [a]	Respondentes	%
Norte	23	8	34,8%
Centro	24	2	8,3%
Lisboa e Vale do Tejo	23	7	30,4%
Alentejo	5	2	40,0%
Algarve	3	-	0,0%
Açores	3	2	66,7%
Madeira	1	1	100,0%
Total	82	22	26,8%

a - Fonte: Departamento de Gestão Financeira (2000) "Serviço Nacional de Saúde - Contas Globais 1998", IGIF.

Constata-se que, em número de Hospitais, obteve-se uma taxa de resposta de 26,8%, sendo as regiões, percentualmente, menos representadas, a do Algarve, com 0% de respostas, e a do Centro, com 8,3% de respostas; todas as outras regiões estão representadas acima dos 30,4% chegando a região da Madeira aos 100% (a resposta é do único Hospital existente).

Os dados constantes no Quadro 5.2 representam a distribuição dos diferentes tipos de hospital investigados. Assim, pela sua observação pode-se verificar que os Hospitais Centrais e os Centros Hospitalares foram os hospitais que registaram uma representação mais elevada (42,9% e 50,0% respectivamente). Uma justificação, para estes valores mais acentuados nestas duas entidades, poderá estar relacionada com os recursos humanos que cada serviço tem. Isto quer dizer que numa estrutura com mais pessoas, foi possível, mais facilmente, encontrar a pessoa adequada e com tempo disponível para responder ao questionário.

Quadro 5.2 –Tipo de Hospital / Região de Localização

Tipo \ Região	Norte	Centro	Lisboa e Vale do Tejo	Alentejo	Algarve	Açores	Madeira	Total Resp.	Existentes[a]	%
Distrital	6	2	2	2	-	2	-	14	64	21,9%
Central	1	-	5	-	-	-	-	6	14	42,9%
Centro Hospitalar	1	-	-	-	-	-	1	2	4	50,0%
Total	8	2	7	2	0	2	1	22	82	26,8%

a - Fonte: Departamento de Gestão Financeira (2000) "Serviço Nacional de Saúde - Contas Globais 1998", IGIF.

Pela análise, no mesmo quadro (Quadro 5.2), pode-se visualizar a distribuição, dos diferentes tipos de hospital investigados, pelas sete Regiões Administrativas de Saúde, em que se divide o País. De referir que 77,3% dos hospitais estão concentrados em apenas, três regiões: Norte, Centro e Lisboa e Vale do Tejo, correspondendo às regiões com maior concentração populacional.

Pela informação constante no Quadro 5.3, é possível constatar que, no que diz respeito ao número de camas se verifica uma grande disparidade entre os hospitais respondentes (um hospital com 58 camas – distrital e um com 1.341 camas - central). Esta realidade era algo que já se esperava, uma vez que essa é a realidade dos hospitais portugueses, e, como tal, a amostra apenas reflecte a realidade nacional.

Uma vez que foram solicitados elementos sobre o funcionamento geral do hospital, é interessante identificar a área de trabalho a que pertencem, as pessoas que procederam ao seu preenchimento, numa tentativa de localizar onde se encontra a informação.

Quadro 5.3 – Hospitais que responderam sua localização e nº de camas

N	Tipo	Região	Camas	N	Tipo	Região	Camas
1	Central	LVT	538	12	Distrital	C	349
2	Central	LVT	428	13	Distrital	C	366
3	Central	LVT	484	14	Distrital	A	110
4	Central	LVT	**1.341**	15	Distrital	LVT	629
5	Central	N	1.320	16	Distrital	N	**58**
6	Centro Hospitalar	M	1.100	17	Distrital	N	513
7	Centro Hospitalar	N	336	18	Distrital	N	263
8	Distrital	A	281	19	Distrital	N	160
9	Distrital	A	125	20	Distrital	N	206
10	Distrital	Aç	132	21	Distrital	N	102
11	Distrital	Aç	237	22	Central	LVT	694

A - Alentejo **Aç** – Açores **C** – Centro **LVT** – Lisboa e Vale do Tejo **M** – Madeira **N** - Norte

Os responsáveis pelo preenchimento do questionário nesta primeira parte pertencem às áreas da Estatística (30,8%), da Administração (15,4%) e da Gestão de Doentes (7,7%) o que correspondeu a 54% dos questionários.

Cerca de 67% foram preenchidos pelo Chefe de Repartição (41,7%) e pelo Administrador (25%) dessas áreas, com a categoria de Administrador Hospitalar (30%) ou Técnico Superior (30%). As habilitações literárias, destes profissionais, são variadas, mas predominam a Licenciatura em Economia (36,4%), o 11º ano (27,3%) e a Licenciatura em Gestão (27,3). Como se pode ver, o mesmo tipo de informação não está disponível na mesma área em todos os hospitais respondentes. Com esta informação, e se todos os hospitais respondentes tivessem procedido ao envio do respectivo organograma, poder-se-ia tirar mais algumas conclusões relativamente à estruturação destes hospitais.

Um aspecto que complementa a caracterização dos hospitais é a informação sobre o número de salas de bloco operatório e onde se localizam, a existência ou não de Hospital de dia e de Serviço Domiciliário, e que Serviços de Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica têm ao dispôr.

Os valores médios relativos a estes elementos podem ser visualizados no Quadro 5.4. A média de Salas de Bloco de Assistência ao Serviço de Ambulatório/Urgência e do Bloco Operatório Central não tem sofrido grandes alterações ao longo do tempo, registando em 1999 um número de 2,6 e 5,3 salas respectivamente. Isto pode significar que não tem havido investimento na dotação dos hospitais em termos de novas salas de Bloco

Operatório. Não existem elementos explicativos para esta situação que poderá significar que não tem existido necessidade para tais investimentos, uma vez que as salas que existem dão resposta capaz às solicitações, ou o investimento não ocorreu por constrangimentos financeiros ou de outra ordem.

Quadro 5.4 – Números médios de serviços

	1998	1999	2000
Salas de Bloco de Assistência ao serviço de ambulatório/Urgência	2,7	2,6	-
Salas do Bloco Operatório Central	5,2	5,3	5,2
Especialidades do Hospital de Dia	2,2	2,8	3,1
Serviços de Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica	7,9	8,0	8,1
Serviço Domiciliário	1,0	1,0	1,0

Relativamente às especialidades do Hospital de Dia estas têm registado ligeiros aumentos situando-se numa média de 5,3 especialidades em 1999. Há que referir que um hospital afirmou que não tinha Hospital de Dia e 5 não responderam a esta questão.

Em média os hospitais respondentes têm cerca de 8 Serviços de Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica (4 hospitais não responderam). Apenas um hospital mencionou que tinha o Serviço Domiciliário e em apenas uma especialidade, 7 hospitais não tinham este serviço e 6 não responderam.

Devido ao número reduzido de respostas verificado, a questões sobre estes elementos caracterizadores dos hospitais, será prudente não tecer grandes reflexões sobre a realidade hospitalar portuguesa, uma vez que os dados podem não a reflectir de forma adequada.

Outros aspectos importantes de caracterização dos hospitais, são os elementos financeiros que os envolvem. De facto, o peso do sector da saúde, em particular dos hospitais é bastante elevado em Portugal. Assim, foi considerado adequado procurar saber-se a resposta a um conjunto de questões neste âmbito, pois seria interessante registar esta informação sobre os hospitais respondentes e verificar a sua representatividade em relação à população. No entanto, na maioria dos casos, essa informação não foi fornecida. Nos restantes casos, registaram-se respostas muito incompletas nos diferentes indicadores financeiros, o que não permite qualquer tipo de abordagem fundamentada.

No momento de estudar as características dos vários tipos de hospital, tem de se considerar um conjunto de elementos, como sejam a População da Área de Atracção do hospital, o número de Centros de saúde que estão na área de cada Hospital e os que cada um polariza.

Relativamente à População da Área de Atracção dos hospitais respondentes, registou-se uma média de 241.137 habitantes (valor que oscila entre 27.490 habitantes, de um Hospital Distrital, até 600.000 habitantes relativos a um Hospital Central).

O número de Centros de Saúde que estão na área de cada Hospital tem uma grande amplitude, registando-se 2 hospitais que têm dois Centros de Saúde e um que tem 19, correspondendo a uma média de 6,9 Centros de Saúde por Hospital. Cada hospital polariza, em média, 8,7 Centros de Saúde.

Será importante ter uma ideia dos valores registados para os diferentes Indicadores de Funcionamento dos hospitais respondentes, Alguns destes indicadores são utilizados para caracterizar, comparar (tanto a nível nacional como internacional), avaliar e, em alguns casos, financiar os hospitais em Portugal, e não só.

Um destes indicadores é a Taxa de Ocupação que, nos hospitais respondentes, registou ligeiras alterações entre os anos de 1998 a 2000, como se pode visualizar no Quadro 5.5. Estes valores não estão muito afastados dos que o European Observatory on Health Care Systems (1999) apresentou no seu relatório sobre Portugal, os quais variavam entre 74,2, em 1990, e 74,6, em 1996, prevendo ligeiras oscilações para os anos seguintes.

Quadro 5.5 - Taxa de Ocupação

1998	1999	2000
73,8	73,7	75,7

Os valores relativos à produção hospitalar, fazem parte dos indicadores de funcionamento e revelam-se muito importantes aquando de comparações a nível nacional, em termos de eficiência e eficácia da gestão hospitalar. Os valores médios relativos à produção dos

hospitais respondentes são apresentados no Quadro 5.6. A sua análise não deve ser linear, uma vez que apesar de os hospitais investigados serem todos públicos e não especializados, em termos de dimensão, população abrangida, nº de camas, serviços de que dispõe, eles são muito diferentes. Assim, verificou-se que relativamente aos indicadores que se apresentam com os valores totais, estes tiveram muito poucas oscilações, no período em análise.

Quadro 5.6 – Indicadores de Produção

	1998	1999	2000
Valores Totais			
Número de Internamentos	248.7836	246.422	239.039
Número de Doentes Tratados	262.700	263.142	262.546
Número de Intervenções Cirúrgicas	117.092	118.817	116.265
Número de Partos	28.142	28.710	27.424
Numero de Consultas Externas	1.678.736	1.742.870	1.688.050
Número de Urgências	1.884.870	1.821.567	1.624.205
Números de Exames efectuados pelos Serviços de Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica	23.156.741	24.002.366	21.056.368
Valores Médios			
Nº de Consultas /médico	595,1	617,4	681,5
Custo cama por dia de internamento	126,58€	161,39€	221,02€
Demora Média Hospitalar	7,5	7,4	7,3
Índice Camas por Médico	3,3	3,2	3,4
Índice Camas por Enfermeiro	1,7	1,7	1,8
Percentagem de internamentos através da Consulta Externa	149,0	129,6	141,1
Percentagem de internamentos através da Urgência	413,6	420,0	541,2

Como elemento indicador das capacidades de cada hospital encontra-se o número de doentes transferidos para outros hospitais e os motivos que originam essa transferência. Assim, verifica-se que estas transferências aumentaram de 1998 para 1999 (de 22.349 para 23.818 doentes), para o ano de 2000 estavam previstos 18.726 transferências, mas só 9 hospitais é que forneceram a informação solicitada.

Os motivos apontados para as transferências prendem-se, em primeiro lugar, com as especialidades inexistentes no hospital, falta de recursos humanos especializados, retorno ao hospital de origem (foi referido bastantes vezes), colocação no litoral, falta de equipamento (mencionado algumas vezes), falta de recursos humanos e falta de rotina na técnica a utilizar (referido poucas vezes).

1.2 REPRESENTATIVIDADE DOS HOSPITAIS RESPONDENTES

Após a breve caracterização dos hospitais respondentes, é oportuno verificar a sua representatividade na população que se pretende analisar, de acordo com os dados disponíveis. Uma vez que o número de hospitais respondentes foi apenas de 22, os resultados da análise estatística podem ser questionáveis. Ainda mais questionáveis seriam se o conjunto dos hospitais respondentes não fosse representativo desta mesma população e se, com base nela, se pretendesse efectuar qualquer extrapolação.

No entanto, qualquer conclusão retirada com base nesta análise terá maior validade na medida em que a amostra for representativa da população. A fim de efectuar o estudo da representatividade da amostra, efectuou-se um conjunto de comparações em termos do número de camas, dos indicadores de produção e dos valores médios da amostra, com as médias nacionais conhecidas.

1.2.1 Número de camas

A taxa de resposta, quando se considera o nº de hospital, foi de 26,8%, se no entanto, se atender à sua representatividade em termos do número de camas, a taxa de resposta representa 39,3%. As regiões que estão, percentualmente, pior representadas são a região do Algarve, com 0% de respostas, e a região Centro, com 12,9% do nº de camas, todas as outras regiões estão representadas acima dos 37,4% em termos do nº de camas (Quadro 5.1).

Quadro 5.1 – Nº de Camas/Região

Região	Nº de camas		
	Existentes [a]	Respondentes	%
Norte	6832	2958	43,3%
Centro	5527	715	12,9%
Lisboa e Vale do Tejo	8907	4224	47,4%
Alentejo	1085	406	37,4%
Algarve	704	-	0,0%
Açores	704	369	52,4%
Madeira	1100	1100	100,0%
Total	24859	9772	39,3%

a - Fonte: Departamento de Gestão Financeira (2000) "Serviço Nacional de Saúde - Contas Globais 1998", IGIF.

No estudo da representatividade da amostra, utiliza-se, o número de camas, uma vez que em termos de comparações, tanto nacionais como internacionais, se utiliza este critério e não o número de hospitais. Assim, se se comparar os resultados apresentados no Quadro 5.1 - Nº de Hospitais e no Quadro 5.1 – Nº de Camas/Região, ao efectuar-se a análise em termos de camas verifica-se um "ganho geral" de representatividade em cerca de 12,5% (Quadro 5.2).

Quadro 5.2 – Comparação Nº Hospitais e Nº de Camas /Região

	% de Respostas		
Região	Nº de Hospitais	Nº de camas	Diferença
Norte	34,8%	43,3%	8,5%
Centro	8,3%	12,9%	4,6%
Lisboa e Vale do Tejo	30,4%	47,4%	17,0%
Alentejo	40,0%	37,4%	-2,6%
Algarve	0,0%	0,0%	0,0%
Açores	66,7%	52,4%	-14,3%
Madeira	100,0%	100,0%	0,0%
Total	26,8%	39,3%	12,5%

Este ganho regista-se, não só a nível nacional, como também nas maiores regiões, como é o caso das regiões Norte, Centro e Lisboa e Vale do Tejo. No entanto existem duas regiões em que a análise da representatividade através do número de camas não resulta em "ganho", que são a região do Alentejo e dos Açores. Esta situação poderá explicar-se pelo facto de se verificar ser nestas regiões o menor número de hospitais por região e muitos serem de reduzida dimensão.

Esta situação de "ganho geral" também foi registada por Law et al. (1993), quando ao efectuar um estudo a 117 hospitais dos Estados de Florida, Alabama e Georgia (E.U.A.), verificando uma taxa de 29,25%, quando se fala em nº de hospitais, e uma taxa de resposta de 38,9% em termos de nº de camas.

Ainda no que diz respeito à representatividade da amostra, importará ter em consideração o tipo de hospitais respondentes. Assim, os Hospitais Distritais respondentes representam 25,5% do total dos Hospitais Distritais, os Hospitais Centrais representam 52,8% e os Centros Hospitalares 76,1% (Quadro 5.3).

Quadro 5.3 - Nº de Camas/Tipo de Hospital

Tipos de Hospital	Existentes [a]	Respondentes	%
Distrital	13.873	3.531	25,5%
Central	9.099	4.805	52,8%
Centro Hospitalar	1.887	1.436	76,1%
Total	24.859	9.772	39,3%

a - Fonte: Departamento de Gestão Financeira (2000) "Serviço Nacional de Saúde - Contas Globais 1998", IGIF.

Os dados, constantes neste quadro, relativamente aos Hospitais Distritais mostram uma menor representatividade destes quando comparados com os Hospitais Centrais e Centros Hospitalares. Apesar deste "handicap", e atendendo ao que representam os Hospitais Centrais e os Centros Hospitalares para o sistema de saúde pública em Portugal, a amostra parece ser razoavelmente representativa.

Se se comparar o número de hospitais e o número de camas por tipo de hospital, à semelhança da comparação efectuada para as regiões, verifica-se uma maior representatividade dos hospitais respondentes. Os Hospitais Distritais registam um aumento de 3,6%, os Centrais de 9,9% e os Centros Hospitalares de 26,1% (Quadro 5.4).

Quadro 5.4 – Nº Hospitais e Nº de Camas /Tipo de Hospital

	% de Respostas		
Região	Nº de Hospitais	Nº de camas	Diferença
Distrital	21,9%	25,5%	3,6%
Central	42,9%	52,8%	9,9%
Centro Hospitalar	50,0%	76,1%	26,1%
Total	26,8%	39,3%	12,5%

Com base nestes elementos analisados, pode-se ter alguma confiança nas conclusões a que se possa chegar relativamente ao tipo de Hospital, uma vez que, em termos do nº de camas dos vários tipos de hospital, os hospitais respondentes são representativos da população em estudo.

1.2.2 Indicadores de Produção

Na sequência do que se tem vindo a apresentar, e porque, para se poderem retirar conclusões minimamente aplicáveis ao universo, importará ter mais algumas noções sobre a representatividade da amostra, com esse fim, ir-se-ão analisar alguns indicadores de produção dos Hospitais.

Assim, pode-se visualizar no Quadro 5.1 os valores associados ao "Número de Doentes Tratados", "Número de Consultas Externas" e "Número de Urgências". Da sua análise, concluí-se que o número doentes tratados nos hospitais respondentes representa 33,4% do total de doentes tratados em todos os hospitais, o número de urgências representa 30,5% e o número de consultas externas representa 29,2% do total. Assim, os dados disponíveis parecem indicar que, em termos de Produção, os Hospitais respondentes são razoavelmente representativos da população.

Quadro 5.1 – Valores de Produção

	População [a]	Respondentes	%
Nº Doentes Tratados	787.253	262.700	33,4%
Nº Consultas Externas	5.744.040	1.678.736	29,2%
Nº Urgências	6.173.209	1.884.870	30,5%

a - Fonte: Departamento de Gestão Financeira (2000) "Serviço Nacional de Saúde - Contas Globais 1998", IGIF. e European Observatory on Health Care Systems (1999) "Helath Care Systems in Transition – Portugal"

Após a análise destes indicadores de produção, pode afirmar-se que embora a percentagem de respostas seja baixa, em termos de número de camas, valores de produção a sua representatividade é substancialmente mais elevada.

1.2.3 Comparações com Médias Nacionais

Na continuidade do estudo da representatividade da amostra, e, para se poder fazer qualquer extrapolação para os restantes Hospitais Públicos não especializados, importará complementar o estudo da representatividade da amostra, entretanto realizada, com uma terceira perspectiva.

Assim, analisam-se as médias de um conjunto de elementos fundamentais, caracterizadores da população, e comparam-se com as médias da amostra. Desta forma, embora se não possa afirmar com absoluta confiança que, de facto, a amostra é representativa da população, pode-se esperar que, com características idênticas, tenham o mesmo tipo de comportamento nos aspectos em estudo.

Efectuaram-se comparações, utilizando para tal, alguns indicadores, do ano de 1998 (ano para o qual a informação está disponível), a saber: Taxa de Ocupação do Hospital e

Indicadores de Produção: Nº de Consultas /médico, Custo cama por dia de internamento, Demora Média Hospitalar, Índice Camas por Médico e Índice Camas por Enfermeiro.

Para efectuar as referidas comparações, utilizou-se o Test-T simultâneos para uma média, o qual tem como pressuposto a normalidade das variáveis, que foi verificado através do Teste de Kolmogorov-Smirnov, com correcção de Lilliefors de aderência à normalidade (Guimarães et al., 1997; Pestana et al., 2000).

Após a aplicação do Teste T obtiveram-se os valores constantes no Quadro 5.1). Da sua análise pode-se concluir que:

- As médias de Nº de Consultas /médico, do Índice Camas por Médico e do Índice Camas por Enfermeiro dos hospitais respondentes são significativamente diferentes das da população, para superior, o que significa que as médias destes indicadores na amostra diferem das da população por excesso;
- A média de Custo cama por dia de internamento dos hospitais respondentes é significativamente diferente da média da população, para inferior, o que significa que a média da amostra é inferior à da população e
- Não existem diferenças significativas entre a média da Taxa de Ocupação e a Demora Média Hospitalar nos hospitais respondentes e a média da população, assim não se pode afirmar que as médias da amostra e da população, relativamente à Taxa de Ocupação e à Demora Média Hospitalar sejam diferentes.

Quadro 5.1 – Comparação com as Médias Nacionais

Ano de 1998	Média Amostral	Média Nacional	t	df	Sig. (2-tailed)
Taxa de Ocupação do Hospital	73,8	73,7	1,059	21	0,953
Indicadores de Produção					
Nº de Consultas /médico	595,1	462	4,571	21	0,000
Custo cama por dia de internamento	126,6	371,1	-19,534	21	0,000
Demora Média Hospitalar	7,5	7,9	-1,386	21	0,180
Índice Camas por Médico	3,3	1,0	9,773	21	0,000
Índice Camas por Enfermeiro	1,7	1,0	2,877	21	0,009

Assim, pode afirmar-se que, com os dados disponíveis, a média da Taxa de Ocupação e da Demora Média Hospitalar para os hospitais respondentes não são diferentes da média da população. Isto significa que para estes dois indicadores a amostra possui características semelhantes às da população. O mesmo já não pode ser afirmado para o nº de consultas /médico, custo cama por dia de internamento, índice camas por médico e para o índice camas por enfermeiro, no ano de 1998.

Após todas as análises efectuadas acerca da representatividade da amostra, pode concluir-se que a amostra pode ser considerada representativa da população. Esta conclusão continua a ser válida apesar de se terem verificado diferenças entre as médias dos hospitais respondentes e as médias nacionais, para alguns indicadores.

1.3 CARACTERIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE APROVISIONAMENTO

Neste ponto ir-se-à proceder à caracterização dos serviços de aprovisionamentos dos hospitais respondentes.

Os responsáveis pelo preenchimento, desta segunda parte do questionário trabalham nos Serviços de Aprovisionamento (87,5%) e nos Serviços Financeiros (12,5%). Os Directores de Serviço responderam em 57,1% dos casos e o Chefe de Secção 28,6%. Em termos de categoria profissional realça-se a de Chefe de Secção com 50% e com 16,7% Administrador Especialista. As habilitações literárias destes profissionais são a Licenciatura 50% (em nenhum dos casos foi especificada em que área), o 11º ano com 33,3% e 12º ano com 16,7%.

Como se pode verificar, foram as chefias que, maioritariamente, responderam ao questionário e têm alguma formação académica. Situação não muito diferente da que se registou na presente investigação foi encontrada por Law et al. (1993) no estudo efectuado a hospitais nos E.U.A., em que obtiveram 74% de respostas efectuadas pelos responsáveis directos da administração dos hospitais respondentes: 26% vice-presidente, 38% serviços financeiros e 10% chefe de serviço.

De seguida, ir-se-à passar, à caracterização dos serviços de aprovisionamento em particular, pelas seguintes áreas: custos, empenho da gestão de topo, sistemas de informação, gestão de materiais, fornecedores, compras e compras centralizadas.

1.3.1 Custos

Os hospitais, como qualquer organização, incorrem em custos que de uma forma agrupada resultam no Custo Total e que tentam manter ao mais baixo nível. O custo de aprovisionamento engloba um conjunto de outros custos como sejam o de aquisição, mas também o de efectivação de encomenda e o de posse dos stocks, assim, como poderá englobar outro tipo de custos. Para controlar eficazmente os custos, é imprescindível que estes sejam correctamente conhecidos. Assim, é importante ter uma perspectiva minimamente correcta de como os custos se comportam.

Os hospitais respondentes, com à excepção de um Hospital Distrital da ARS do Norte, calculam orçamentos e custos totais, na área dos Aprovisionamentos. A totalidade deles efectuava previsões de consumos. A maioria dos hospitais tem conhecimento dos custos totais de aprovisionamento da maior parte dos seus produtos (Quadro 5.1). De facto, verifica-se que 14 dos hospitais respondentes têm conhecimento dos custos totais de aprovisionamento de quase todos os seus produtos, e 4 hospitais de todos, o que corresponde a 81,8%.

Quadro 5.1 - Conhecimento do valor dos Custo Total de Aprovisionamento dos produtos

	Frequência	%	% Acumulada
Quase Todos	14	63,6	63,6
Todos	4	18,2	81,8
Alguns	3	13,6	95,5
Nenhuns	1	4,5	100,0

Um aspecto dos custos de aprovisionamento, importante a analisar é o da relação existente entre os custos de aprovisionamento e a despesa corrente de aprovisionamento. De facto, se a relação for considerável, poderá significar, a existência de algum tipo de ineficiência nos serviços de aprovisionamento.

Os dados, constantes no Quadro 5.2, e relativos a esta relação, sugerem alguns comentários. O primeiro comentário diz respeito ao aumento verificado em 1999, tanto ao nível do custo de aprovisionamento como da Despesa Corrente (30,2% e 19,0%, respectivamente) e de 2000 (60,5%, e 27,3%, respectivamente). O segundo comentário prende-se com a relação de valor entre o custo de aprovisionamento e a despesa corrente, que tem vindo a aumentar, e que registou os valores de 21,0%, 21,3% e 26,8% respectivamente em 1998, 1999 e 2000. Esta situação poderá significar que existe alguma ineficiência, ou que, simplesmente, se registou um aumento dos custos de aprovisionamento, o que pode, só por si, também ser uma ineficiência. Os dados aqui apresentados correspondem somente a 5 hospitais respondentes, o que inibe qualquer generalização à população.

Quadro 5.2 – Média do Custo de Aprovisionamento e Despesa Corrente (€)

	1998	1999	2000
Custo de Aprovisionamento	9.702,52	11.660,95	18.712,32
Despesa Corrente	46.100,31	54.867,77	69.831,71
Relação C.Apr. / Desp.Cor.	21,0%	21,3%	26,8%

O hospital é hoje um dos maiores consumidores de bens e de serviços da administração pública, e por outro lado, um produtor de serviços importantes. Todavia, os recursos de que o hospital poderá dispor não crescem indefinidamente, assim será necessário controlar os custos de aprovisionamento.

É pois, por isso, importante avaliar em que medida é que os hospitais têm esse tipo de preocupações. O valor de capital investido em stocks tem vindo a ser reduzido por 12 dos hospitais respondentes. Este objectivo foi alcançado através da "gestão das encomendas e das entregas", do "controle dos consumos" e da "diminuição das existências". Os outros 10 hospitais não têm conseguido essa redução, porque têm registado um "aumento progressivo do movimento assistencial", porque se têm verificado "dificuldades de mercado e de atrasos no pagamento" e devido ao "valor da inflação" (Quadro 5.3).

Quadro 5.3 – Redução do Capital investido em stocks

	Sim	Não	%
Têm conseguido reduzir o valor de capital investido em stocks	12	10	-
Sim - Tem conseguido reduzir o valor de capital investido em stocks	12	-	54,5
Gerindo as Encomendas e as Entregas	7		58,3
Controlo de Consumos	3		25,0
Diminuição das existências	2		16,7
Não - Tem conseguido reduzir o valor de capital investido em stocks	-	10	45,5
Aumento progressivo do movimento assistencial	4		40,0
Dificuldades de mercado por atrasos no pagamento	3		30,0
Valor da Inflação	3		30,0

1.3.2 Empenho da Gestão de Topo

Sendo a área dos aprovisionamentos uma área que envolve muitos investimentos e que representa uma fatia muito importante nos orçamentos hospitalares, será mais do que adequado, exigível, que os órgãos de gestão dediquem uma particular atenção e empenho, aos elementos que lhes possam ser fornecidos e que perante a sua dimensão e significado actuem.

Para identificar o comportamento dos órgãos de gestão dos hospitais respondentes, questionou-se aos serviços de aprovisionamento sobre a sua opinião quanto ao grau de empenho que denotavam nos órgãos de gestão. Na opinião de 18 dos respondentes, os seus respectivos órgãos de gestão têm um grau de preocupação, "grande" ou "muito grande" em relação à função gestão de stocks/aprovisionamento (Figura 5.1). Apesar de tudo, apenas 4 deles afirmaram que é "Muito Grande", o grau de preocupação percebido, o que no entanto pode ser considerado insuficiente, devido à importância que se lhe deveria dar. Apenas 1 hospital afirmou que denota "pequena" preocupação em relação a esta função, por parte dos respectivos órgãos de gestão.

Assim, verifica-se que, relativamente aos hospitais respondentes, a importância que é dada à área dos aprovisionamentos é grande pois os 18 hospitais que referem que o "grau de empenho" percebido é "muito grande" e "grande", representam 81,82%.

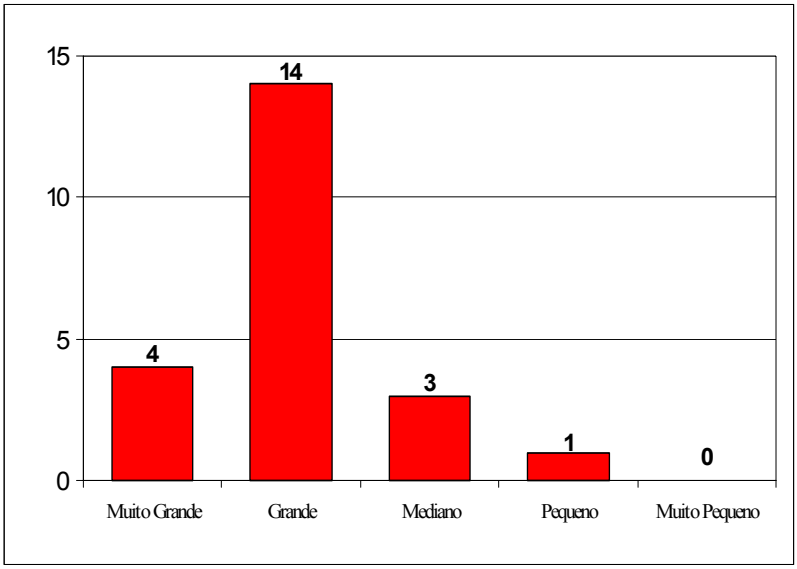


Figura 5.1- Grau de preocupação em relação à função gestão de stocks/aprovisionamento

Ainda relacionado com a questão anterior, é importante saber que tipo de informação é fornecida, sobre os aprovisionamentos, aos órgãos de gestão dos hospitais, assim como a periodicidade com que é realizada. A informação da área dos aprovisionamentos é fornecida aos respectivos órgãos de gestão, "mensalmente" em 19 Hospitais, diariamente em e trimestralmente em 1. Um hospital refere que a periodicidade depende do tipo de informação a fornecer. O tipo de informação fornecida prende-se com "consumos totais", "gestão de materiais", "consumos por centro de custos e família de produtos", "compras" e "concursos", dados que podem ser observados no Quadro 5.1.

Quadro 5.1- Fornecimento de Informação aos Órgãos de Gestão

Periodicidade	
Mensal	19
Diária	1
Trimestral	1
Varia com o tipo de informação	1
Tipo de informação	
Consumos Totais	15
Gestão de Materiais	2
Consumos por centro de custos e família de produtos	2
Compras	1
Concursos	1
Todas as anteriores	1

A gestão de topo de qualquer organização, têm um papel muito importante no seu desempenho. Apesar de o desenho organizacional ter algumas limitações (já apresentadas anteriormente), a administração deve ser o motor de uma dinâmica, que, com essas limitações, necessita de muito empenho e "imaginação". Assim sendo, o grau de empenho que os órgãos de gestão têm relativamente ao serviço de aprovisionamento poderá estar relacionado com o tipo de hospital.

Para abordar esta relação, estudaram-se as variáveis apresentadas anteriormente (o "tipo de informação que presta ao órgão de gestão", o "grau de preocupação, que denota por parte do(s) órgão(s) de gestão em relação à função gestão de stocks/aprovisionamento" e "com que periodicidade presta a informação ao órgão de gestão"), e a sua relação com o tipo de hospital.

Uma vez que todas as variáveis eram não dicotómicas, a análise utilizada foi a ANOVA. Para a sua aplicação, verificaram-se os pressupostos subjacentes a esta análise, ou seja o teste de Kolmogorov-Smirnov com correcção de Lilliefors e o Teste de Levene. Apenas uma variável "tipo de informação que presta ao órgão de gestão", verificava esses pressupostos e os resultados da análise da ANOVA indicam que o comportamento desta variável, não está relacionado com o tipo de hospital (nível de significância de 5% ou 10%), tal como mostra o Quadro nº II.1 em anexo. Assim, não se pode concluir que a variável "tipo de informação que é prestada ao órgão de gestão" esteja relacionada com o tipo de hospital.

Às variáveis que não respeitavam os pressupostos subjacentes à aplicação da ANOVA, aplicou-se o teste não-paramétrico de Kruskal-Wallis cujos resultados são os apresentados no Quadro nº II.1 em anexo. Os resultados do teste de Kruskal-Wallis, indicam que em face dos dados disponíveis, se não pode afirmar que o comportamento de qualquer uma das variáveis que medem o empenhamento da gestão esteja relacionado com o tipo de hospital.

Convirá, entretanto, notar que se chega a esta conclusão utilizando um nível de significância de 5%. No entanto, se se utilizar um nível de significância de 10% já se constata que a variável "grau de preocupação" é significante. Assim, poder-se-á afirmar

que a variável "grau de preocupação, dos órgãos de gestão, apercebido pelos serviços de aprovisionamento" dos hospitais respondentes, esta relacionada com o tipo de hospital.

Se se efectuar o cruzamento simples destas duas variáveis ("grau de preocupação, dos órgãos de gestão, apercebido pelos serviços de aprovisionamento" e "tipo de hospital"), verifica-se que a maioria dos Hospitais Distritais (10 em 14) tem percepção de que é "grande" o "grau de preocupação dos órgãos de gestão", os Hospitais Centrais dividem as opiniões entre o "grande" e o "muito grande" e os Centros Hospitalares entre o "mediano" e o "grande" (Quadro 5.2). Pode afirmar-se que é nos Hospitais Centrais que os Serviços de Aprovisionamento têm uma maior percepção do empenho da gestão para as questões relacionadas com o aprovisionamento

Quadro 5.2 – Empenho da Gestão de Topo / Tipo de Hospital

		Distrital	Central	Centro Hospitalar	Total
Grau de Preocupação	**Pequeno**	1			1
	Mediano	2		1	3
	Grande	10	3	1	14
	Muito Grande	1	3		4
	Total	14	6	2	22

1.3.3 Sistemas da Informação

Porter e Millar (1985) consideram que os gestores têm de compreender que os sistemas de informação são algo mais do que um conjunto de computadores. Estes sistemas devem ser concebidos para conterem de uma forma ampla as informações criadas pelas actividades, assim como devem ser um amplo espectro de sistemas, cada vez mais ligados e convergentes, que processem toda a informação. Todo o conjunto de informação deve servir para provocar e apoiar as decisões a serem tomadas.

Tal como indicam os dados constantes no Quadro 5.1, todos os hospitais respondentes estão dotados de meios informáticos nas áreas do Aprovisionamento. A grande maioria dos hospitais respondentes utiliza os sistemas de informação próprios para as diversas áreas. Um dos hospitais (Hospital Distrital da ARS do Norte) afirmou mesmo que o

Hospital estava completamente informatizado e que existiam ligações entre todos os serviços.

Quadro 5.1 – Sistemas de Informação

	Sim	Não
Hospital utiliza computadores na área de:		
Compras	22	-
Gestão de Materiais	22	-
Utiliza sistemas de informação próprios:		
no Processo de Compra	21	1
no Inventário	20	2
na Gestão de materiais	22	-
nos Produtos Farmacêuticos	20	2
no Ambulatório	17	5
no Bloco Operatório	18	4
nos Equipamentos	20	2
O Hospital está completamente informatizado	1	21

Vastag et al. (1993), numa compilação de estudos sobre as Práticas de Gestão da Produção e das Operações, em empresas industriais, em diferentes realidades geográficas, concluíram que só 13,6% das 230 empresas analisadas utilizava meios informáticos, de forma intensiva, 20,3% algumas vezes, 17,9% ocasionalmente eram utilizados e 43,7% nunca utilizavam aqueles meios na área do aprovisionamento.

Dos contactos efectuados com diversos responsáveis dos serviços de aprovisionamento, de alguns hospitais portugueses, foi possível constatar que, em termos de existência de meios tecnológicos, os hospitais portugueses já se encontram razoavelmente apetrechados. O problema surge quando se identifica qual o software utilizado, que em alguns casos é de difícil interpretação. Assim, esta situação poderá justificar a não utilização de sistemas próprios em alguns hospitais respondentes, visto que alguns recorrem a empresas particulares, a fim de efectuarem "um fato à sua medida".

Horton (1988) considera a informação como um recurso que possui um preço, um valor e que se deve "consumir" ou transformar. Cleveland (1982) afirma que toda a informação para ser considerada como tal deve ser partilhável. Um sistema de informação seja uma aplicação informática ou um conjunto de aplicações informáticas integradas, é constituído pelos recursos de informação (humanos, técnicos e tecnológicos, conteúdos) de uma

organização, região, sector ou país (Barrulas, 1998). Assim sendo, os sistemas de informação poderão estar relacionados com o tipo de hospital.

Para estudar a existência desta relação, e uma vez que a totalidade das variáveis consideradas para analisar a existência ou não desta relação, são dicotómicas (utilização de sistemas de informação próprios: no processo de compra, no inventário, nos produtos farmacêuticos, no ambulatório, no bloco operatório e nos equipamentos), aplica-se o teste do Qui-Quadrado, cujos resultados são apresentados no Quadro nº II.2 em anexo.

Como se pode verificar, nenhuma variável é estatisticamente significante a um nível de significância de 5%. Mas se se utilizar um nível de significância de 10% em lugar de 5% constata-se que a variável "utilização de sistema de informação próprio na área dos Equipamentos" é significante. Os dados levam a concluir que, genericamente, não existe relação entre a utilização de sistema de informação dos hospitais respondentes e o tipo de hospital.

No que diz respeito à utilização de equipamentos próprios por tipo de hospital, e se se analisar em pormenor o comportamento dos diferentes hospitais respondentes, verifica-se que nenhum Hospital Distrital utiliza sistemas de informação próprios na área dos equipamentos (Quadro 5.2). A maioria dos Hospitais Centrais também não os utiliza e os dois Centros Hospitalares respondentes dividem-se, um utiliza e o outro não. Pode pois afirmar-se que, embora poucos hospitais usem equipamentos próprios, são os Centros Hospitalares que comparativamente maior uso fazem deles.

Quadro 5.2 – Utiliza sistemas de informação próprios nos equipamentos / Tipo de Hospital

	Não	Sim	Total
Distrital	14	-	14
Central	5	1	6
Centro Hospitalar	1	1	2
Total	20	2	22

1.3.4 Gestão de materiais

Os recursos de que o hospital poderá dispor não crescem indefinidamente, acompanhando o ritmo da procura, pelo que, somente a adopção de formas de gestão mais eficazes poderá contribuir para o seu funcionamento óptimo. É neste contexto que se procedeu à análise de um conjunto de variáveis que facilite uma avaliação das ferramentas de gestão utilizadas pelos hospitais, na área dos aprovisionamentos.

A primeira variável estudada permite identificar qual o critério, utilizado pelos hospitais respondentes, para arrumação dos artigos em armazém. Das respostas recebidas pode-se concluir que, os hospitais utilizam a arrumação dos produtos por família (21 hospitais), um único hospital (Distrital do Alentejo) utiliza outro critério (movimento do artigo).

Ao nível da utilização de sistemas de inventário, 17 dos hospitais utilizam o sistema de inventário permanente e os 5 hospitais que não o utilizam confrontam os stocks físicos com os escriturados, uma vez por ano (Hospitais Distritais, um do Alentejo, outro do Centro e três do Norte), como se pode visualizar no Quadro 5.1. De acrescentar que o Hospital que respondeu que se encontrava completamente informatizado e os seus serviços estavam ligados entre si (Quadro 5.1 – Sistemas de Informação) é um dos que não utiliza o sistema de inventário permanente, situação de estranhar, uma vez que teria as melhores condições, em termos de possibilidade de tratamento da informação.

Quadro 5.1 – Sistema de Inventário

	Sim	Não	%
Utilização de sistema de inventário permanente	17	5	-
Não utiliza sistema de inventário permanente (verificação uma vez por ano)	5	-	22,7

Face aos dados observados, pode afirmar-se que os hospitais respondentes, utilizam, na sua grande maioria, o sistema de inventário permanente. Por isso sabem, a qualquer momento, o que possuem em quantidade e a sua localização. Assim, este tipo de informação é considerado muito importante para uma adequada gestão de materiais.

A fim de se poder realizar uma adequada gestão de materiais não é só importante determinar a totalidade os consumos dos produtos do hospital, mas também saber, produto a produto, qual a regularidade e montantes dos seus consumos.

Dos 22 hospitais que responderam ao questionário, 21 verificam que os consumos dos seus produtos são regulares e apenas um respondeu que não (Hospital Distrital do Alentejo). A informação relativa a estes consumos, constante no Quadro 5.2, permite constatar que os armazéns em que se verifica maior regularidade dos consumos, são nos armazéns de "material de consumo clínico", de "material de consumo administrativo", de "material de consumo hoteleiro" e "produtos farmacêuticos". Pode assim concluir-se que são os produtos com consumos regulares, também são aqueles que, em termos económicos, têm um papel muito importante.

Quadro 5.2 - Consumos regulares por armazém

	Nunca (1)	Poucas Vezes (2)	Algumas Vezes (3)	Bastantes Vezes (4)	Sempre (5)	Média	Desvio Padrão
Material de Consumo Clínico		1	1	16	3	4,00	0,63
Material de Consumo Administrativo			3	16	2	3,95	0,50
Material de Consumo Hoteleiro			4	15	2	3,90	0,54
Produtos Farmacêuticos			15	3	3	3,43	0,75
Material de Manutenção e Conservação	1	1	13	5	1	3,19	0,81
Produtos Alimentares	3		13	2	3	3,10	1,14
Outro Material de Consumo	3	13	1	2	1	2,25	1,02

No âmbito da gestão de materiais, existe uma ferramenta, muito simples de utilizar e que permite grandes reduções tanto a nível económico, como também em termos de volume de produtos armazenados, como é a quantidade económica de encomenda (QEE). Este modelo utiliza-se quando se está em presença de produtos em que a procura é classificada como sendo independente, ou seja, não há uma relação directa entre a procura dos vários produtos e, por isso, as quantidades necessárias de cada um têm que ser determinadas separadamente.

Este modelo baseia-se no modelo do Lote Económico, e procura determinar uma quantidade a encomendar que permita chegar a um equilíbrio entre custos originados pela posse dos materiais e os custos originados pela realização de encomendas, de forma a

minimizar a soma dos dois. Este modelo tem por base um conjunto de pressupostos restritivos (já apontados). Apesar destes pressupostos serem, em alguns casos irrealistas, é possível, com algumas "adaptações", ultrapassar as limitações que colocam. Na prática tem havido alguns casos de sucesso na sua aplicação, nomeadamente na área hospitalar (Quellet et al., 1982; Kwak, 1991; Hitomi, 1995; Beier, 1995).

A QEE é uma abordagem clássica e simples do conhecimento de todas as pessoas que responderam ao questionário. Assim, 17 deles não acham necessária a sua utilização. Apenas um a utiliza e vê vantagem nisso. Dos restantes 4 hospitais respondentes 1 começou a "utilizar muito recentemente"; outro está a "tentar introduzir"; outro sentiu "dificuldades em termos de capacidade do armazém" e um último utiliza mas não vê vantagens na sua aplicação (Quadro 5.3).

Quadro 5.3 – Quantidade Económica de Encomenda

	Frequência	**%**
Sei o que é mas não acho necessário utilizar	17	77,3
Estão a tentar introduzir	1	4,5
Houve dificuldades em termos de capacidade do armazém	1	4,5
Começou-se a utilizar muito recentemente	1	4,5
Utilizo mas não beneficio	1	4,5
Utilizo e beneficio disso	1	4,5
Total	22	100

Como se verificou, a utilização da QEE é escassa. Esta situação não é exclusiva da realidade Portuguesa. A título de exemplo, cite-se o estudo efectuado por Huarng (1998), aos hospitais de Taiwan, onde também é baixa a percentagem dos que utilizam a QEE, entre 0% a 15% dos hospitais e no caso de Law et al. (1993) a percentagem rondou os 54,8%.

A realidade do fornecimento de materiais aos hospitais nem sempre ocorre como é desejável. Assim, em muitos casos, a produção hospitalar não é estável, as entregas dos fornecedores contêm, algumas vezes, peças defeituosas e os prazos de aprovisionamento nem sempre são precisos e cumpridos com rigor. Uma vez que estas situações ocorrem, torna-se necessário manter uma certa quantidade em *Stock* que proporcione protecção contra uma ou várias daquelas eventualidades (Stock de Segurança).

Em termos de utilização de Stocks de Segurança (SS), verifica-se que 19 dos hospitais respondentes (86,4%) trabalham com stocks de segurança. Em 17 dos hospitais (89,5%) os stocks de segurança são calculados com base nos "consumos mensais" registados. E num dos hospitais, o cálculo é feito em função do "prazo de entrega" dos materiais e num outro, em função, da "rotação de stocks", tal como indicam os dados do Quadro 5.5. Apenas 2 hospitais (9,1%) afirmam não utilizar Stock de Segurança apontando como razão para tal, a "falta de disponibilidade". Estes não identificam, no entanto, a que tipo de indisponibilidade se referem, se se trata de recursos humanos, físicos ou de outra natureza. De mencionar, ainda que um dos hospitais não respondeu a esta questão (Hospital Central na região de Lisboa e Vale do Tejo).

Quadro 5.4 – Stock de Segurança

	Sim	Não	%
Hospital trabalha com stocks de segurança	19	2	-
Sim - Como são calculados	19	-	
Em função do Prazo de entrega	1		5,3
Rotação de stocks	1		5,3
Consumos mensais	17		89,5
Porque não utilizam SS	-	2	
Falta de disponibilidade		2	100

Huarng (1998) constatou uma elevada utilização de stocks de segurança, concluindo que 77% dos Hospitais estudados têm 60% dos seus artigos com stocks de segurança. Isto pode revelar que algo se passa para um tão elevado número de hospitais terem tantos dos seus artigos com stocks de segurança. Podem-se esboçar alguns cenários, os fornecedores podem não efectuar as entregas em tempo adequado às necessidades, ou com a qualidade desejada. Podem também ocorrer situações internas, que justifiquem a existência de tão elevado número de hospitais com Stocks de segurança. Esta situação, pode querer significar que existe muito desperdício ou que existem grandes preocupações com as possíveis rupturas de stock, visto que a própria produção hospitalar tem uma procura muito variável e difícil de prever com rigor.

A preocupação com a ruptura de stocks é compreensível, no caso dos hospitais ou da saúde em geral e deve ser evitada, pois quando ocorre pode ter implicações muito graves. Implicações essas que podem ser directas, ao nível da produção hospitalar (colocando em

risco não só todos os actos clínicos, como em casos extremos, a própria vida dos utentes) ou indirectas, ao nível da perda da imagem dos serviços junto da população. Dadas as suas características, é extremamente difícil, se não mesmo impossível, efectuar o cálculo das consequências da ruptura de stocks.

A situação de ruptura de stocks é classificada como sendo "algo grave" por 14 dos hospitais respondentes e 5 como "muito grave", 2 como sendo "significativo" e apenas 1 considera "pouco significativa" tal situação (Quadro 5.5). Assim, verifica-se que a grande maioria tem uma razoável consciência das graves consequências que uma situação de ruptura de stocks provoca nos hospitais.

Quadro 5.5 - Efeito de ruptura de stocks

	Frequência	%
Algo Grave	14	63,7
Muito Grave	5	22,7
Significativo	2	9,1
Pouco significativo	1	4,5
Total	22	100,0

A análise ABC é outro dos aspectos importantes na gestão de materiais. De facto, não é adequado utilizar os mesmos métodos de gestão de materiais e o mesmo nível de preocupação com um pequeno número de artigos, que representam um elevado valor, comparativamente com outros, que, embora em número elevado, representam um valor mais reduzido. Assim, constatou-se que a análise ABC é utilizada e com reconhecidos benefícios em 18 dos hospitais respondentes (81,8%), 2 deles (9,1%) utilizam este instrumento mas não vêem qualquer benefício na sua utilização. Um hospital (4,5%) sabe o que é mas não acha necessário utilizar e um outro (4,5%) afirma que começou a utilizá-la muito recentemente (Quadro 5.6).

Quadro 5.6 - Utiliza a Análise ABC

	Frequência	%
Utilizo e beneficio disso	18	81,8%
Utilizo mas Não beneficio	2	9,1%
Sei o que é mas não acho necessário utilizar	1	4,5%

Começou-se a utilizar muito recentemente	1	4,5%

Estes dados poderão indicar que a análise ABC não só é do conhecimento geral, como também é uma "ferramenta" que é utilizada e contribui para uma boa gestão de materiais nos hospitais. A conclusão semelhante chegou Young (1992) num estudo, aplicado a 22 Hospitais do Estado da Georgia (E.U.A.), ao constatar que cerca de 55% deles utilizam a análise ABC. Vastag et al. (1993), referem também que 72% dos hospitais estudados, recorrem à análise ABC, 14% sabem o que é mas não acham necessário utilizar e dois (4,7%) nunca ouviram falar desta análise. Law et al. (1993) obtiveram uma percentagem de 61,9% para os hospitais que utilizavam esta análise. No estudo efectuado, mais recentemente, por Huarng (1998), aos hospitais de Taiwan, a utilização da análise ABC é bastante diferente de Hospital para Hospital, por essa razão os seus resultados não podem ser comparados com os aqui obtidos.

Esta ferramenta da gestão de materiais não deverá, no entanto, ser apenas utilizada, pelos serviços de aprovisionamento. Dever-se-ia igualmente informar os serviços utilizadores qual a classificação dos produtos que consomem, a fim de eles próprios, pelo menos, terem dados dos seus consumos e sua representatividade. Os serviços utilizadores de 20 dos hospitais respondentes têm conhecimento da metodologia da Análise ABC.

Ainda e relativamente à análise ABC pretendia-se identificar quais os produtos, com relevância económica, adquiridos pelos hospitais em estudo, quais estariam a ser utilizados em comum e de que forma. Para tal, foi solicitada informação complementar sobre quais os produtos pertencentes a cada uma das classes e sobre os fornecedores desses produtos. Apenas um hospital atendeu a esta solicitação, fornecendo toda informação completa, assim não é possível complementar a análise como se desejava.

1.3.5 Fornecedores

O relacionamento que se tem com os fornecedores pode influenciar de forma positiva ou negativa a produção dos hospitais (Stuart, 1993; Maloni et al., 2000). Também o número de fornecedores que se tem por produto deve ser devidamente ponderado, pois, e de acordo com que já se apresentou, tanto existem vantagens em ter um único fornecedor como em ter vários.

Relativamente ao número médio de fornecedores por item, cerca de 68,1% dos hospitais respondentes afirmaram ter menos de 5 fornecedores (Quadro 5.1). Pode-se, ainda, destacar que apenas um hospital afirma ter um único fornecedor para cada item, o que pode significar que este hospital tem uma boa relação com o fornecedor. O número, mais frequente, de fornecedores por item, é de 5. Um hospital afirma ter 7 fornecedores por item e um outro 8. Pode afirmar-se que esta situação é muito grave em termos de número de fornecedores por item.

Quadro 5.1 - Fornecedores por item

	Frequência	%	Frequência Acumulada	% Acumulada
1	1	4,5%	1	4,5%
3	2	9,1%	3	13,6%
4	1	4,5%	4	18,1%
5	**11**	**50,0%**	**15**	**68,1%**
6	5	22,9%	20	91,00%
7	1	4,5%	21	95,5%
8	1	4,5%	22	100,0%

A semelhante constatação chegou Azevedo (1999), num estudo, que incidiu sobre as PME's Industriais da Beira Interior. Das empresas estudadas 75,8% das empresas referiram ter até 5 fornecedores por componente ou matéria-prima.

Colhe-se a impressão que os hospitais estão a abandonar a opção tradicional de manter um grande número de fornecedores. Ao contrário desta relação, sempre complicada e por vezes de dependência, estão a passar a uma relação de confiança com um número bastante mais reduzido de fornecedores. A confirmar esta ideia está o facto de 17 dos hospitais

respondentes possuírem contratos de fornecimento em exclusivo com alguns dos seus fornecedores.

Uma vez que os hospitais têm, tradicionalmente, seis ou sete armazéns, que possuem uma grande diversidade de produtos, será adequado efectuar a análise do número de fornecedores por armazém. Assim, verifica-se que o número de fornecedores por armazém é elevado e esta situação é justificada pela diversidade de materiais com que cada armazém trabalha (Quadro 5.2). Os dados disponíveis em outros estudos, envolvendo outro tipo de organizações, não permite comparações com os resultados a que se chegou neste estudo, no que diz respeito a número de fornecedores**.**

Quadro 5.2 - Fornecedores por armazém

	Frequência	%
Mais de 300	1	4,5
200-300	2	9,1
100-150	12	54,5
50-100	1	4,5
10-50	6	27,3
Total	22	100,0

Apesar da existência de stocks de segurança, muitas vezes ocorrem situações que põem em risco a produção hospitalar, obrigando assim os hospitais recorrem a diversas acções para garantir os fornecimentos dos produtos. Os hospitais respondentes afirmaram que recorrem, nomeadamente, a "ter vários fornecedores" (média de 3,8 – utilizada com frequência). Este resultado é algo contraditório com as respostas relativas aos fornecedores por item e fornecedores por armazém (Quadro 5.3).

Quadro 5.3 – Formas para garantir os fornecimentos

	Nunca (1)	Raramente (2)	Algumas Vezes (3)	Com frequência (4)	Sempre (5)	Média	Desvio Padrão
Ter vários fornecedores	1	1		20		3,77	0,75
Contactos directos urgentes	1	3	17	1		2,82	0,59
Contratos de longo prazo com os fornecedores	5	12	2	3		2,14	0,94
Comprar grandes quantidades de cada vez	5	14	2	1		1,95	0,72
Ter um único fornecedor	5	16	1			1,82	0,50

Contradição idêntica verificou Azevedo (1999), ao obter uma média de 3,9 de resposta a uma questão idêntica. Dos hospitais estudados por Law et al. (1993) 67% só tem um fornecedor e a situação de terem múltiplos fornecedores ocorre muito poucas vezes.

Apesar de os hospitais tentarem reforçar os laços com os seus fornecedores, verifica-se, a existência de fornecedores pouco confiáveis, pois, ocorrem algumas situações em que não são respeitadas as datas de entrega das encomendas. Os dados constantes no Quadro 5.4 mostram que o cumprimento da data de entrega ocorre "com frequência" em 20 hospitais (corresponde a 90,9%). Ocorrem também situações em que as encomendas chegam com uma semana de atraso (média de 3,1) ou entre duas e quatro semanas de atraso (média de 2,9), chegando o atraso em alguns casos a alcançar mais de três meses (média de 1,9). As encomendas chegarem antecipadamente, mais de um mês, relativamente ao estipulado, é uma situação que "raramente" ocorre (média 1,2). Resumidamente, pode afirmar-se que os fornecedores de uma forma geral cumprem os prazos acordados.

Quadro 5.4 – Data prevista de entrega

	Nunca (1)	**Raramente** (2)	**Algumas Vezes** (3)	**Com frequência** (4)	**Sempre** (5)	**Média**	**Desvio Padrão**
Na data prevista		1	1	20		3,86	0,47
Atrasada 1 semana		1	17	4		3,14	0,47
Atrasada de 2 a 4 semanas	2	2	15	3		2,86	0,77
Antecipada 1 semana	3	14	4	1		2,14	0,71
Atrasada de 1 a 3 meses	2	16	4			2,09	0,53
Atrasada + 3 meses	4	16	2			1,91	0,53
Antecipada de 2 a 4 semanas	5	15	2			1,86	0,56
Antecipada + 1 mês	18	4				1,18	0,39

Comparando estes resultados com os de outros autores, verifica-se que Huarng (1998) constatou que 65% dos hospitais, constantes do estudo realizado em Taiwan, afirmaram que mais de 76% dos seus artigos não têm um prazo de entrega controlado e 77% afirmaram que 91% dos seus artigos têm entregas "*on time*". Azevedo (1999) verificou uma média de 9 dias de atraso para além da data previamente fixada para entrega, chegando em alguns casos a alcançar os 30 dias. Vastag et al. (1993) identificaram comportamentos muito diferenciados, em termos de atrasos, dependendo da localização geográfica das empresas e do sector.

Os atrasos registados na data de entrega dos produtos são justificados, na maioria dos casos, pelas seguintes razões: "pagamentos em atraso" (28,4%), "problemas de transporte" (19,5%) e de "capacidade de produção" (19,4%) e "mudanças na data prevista de entrega" (12,5%). A acrescentar a estas razões surgem a "mudança de pedido" (6,0%), "problemas nas matérias-primas" (4,3%) e "problemas de qualidade" (3,5%) (Quadro 5.5). De realçar aqui, a questão tão importante, e por demais referida, do atraso que se tem verificado no pagamento aos fornecedores hospitalares.

Quadro 5.5 - Justificação dos atrasos

	% Média	Desvio Padrão
Pagamentos em atraso	28,4	13,14
Problemas de transporte	19,5	18,49
Capacidade de produção	19,4	11,89
Mudanças na data prevista de entrega	12,5	14,19
Mudança de pedido	6,0	5,03
Problemas nas matérias-primas	4,3	3,73
Problemas de qualidade	3,5	3,28
Outra	1,7	7,38

Apesar da amostra, do seu estudo, ser composta por empresas industriais, pode-se apresentar as conclusões que registaram Vastag et al. (1993). Como motivo principal para os atrasos são referidos problemas nas matérias-primas (31,1%), em segundo lugar surge a falta de capacidade de trabalho (29,8%), seguidos por escassez de produtos (28,9%), pela falta de capacidade do equipamento (25,0%), por problemas de qualidade (23,0%), pelas mudanças na data prevista de entrega (22,3%), por problemas de transporte (16,0%) e por último surgem outros motivos não especificados (10,0%).

Ainda, sobre o relacionamento que os hospitais têm com os fornecedores, e nomeadamente, a questão das penalizações aplicadas quando se verificam atrasos na entrega das encomendas, constatou-se que esta situação existe e têm levado à inclusão de penalizações nos contratos de fornecimentos. A totalidade dos hospitais afirmou que os cadernos de encargos possuem penalizações (Quadro 5.6). No entanto, apenas 4 hospitais respondentes afirmam que aquelas são eficazes traduzindo-se em "exclusão em consultas futuras" (16), "multas" (3) e "pagamento dos custos acrescidos" (3).

Quadro 5.6 – Penalizações aos atrasos

	Sim	Não
Cadernos de Encargos incluem penalizações	22	-
As Penalizações são eficazes	4	18
Exclusão em Consultas Futuras	16	-
Multas	3	-
Pagamento dos custos acrescidos	3	-

1.3.6 Compras

A documentação técnica e comercial respeitante a produtos e a fornecedores dão origem a um conjunto de documentos que pode permitir desenvolver, de uma forma eficaz, as funções de gestão e organização da área das compras. O tipo de documentos utilizado, na área de compras, por todos os hospitais respondentes, é a "consulta de fornecedores" e "nota de encomenda". A "guia de entrada" e "de saída" são os documentos menos utilizados, em apenas 9 e 7 hospitais, respectivamente (Quadro 5.1). Esta situação é no mínimo estranha, uma vez que, a cada recepção de produtos deveria corresponder uma "guia de entrada" e a cada saída de produtos do armazém corresponderia uma "guia de saída".

Quadro 5.1 – Documentos utilizados na área de compras

	Sim	Não
Consulta de fornecedores	22	-
Nota de encomenda	22	-
Mapa comparativo das propostas recebidas	21	1
Devolução de material aos armazéns pelos serviços utilizadores	20	2
Rectificação de existências	19	3
Ficha fornecedor	19	3
Ficheiro de existência	19	3
Devolução de material aos fornecedores	19	3
Ficha artigo	18	4
Guia de entrada	9	13
Guia de saída	7	15

Visto que o sector das compras movimenta elevados volumes financeiros, este vê-se obrigado a, entre outras medidas, efectuar todos os esforços, a fim de obter a optimização do nível de existências. O nível médio de existências que os hospitais detêm é de 58,77%, o que significa que o hospital tem, em média, a cada momento, existências para mais de 15 dias de consumo (Quadro 5.2). O que pode ser considerado um valor muito elevado.

Quadro 5.2 - Nível médio de existências

	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão
Nível médio de existências	20	200	58,77	35,27

Os hospitais em estudo, por serem públicos, têm de enfrentar alguns constrangimentos que se prendem com a cultura instalada e os procedimentos burocráticos. O sistema de contratação pública de bens e serviços tem essencialmente por detrás uma óptica dos custos tradicional que condiciona e limita muitas aquisições nos Hospitais Públicos. Nesta investigação, verificou-se que, as formas através das quais os Hospitais efectuam a compra da maioria dos seus produtos são o "ajuste directo" (média 3,86, numa escala em que 1 significa "nunca" e 5 "sempre") e o "concurso limitado sem apresentação de candidaturas" (média 3,82). As compras recorrendo à "negociação sem publicação prévia de anúncio", muito raramente, são utilizadas, de facto, 17 dos hospitais nunca a utilizaram (Quadro 5.3). Nota-se que a maioria dos hospitais utiliza, com maior frequência, os tipos de contrato de mais simples execução, que passam por um número mais reduzido de etapas e demoram menos tempo.

Quadro 5.3 - Frequência de utilização dos vários tipos de contrato

	Nunca (1)	Raramente (2)	Algumas Vezes (3)	Com frequência (4)	Sempre (5)	Média	Desvio Padrão
Ajuste Directo	1		1	19	1	3,86	0,71
Concurso limitado sem apresentação de candidaturas	1		2	18	1	3,82	0,73
Consulta prévia	1		12	8	1	3,36	0,79
Concurso público	1	1	15	4	1	3,14	0,77
Concurso limitado por prévia qualificação	6	14	1	1		1,86	0,71
Por negociação com publicação prévia de anúncio	7	13	1	1		1,82	0,73
Por negociação sem publicação prévia de anúncio	17	1	2	1	1	1,55	1.14

Tendo em atenção o enquadramento legislativo em que os hospitais estudados estão inseridos, as comparações com outros trabalhos poderão estar condicionadas, pois possuem uma realidade legislativa completamente distinta. Apesar destas limitações, valerá a pena apresentar as conclusões a que Huarng (1998) chegou. Cerca de 81% dos hospitais estudados afirmam utilizar a licitação como uma das formas de comprar os seus

produtos, 77% utilizam a negociação, 55% as compras em grupo, 52% os concursos públicos e 23% as compras em lote.

A duração dos diversos contratos, também, foi analisada. Assim, em média, os tipos de contrato mais longos são o "concurso limitado por prévia qualificação" e o "concurso público", que levam 24 e 17 semanas respectivamente a ser concluídos. O mais rápido é o "ajuste directo", como era de esperar (Quadro 5.4). Daí também se entende que seja um dos contratos mais utilizados, como se viu no Quadro 5.3 - Frequência de utilização dos vários tipos de contrato.

Quadro 5.4 - Tempos Médios de realização por tipo de contrato

	Média em semanas
Concurso limitado por prévia qualificação	24,00
Concurso público	17,00
Por negociação com publicação prévia de anúncio	14,00
Concurso limitado sem apresentação de candidaturas	8,11
Por negociação sem publicação prévia de anúncio	5,83
Consulta Prévia	4,00
Ajuste Directo	1,84

Um outro conjunto de aspectos a ter em atenção, quando se aborda a questão das compras hospitalares, são a política de compras e os elementos a considerar no momento de colocar mais uma encomenda. Assim, os hospitais respondentes utilizam como políticas de colocação das ordens de compra o "nível de existências" (média de 3,95 – com frequência) (Quadro 5.5).

Quadro 5.5 - Políticas de encomendas

	Nunca (1)	**Raramente** (2)	**Algumas Vezes** (3)	**Com Frequência** (4)	**Sempre** (5)	**Média**	**Desvio Padrão**
Encomenda com base no nível de existências			2	19	1	3,95	0,38
Encomenda com base nas listas de faltas de materiais		1	19	1	1	3,09	0,53
Encomenda por solicitações dos serviços utilizadores	1	2	16	3		2,95	0,65
Encomenda em intervalos periódicos	2	1	15	4		2,95	0,79
Encomenda com base no plano de actividades	4	15	1	2		2,05	0,79
Encomendas com base em experiência anterior	5	1	2	1		1,95	0,72

A semelhante conclusão chegou Azevedo (1999), com uma média de 3,8 para as "listas de faltas de materiais" (média 3,09 – Algumas vezes). De referir que, raramente, se utiliza a política baseada na "experiência anterior" (1,95 - Raramente), contudo é a forma tradicional de actuar

Os quatro factores que foram mencionados, como sendo utilizados com maior frequência, e como base para a decisão de comprar, são as "quantidades necessárias para as solicitações dos serviços utilizadores" (média 4,00 - semelhante a Azevedo, 1999, com uma média de 3,7), o "espaço de armazenamento" (3,95), as "condições requeridas pelos materiais" e a "experiência passada" (3,91). Os factores menos considerados são as "dificuldades em efectuar cada encomenda" (1,86), a "dimensão do equipamento de transporte" (1,91), o "custo de efectivação da encomenda" (2,00) e os "custos de transporte" (2,14) (Quadro 5.6). Verifica-se, assim, uma dispersão de motivos que condicionam as compras dos hospitais respondentes.

Quadro 5.6 – Factores em que se baseia a decisão de comprar

	Nunca (1)	Raramente (2)	Algumas Vezes (3)	Com frequência (4)	Sempre (5)	Média	Desvio Padrão
Quantidades necessárias para as solicitações dos serviços utilizadores			2	18	2	4,00	0,44
Espaço de armazenamento			3	17	2	3,95	0,49
Condições requeridas pelos materiais			4	16	2	3,91	0,53
Experiência passada		1	1	19	1	3,91	0,53
Custo por unidade	1	2	15	1	3	3,14	0,94
Condições de entrega	2		15	4	1	3,09	0,87
Custos de armazenagem	2		17	1	2	3,05	0,90
Qualidade esperada	2	1	16	1	2	3,00	0,93
Descontos de quantidade	2	2	16	1	1	2,86	0,83
Distância de transporte	2	2	17		1	2,82	0,80
Custos de transporte	2	17	2		1	2,14	0,77
Custo de efectivação da encomenda	5	14	2		1	2,00	0,87
Dimensão do equipamento de transporte	6	14	1		1	1,91	0,87
Dificuldades em efectuar cada encomenda	5	15	2			1,86	0,56

Poder-se-ão agrupar todas as razões apontadas e afirmar que, em primeiro lugar estão as razões de ordem física relacionadas directamente com os produtos; seguidas das que se relacionam com os custos e qualidade e finalmente razões exógenas.

A forma como cada hospital comunica com o seu fornecedor pode revelar dois aspectos importantes, o primeiro diz respeito ao tipo de relacionamento existente entre o hospital e o fornecedor, o outro aspecto prende-se com o tipo de meios utilizados para efectuar essa mesma comunicação.

Com base nos dados constantes no Quadro 5.7 pode afirmar-se que os meios de comunicação mais utilizados, na transmissão das notas de encomenda aos fornecedores, são o "fax" (com frequência) e o "correio" (algumas vezes). Os meios que "raramente" são utilizados são alternativos da entrega pessoal ("in-loco quando o fornecedor visita o serviço", "entrega da N.E. quando alguém do serviço visita o fornecedor" e "in-loco quando alguém do serviço visita o fornecedor"). Nunca são utilizados, o "telegrama" e "computador ligado directamente ao fornecedor". Verifica-se que as novas tecnologias, desenvolvidas ao nível dos meios de comunicação e transmissão de dados, raramente são utilizadas pelos hospitais, uma vez que a utilização de correio electrónico é rara e não existe nenhum hospital que esteja em comunicação directa com qualquer fornecedor, através de ligação informática.

Quadro 5.7 – Meios de comunicação utilizados nas notas de encomenda

	Nunca (1)	**Raramente** (2)	**Algumas Vezes** (3)	**Com frequência** (4)	**Sempre** (5)	**Média**	**Desvio Padrão**
Fax	1		4	14	3	3,82	0,85
Envio da Nota de encomenda via correio	3		13	3	3	3,14	1,13
Telefone	4	15	2	1		2,00	0,69
Entrega da N.E. quando o fornecedor visita o serviço	6	15	1			1,77	0,53
E-mail	7	14		1		1,77	0,69
In-loco quando o fornecedor visita o serviço	20	2				1,09	0,29
Entrega da N.E. quando alguém do serviço visita o fornecedor	21	1				1,05	0,21
In-loco quando alguém do serviço visita o fornecedor	21	1				1,05	0,21
Telegrama	22					1,00	0,00
Computador – programa ligado ao fornecedor	22					1,00	0,00

Estes dados só vêm reforçar a ideia, já apresentada, de que apesar de os hospitais se encontrarem razoavelmente apetrechados, a limitação está na utilização desses meios. Neste inicio do Século XXI continua a utilizar-se, quase exclusivamente, métodos tradicionais de comunicação.

Esta situação não se verifica apenas na realidade Portuguesa. De facto Young (1992) constatou que dos 22 Hospitais investigados, somente 3 (14%) eram utilizadores de EDI. Gilbert (2001), estudou um grupo de hospitais que efectuam compras em grupo e constatou que só 5% dos negócios que o grupo de hospitais efectuava utilizam EDI. Nesta análise há que ter em atenção o alerta de Laplante (1992) que refere que alguns hospitais ao utilizarem o fax para enviarem as suas ordens de encomenda aos seus fornecedores, chamam a isso EDI. Das empresas que Vastag et al. (1993) estudaram, 79% transmitem as encomendas por escrito, 24,7% oralmente e 10,0% afirmaram comunicar as notas de encomenda de outra forma. Estes resultados, de uma forma geral, vêm ao encontro do que atrás se afirmou. De facto, tudo indica que o meio escolhido, preferencialmente, pelos hospitais, para comunicarem a suas ordens de encomenda assume a forma escrita tradicional.

Conclusões diferentes obtiveram Law et al. (1993) num estudo em que 80% dos hospitais respondentes afirmaram estarem a implementar a utilização de EDI com o exterior dos hospitais, nomeadamente fornecedores mais importantes. Em 77% dos casos já era possível este tipo de comunicação com os seus fornecedores de materiais, em 51% com os fornecedores de equipamentos, em 21% com livrarias, em 11% com instituições financeiras, em 9% com outros hospitais e em 4% com laboratórios de investigação. Thill (1989) afirma que a utilização de EDI é o grande desafio que é colocado aos gestores de aprovisionamento não só dos hospitais.

1.3.7 Compras centralizadas

Quando se consideram as compras centralizadas pressupõe-se a existência de um agrupamento de estabelecimentos, tendo como núcleo central um serviço que se encarrega de uma ou de todas as fases da compra de produtos de uso comum (Cunha, 1991).

Como foi referido anteriormente, associado a esta forma de compras, encontra-se um conjunto, mais ou menos vasto de vantagens (económicas, desenvolvimento profissional e organização técnica, melhoria da qualidade, melhor selecção de fornecedores e perda de autoridade, na planificação racional do aprovisionamento e estabelecimento de um sistema de codificação de produtos, entre outras) e de desvantagens (retira pequenas

empresas do mercado, coligação de fornecedores, perda da independência dos serviços utilizadores, aumento da morosidade do processo, os hospitais não podem reclamar directamente junto dos fornecedores, perda do posto de trabalho dos responsáveis pelas compras, os pequenos hospitais não podem participar e dificuldade em standarizar alguns produtos, entre outras).

No que diz respeito aos hospitais respondentes, os "produtos farmacêuticos" e o "material de consumo clínico", foram apontados, pela grande maioria dos hospitais, como sendo os produtos que devem ser adquiridos de forma centralizada (Quadro 5.1). Os produtos que não são referidos como devendo ser adquiridos daquela forma, são os que pertencem a "outro material de consumo". Estes dados levam a concluir que, na opinião dos responsáveis hospitalares, os produtos que deverão ser adquiridos, preferencialmente, de forma centralizada são os que absorvem os maiores investimentos por parte dos hospitais.

Quadro 5.1- Artigos que deveriam ser adquiridos de forma centralizada

	Nunca (1)	Raramente (2)	Algumas Vezes (3)	Com frequência (4)	Sempre (5)	Média	Desvio Padrão
Tipos de Produtos							
Produtos Farmacêuticos	1			14	6	4,14	0,85
Material de Consumo Clínico	1			15	5	4,10	0,83
Material de Consumo Hoteleiro	2		14	2	3	3,19	1,03
Material de Consumo Administrativo	3		15		3	3,00	1,10
Material de Manutenção e Conservação	5	13	2		1	2,00	0,89
Produtos Alimentares	6	14			1	1,86	0,85
Outro Material de Consumo	19	1			1	1,24	0,89
Classes de Produtos							
Produtos da Classe B	3		13	1	4	3,14	1,20
Produtos da Classe A	3		12	3	3	3,14	1,15
Produtos da Classe C	6	12			3	2,14	1,28

Se se fizer a mesma análise, mas para as classes de produtos (resultante da análise ABC), verifica-se que os produtos que deveriam ser adquiridos de forma centralizada são os produtos da classe B e A ("algumas vezes"). Os produtos da classe C "raramente" deveriam ser adquiridos centralmente. Aqui se denota a preocupação com os produtos de grande importância económica.

Pires (1997), no estudo que realizou aos Hospitais Garcia de Orta, Nossa Senhora do Rosário, Distrital do Montijo e ao São Bernardo, concluiu que não se deviam centralizar todos os produtos. Deveria centralizar-se apenas aqueles que são de uso comum de um grupo de hospitais, podendo-se caminhar para uma estandardização dos mesmos, respeitando, no entanto, as práticas clínicas de cada unidade hospitalar. Não se deveria centralizar os produtos apenas por pertencerem à classe A, mas sim os que reúnam condições para que a compra se possa efectuar através de um processo de compra centralizada.

Uma vez que as compras centralizadas se podem efectuar e organizar de diversas maneiras, foi colocada uma questão nesse sentido. Assim, as compras que os hospitais têm realizado de forma centralizada têm sido promovidas de diversas formas (Quadro 5.2). Apenas um hospital afirma ter promovido, ele próprio, a compra centralizada de "outro material de consumo" (Hospital Central da ARS de Lisboa e Vale do Tejo). A totalidade dos hospitais afirmam que não efectuaram qualquer compra de forma centralizada, promovida por outro hospital, daqui se conclui que estes 21 hospitais não participaram na compra centralizada promovida pelo outro. Como seria de esperar, a totalidade dos hospitais efectuam compras de forma centralizada promovidas por outras entidades, a saber: Instituto de Gestão Informática e Financeira (IGIF), Central de Compras do Estado (CCE) e Direcção Geral de Património do Estado (DGPE)

Quadro 5.2 - Compras centralizada por entidade promotora

Compras	Sim	Não
Promovida pelo Próprio Hospital	1	21
Promovida por Outros Hospitais	-	22
Promovida por Outras Entidades	22	-
IGIF	18	-
IGIF e CCE	2	-
IGIF e DGPE	2	-

Os produtos que, com mais frequência, se adquirem através desta forma de aquisições (compras centralizadas) são os "produtos farmacêuticos" e o "material de consumo clínico". Os produtos que nunca foram adquiridos, por estes hospitais, de forma centralizada, foram os "produtos alimentares" e "outro material de consumo" (Quadro 5.3).

Quadro 5.3 – Produtos adquiridos através compras centralizadas promovidas outras Entidades

Produtos	Nunca (1)	Raramente (2)	Algumas Vezes (3)	Com frequência (4)	Sempre (5)	Média	Desvio Padrão
Produtos Farmacêuticos			1	19	2	4,05	0,38
Material de Consumo Clínico	2		14	5	1	3,14	0,89
Material de Consumo Hoteleiro	7	12	1	1	1	1,95	1,00
Material de Consumo Administrativo	21	1				1,05	0,21
Material de Manutenção e Conservação	21	1				1,05	0,21
Produtos Alimentares	22					1,00	0,0
Outro Material de Consumo	22					1,00	0,0

Se se efectuar uma comparação entre os dados constantes no Quadro 5.1 e no Quadro 5.3, verifica-se que, os produtos que, na opinião dos hospitais respondentes, deveriam ser adquiridos, de forma centralizada e aqueles que efectivamente o são, são muito idênticas. Os tipos de produtos que deveriam entrar no hospital através de compras centralizadas, entram realmente dessa forma, na maioria dos casos e correspondem aos produtos que absorvem os maiores investimentos.

Em termos evolutivos, as compras efectuadas de forma centralizada têm vindo a diminuir. Em 1998 eram 30% do total, 28% em 1999 e no ano de 2000, estava previsto serem apenas 23%. Esta situação poderá encontrar justificação na opinião que se têm vindo a estender, de que as entidades que promovem as compras centralizadas não o têm feito da melhor maneira, o que muitas vezes deva a que algumas das vantagens que se atribuem a este tipo de compras, sejam diluídas nas inúmeras desvantagens que se têm verificado ou não tenham o efeito desejado.

Shimko (1988), no estudo realizado aos responsáveis pelo aprovisionamento de 110 hospitais do Estado de Ohio (E.U.A.), concluiu que estes realizavam a maioria das suas compras de forma centralizadas e 56% deles tinha a quase totalidade do processo centralizado. No estudo apresentado por Frost (2001a) a totalidade das compras, dos 170 hospitais universitários que fazem parte do agrupamento estudado, são realizadas de forma centralizada e permitiram uma redução nos custos de aquisição em 22 milhões de dólares. Dejohn (2001) descreve um grupo de hospitais, nos E.U.A., que realizam compras em grupo e que, no ano de 2001, previam poupar 43 milhões de dólares, nos próximos 5 anos. Young (1989b) concluiu, que a maioria das compras, dos hospitais estudados, foi realizada de forma centralizada.

Como já se referiu, as compras centralizadas têm um conjunto de vantagens e desvantagens associadas, e que se tentaram identificar nesta investigação. Dezanove dos hospitais investigados afirmam que, em termos globais, existem vantagens quando se adquire os produtos de forma centralizada. Dois hospitais consideram que não existem quaisquer vantagens (um Hospital Central da ARS Lisboa e Vale do Tejo e um Distrital da ARS do Centro) e um Centro Hospitalar da ARS do Norte referiu que existem vantagens e existem desvantagens, não expressando, na sua opinião, qual o balanço. Os motivos apresentados para a não existência de vantagens na centralização de compras são fundamentalmente de dois tipos: a demora no envio das listagens do material adjudicado e a demasiada dependência de 1 ou 2 fornecedores.

Para se identificar as principais vantagens e desvantagens sentidas pelos Hospitais, foi solicitada uma avaliação, utilizando a classificação de (1) desvantagem, (2) neutro e (3) vantagem, acerca de um conjunto de variáveis segundo quatro cenários propostos, a saber: (A) para o Hospital, quando as compras centralizadas são feitas através do organismo central, situação que ocorre actualmente, (B) para o Hospital que funciona como uma Central de Compras, (C) para os Hospitais aderentes uma Central de Compras de outro Hospital e (D) para os Hospitais aderentes a uma Central de Compras do Estado, semelhante à que funciona para equipamentos. O resumo das respostas a essa classificação está representado nos Quadro 5.4 a Quadro 5.7.

No primeiro cenário proposto, pode constatar-se que 14 das variáveis são consideradas como vantagens para o hospital que adere a uma compra centralizadas promovida por um organismo central, 6 como desvantagens e 16 não são consideradas nem como vantagens nem como desvantagens. As principais vantagens apontadas são: “variação do custo unitário”, “organização técnica”, “quantidade de trabalho dos serviços utilizadores” e “sistemas integrados”. (Quadro 5.4). Assim, pode afirmar-se que os hospitais respondentes consideram como vantagens, variáveis associadas aos custos, ao relacionamento estabelecido com os fornecedores, a questões ligadas à qualidade e a factores de organização interna.

Quadro 5.4 – Vantagens e Desvantagens das Compras Centralizadas, para o Hospital, quando são feitas através do organismo central

N	Variáveis	para o Hospital, na situação actual	
		Média	Desvio Padrão
7	Variação do custo unitário	3,00	0,00
9	Organização técnica	2,95	0,21
2	Quantidade de trabalho dos serviços utilizadores	2,91	0,29
31	Sistemas integrados	2,91	0,29
25	Poder de compra	2,86	0,47
6	Selecção de fornecedores	2,82	0,59
23	Controlo quantitativo e qualitativo dos produtos	2,82	0,59
28	Capacidades comuns	2,82	0,39
32	Integração da cadeia de fornecimento	2,82	0,39
33	Implementação de soluções de comercio electrónico	2,82	0,39
22	Segurança dos aprovisionamentos	2,77	0,61
27	Custos administrativos	2,64	0,49
34	Influência sobre os fornecedores	2,50	0,60
35	Portes	2,50	0,60
4	Sistema de codificação de produtos	2,45	0,51
10	Planificação racional do aprovisionamento	2,41	0,67
36	Oportunidade dos compradores cometerem erros ou fraudes	2,36	0,66
20	Eficácia nas transacções	2,32	0,65
24	Inovação	2,32	0,65
11	Participação dos hospitais nas comissões técnicas de produtos / equipamentos	2,27	0,98
15	Independência dos serviços utilizadores	2,05	1,00
5	Gestão económica de stocks	2,00	0,44
1	Formação dos profissionais	1,95	0,38
14	Relação dos fornecedores com os serviços	1,95	0,38
29	Especialização dos recursos humanos das compras	1,95	0,95
19	Nível de serviço	1,91	0,97
30	Utilização dos diferentes talentos e especializações	1,77	0,97
8	Variação da qualidade	1,64	0,66
3	Cumprimento das decisões de compra	1,59	0,67
12	Coligação de fornecedores	1,55	0,60
17	Despersonalização dos compradores	1,41	0,50
21	Tempo de espera dos produtos	1,14	0,35
18	Motivação dos trabalhadores	1,09	0,29
13	Pequenas empresas do mercado	1,05	0,21
16	Morosidade do processo	1,00	0,00
26	Morosidade da tomada de decisão	1,00	0,00

(1) Desvantagem, (2) neutro e (3) vantagem

As principais desvantagens são: "morosidade da tomada de decisão", "morosidade do processo", "pequenas empresas do mercado", "motivação dos trabalhadores" e "tempo de espera dos produtos". Algumas destas variáveis consideradas como desvantagens, mais uma vez reflectem o sentimento generalizado dos hospitais respondentes, relativamente aos atrasos e à morosidade de todo o processo existente. Esta distinção entre vantagens e desvantagens, vem de encontro ao que foi apresentado na revisão da literatura.

No cenário de uma central de compras promovida por um hospital, foram apontadas apenas 3 variáveis como desvantagens para esse hospital e 24 como vantagens, as restantes 9 não são consideradas como vantagens nem como desvantagens. As 3 variáveis referidas como desvantagens, neste cenário, são: "quantidade de trabalho dos serviços utilizadores", "custos administrativos" e "pequenas empresas do mercado" (Quadro 5.5).

Quadro 5.5 – Vantagens e Desvantagens das Compras Centralizadas, para o Hospital que funciona como uma Central de Compras

N	Variáveis	para o Hospital Central de Compras	
		Média	Desvio Padrão
1	Formação dos profissionais	2,95	0,21
6	Selecção de fornecedores	2,95	0,21
11	Participação dos hospitais nas comissões técnicas de produtos / equipamentos	2,95	0,21
19	Nível de serviço	2,95	0,21
29	Especialização dos recursos humanos das compras	2,95	0,21
21	Tempo de espera dos produtos	2,91	0,29
4	Sistema de codificação de produtos	2,86	0,35
18	Motivação dos trabalhadores	2,86	0,35
30	Utilização dos diferentes talentos e especializações	2,86	0,47
32	Integração da cadeia de fornecimento	2,86	0,35
33	Implementação de soluções de comercio electrónico	2,86	0,35
28	Capacidades comuns	2,82	0,39
7	Variação do custo unitário	2,77	0,61
25	Poder de compra	2,77	0,61
34	Influência sobre os fornecedores	2,77	0,61
31	Sistemas integrados	2,73	0,63
15	Independência dos serviços utilizadores	2,64	0,73
5	Gestão económica de stocks	2,59	0,50
10	Planificação racional do aprovisionamento	2,59	0,50
23	Controlo quantitativo e qualitativo dos produtos	2,59	0,50
3	Cumprimento das decisões de compra	2,55	0,51
8	Variação da qualidade	2,55	0,51
14	Relação dos fornecedores com os serviços	2,55	0,51
20	Eficácia nas transacções	2,55	0,51
17	Despersonalização dos compradores	2,45	0,60
9	Organização técnica	2,41	0,67
26	Morosidade da tomada de decisão	2,41	0,67
22	Segurança dos aprovisionamentos	2,23	0,97
24	Inovação	2,14	0,35
36	Oportunidade dos compradores cometerem erros ou fraudes	2,14	0,35
16	Morosidade do processo	2,05	1,00
12	Coligação de fornecedores	1,91	0,43
35	Portes	1,55	0,60
13	Pequenas empresas do mercado	1,23	0,61
27	Custos administrativos	1,14	0,47
2	Quantidade de trabalho dos serviços utilizadores	1,09	0,29

(1) desvantagem, (2) neutro e (3) vantagem

As principais vantagens apontadas são: “formação dos profissionais”, “selecção de fornecedores”, “participação dos hospitais nas comissões técnicas de produtos/equipamentos”, “nível de serviço”, “especialização dos recursos humanos das compras” e “tempo de espera dos produtos”. O conjunto das variáveis identificadas como vantagens estão associadas aos mais variados aspectos como sejam os custos, o relacionamento estabelecido com os fornecedores, questões ligadas à qualidade, a factores de organização interna, entre outros. O balanço efectuado pela análise destes dados, parece ser francamente positivo visto que foram apontadas muitas vantagens em promover compras centralizadas.

Analisando as respostas obtidas relativamente ao cenário em que as compras centralizadas são promovidas por um hospital, foram consideradas como vantagens, para o hospital que adere a uma compra centralizada promovida por outro hospital (este funcionando como uma central de compras), 10 variáreis e 4 como desvantagens. Vinte e duas das variáveis apresentadas não foram consideradas como vantagens nem como desvantagens (Quadro 5.6).

As variáveis que se destacam como vantagens são: “custos administrativos”, “variação do custo unitário”, “segurança dos aprovisionamentos”, “capacidades comuns”, “sistemas integrados”, “integração da cadeia de fornecimento” e “implementação de soluções de comercio electrónico” (referir que os valores não são tão elevados como os dos cenários anteriores). As variáveis identificadas como vantagens estão associadas a questões sobre os custos, o relacionamento estabelecido com os fornecedores, a qualidade e a organização interna.

As desvantagens são: “morosidade da tomada de decisão”, “motivação dos trabalhadores”, “pequenas empresas do mercado” e “tempo de espera dos produtos”. Destas variáveis pode-se concluir que os aspectos relacionados com a burocratização se mantêm identificados como sendo uma desvantagem no momento de abordar as questões relacionadas com as compras centralizadas.

Quadro 5.6 – Vantagens e Desvantagens das Compras Centralizadas, para os Hospitais aderentes uma Central de Compras de outro Hospital

N	Variáveis	para o Hospital aderente a uma Central de Compras de outro Hospital	
		Média	Desvio Padrão
27	Custos administrativos	2,86	0,35
7	Variação do custo unitário	2,82	0,39
22	Segurança dos aprovisionamentos	2,82	0,39
28	Capacidades comuns	2,82	0,39
31	Sistemas integrados	2,82	0,39
32	Integração da cadeia de fornecimento	2,82	0,39
33	Implementação de soluções de comercio electrónico	2,82	0,39
23	Controlo quantitativo e qualitativo dos produtos	2,77	0,53
25	Poder de compra	2,77	0,53
34	Influência sobre os fornecedores	2,77	0,53
36	Oportunidade dos compradores cometerem erros ou fraudes	2,45	0,51
6	Selecção de fornecedores	2,41	0,59
20	Eficácia nas transacções	2,41	0,50
24	Inovação	2,41	0,50
35	Portes	2,41	0,50
4	Sistema de codificação de produtos	2,36	0,58
9	Organização técnica	2,36	0,58
11	Participação dos hospitais nas comissões técnicas de produtos / equipamentos	2,05	0,95
1	Formação dos profissionais	2,00	0,31
2	Quantidade de trabalho dos serviços utilizadores	2,00	0,39
8	Variação da qualidade	2,00	0,31
10	Planificação racional do aprovisionamento	2,00	0,93
14	Relação dos fornecedores com os serviços	2,00	0,31
19	Nível de serviço	2,00	0,93
12	Coligação de fornecedores	1,95	0,21
15	Independência dos serviços utilizadores	1,95	0,95
29	Especialização dos recursos humanos das compras	1,95	0,95
16	Morosidade do processo	1,91	0,92
30	Utilização dos diferentes talentos e especializações	1,86	0,94
3	Cumprimento das decisões de compra	1,64	0,58
5	Gestão económica de stocks	1,59	0,59
17	Despersonalização dos compradores	1,55	0,51
21	Tempo de espera dos produtos	1,23	0,43
13	Pequenas empresas do mercado	1,18	0,39
18	Motivação dos trabalhadores	1,18	0,39
26	Morosidade da tomada de decisão	1,14	0,35

(1) desvantagem, (2) neutro e (3) vantagem

Pode constatar-se, comparando este cenário em que o hospital adere a uma compra centralizada de outro hospital com a do primeiro cenário, que existem 10 variáveis que se mantêm classificadas como vantagens e desaparecendo apenas quadro ("quantidade de trabalho dos serviços utilizadores", "selecção de fornecedores", "organização técnica" e "portes"). Como desvantagens também o balanço se apresenta positivo, visto que, se registam apenas 4 variáveis comuns com o 1º cenário, desaparecendo duas ("morosidade do processo" e "despersonalização dos compradores").

São 14 as variáveis classificadas como vantagens, para o hospital que adere a uma compra centralizada promovida por uma central de compras, 5 das variáveis são consideradas desvantagens e 17 variáveis não são classificadas nem como vantagens nem desvantagens. As variáveis referidas como vantagens que se destacam são: "selecção de fornecedores", "planificação racional do aprovisionamento", "segurança dos aprovisionamentos" e "custos administrativos" (mas com valores não tão elevados como os já verificados) (Quadro 5.7). Assim, pode afirmar-se que os hospitais respondentes consideram como vantagens variáveis associadas aos custos, ao relacionamento estabelecido com os fornecedores, a factores de organização interna e a questões ligadas à qualidade.

As desvantagens apontadas foram: "morosidade da tomada de decisão", "pequenas empresas do mercado", "tempo de espera dos produtos", "motivação dos trabalhadores" e "morosidade do processo". Novamente variáveis associadas a questões de burocracia processual de todo o processo.

Comparando com as respostas representadas no Quadro 5.4 verifica-se que as vantagens identificadas são as mesmas, com excepção da variável "planificação racional do aprovisionamento", que foi aqui introduzida, mas retirou-se a variável "portes". Ao nível das desvantagens, a situação é semelhante, foi afastada a variável "despersonalização dos compradores" (mas que se situa muito próximo da linha de divisória para ser considerada como desvantagens).

Assim, pode afirmar-se que o conjunto das variáveis identificadas como vantagens e desvantagens é praticamente idêntico, independentemente do facto de o organismo externo promotor da compra centralizada ser o IGIF ou a CCE. Identificadas como vantagens encontram-se variáveis que se prendem com aspectos associados aos custos, ao relacionamento estabelecido com os fornecedores, a questões ligadas à qualidade e a factores de organização interna. Como desvantagens são apontados aspectos associados à grande burocratização de todo o processo de compras centralizado.

Quadro 5.7 – Vantagens e Desvantagens das Compras Centralizadas, para os Hospitais aderentes a uma Central de Compras do Estado

N	Variáveis	para o Hospital aderente a uma Central de Compras do Estado	
		Média	Desvio Padrão
6	Selecção de fornecedores	2,86	0,35
10	Planificação racional do aprovisionamento	2,86	0,35
22	Segurança dos aprovisionamentos	2,86	0,35
27	Custos administrativos	2,86	0,35
7	Variação do custo unitário	2,82	0,39
9	Organização técnica	2,82	0,39
23	Controlo quantitativo e qualitativo dos produtos	2,82	0,39
28	Capacidades comuns	2,82	0,39
31	Sistemas integrados	2,82	0,39
32	Integração da cadeia de fornecimento	2,82	0,39
33	Implementação de soluções de comercio electrónico	2,82	0,39
2	Quantidade de trabalho dos serviços utilizadores	2,77	0,43
25	Poder de compra	2,77	0,53
34	Influência sobre os fornecedores	2,77	0,53
4	Sistema de codificação de produtos	2,45	0,51
8	Variação da qualidade	2,41	0,50
20	Eficácia nas transacções	2,41	0,50
24	Inovação	2,41	0,50
35	Portes	2,41	0,50
36	Oportunidade dos compradores cometerem erros ou fraudes	2,40	0,50
5	Gestão económica de stocks	2,14	0,35
11	Participação dos hospitais nas comissões técnicas de produtos / equipamentos	2,09	0,92
1	Formação dos profissionais	2,00	0,31
12	Coligação de fornecedores	2,00	0,31
14	Relação dos fornecedores com os serviços	2,00	0,31
19	Nível de serviço	2,00	0,93
15	Independência dos serviços utilizadores	1,95	0,95
29	Especialização dos recursos humanos das compras	1,95	0,95
30	Utilização dos diferentes talentos e especializações	1,86	0,94
3	Cumprimento das decisões de compra	1,73	0,63
17	Despersonalização dos compradores	1,55	0,51
16	Morosidade do processo	1,23	0,43
18	Motivação dos trabalhadores	1,23	0,43
21	Tempo de espera dos produtos	1,23	0,43
13	Pequenas empresas do mercado	1,14	0,35
26	Morosidade da tomada de decisão	1,14	0,35

(1) desvantagem, (2) neutro e (3) vantagem

Em resumo, dos cenários apresentados verifica-se que existem oito variáveis que são, independentemente do cenário, consideradas como sendo sempre vantagens: "variação do custo unitário", "controlo quantitativo e qualitativo dos produtos", "poder de compra", "capacidades comuns", "sistemas integrados", "integração da cadeia de fornecimento", "implementação de soluções de comercio electrónico" e "influência sobre os fornecedores". Apenas uma variável é sempre classificada como sendo desvantagem: "pequenas empresas do mercado". Das variáveis que não foram classificadas como sendo

vantagens ou desvantagens, 3 apresentam-se sempre dentro deste grupo, independentemente do cenário proposto, que são: "coligação de fornecedores", "inovação" e "oportunidade dos compradores cometerem erros ou fraudes". Estas classificações vão ao encontro do que na revisão da literatura foi descrito relativamente ao conjunto das vantagens e desvantagens associadas às compras realizadas de forma centralizada.

Ainda, relativamente às compras centralizadas, os hospitais respondentes foram colocados perante o cenário de serem eles a promover uma compra centralizadas. Assim, 11 (50%) de entre eles afirmaram dispor de condições para aderir a uma compra centralizada, os outros 11 não responderam nem apresentaram qualquer motivo para tal. Resultado diferente obteve Pires (1997), uma vez que todos os hospitais investigados responderam que dispunham de condições para promoverem uma compra centralizada.

No Quadro 5.8, estão representados os dados relativos à opinião dos hospitais sobre as actuais formas de compras centralizadas e as alterações que, em termos de produtos a incluir/excluir, propõem. A maioria dos hospitais não respondeu (12). Dos 10 que responderam, 8 concordam, 2 discordam das actuais formas de compras centralizadas. Dos hospitais que concordam 5 são Hospitais Centrais e 3 são Distritais, dos que não concordam 1 é um Centro Hospitalar e o outro é um Hospital Distrital. Note-se que apenas um deu indicações de quais os produtos que excluiria e quais incluiria. Na sua opinião, nenhum dos produtos seria excluído, antes pelo contrário, todos os produtos deveriam ser incluídos nas compras efectuadas de forma centralizada.

Quadro 5.8 - Actuais formas de compras centralizadas

	Sim	Não	N/Resp.
Concorda com as actuais formas de compras centralizadas	8	2	12
Quais os produtos que excluiria			
Nenhuns	1	-	21
Quais os produtos que incluiria			
Todos os anteriores	1	-	21

A qualidade dos produtos adquiridos é fundamental para qualquer tipo de actividade. Os artigos comprados de forma centralizada são, na quase totalidade dos hospitais

considerada "boa" (17) ou "muito boa" (1). Apenas 4 classificam a qualidade desses produtos como "aceitável" (Quadro 5.9).

Quadro 5.9 – Qualidade dos artigos comprados de forma centralizada

	Frequência	%	% Acumulada
Muito Boa	1	4,5	4,5
Boa	17	77,3	81,8
Aceitável	4	18,2	100
Total	22	100,0	

Estes dados permitem concluir que os hospitais estão satisfeitos com a qualidade dos produtos, adquiridos de forma centralizada. Todavia quando se aborda a questão da qualidade dos produtos, há que mencionar que esta nem sempre está dentro de parâmetros aceitáveis. Assim deve considerar-se o procedimento de reclamação junto dos fornecedores dos produtos afectados. Mas nem só o factor qualidade dá origem a reclamações.

Dos hospitais respondentes 18 já necessitaram efectuar reclamações relacionadas com as compras centralizadas. Essas reclamações foram provocadas, na grande maioria dos casos, por "atrasos nas entregas" (20), por "defeitos nos produtos" (1) e por "outras razões" (1), que não foram especificadas (Quadro 5.10). Mais uma vez se constata que, em termos de qualidade, os produtos se apresentam nas devidas condições exigidas pelos hospitais e que, o que acontece demasiadas vezes, são atrasos nas entregas o que motiva as maiores reclamações por parte dos hospitais.

Quadro 5.10 – Reclamações efectuadas

	Frequência
As reclamações foram	
Poucas	14
Algumas	4
Nenhumas	4
As reclamações deveram-se principalmente a	
Atrasos nas entregas	20
Defeitos nos produtos	1
Outras razões	1

Ao analisar-se as reclamações é fundamental e de muita utilidade que o motivo que as originou seja levado em consideração, identificado, analisado e que a situação seja ultrapassada. Os dados contidos no Quadro 5.10 (Reclamações efectuadas), permitem

dizer que 18 dos hospitais respondentes já efectuaram reclamações e a resposta dada, na quase totalidade das situações, foi "aceitável" (17), contudo situações houve em que a resposta foi considerada como "boa" (3) e até "muito boa" (1). Apenas 1 hospital considera que a resposta às reclamações foi "má" (Quadro 5.11). Verifica-se que na grande maioria das situações (95,5%), os hospitais respondentes conseguiram que o motivo que originou as reclamações fosse ultrapassado.

Quadro 5.11 - Resposta dada às solicitações/reclamações

	Frequência	%	% Acumulada
Muito Boa	1	4,5	4,5
Boa	3	13,6	18,1
Aceitável	17	77,4	95,5
Má	1	4,5	100,0

Relacionado com as reclamações, foi verificado que o motivo mais vezes apontado para elas é o "atraso nas entregas" por parte dos fornecedores dos produtos adquiridos de forma centralizada (Quadro 5.11). Mas quando questionados sobre o cumprimento dos contratos pelos fornecedores, numa situação de compras centralizadas, foi considerado por 1 dos hospitais respondentes, como sendo "muito bom". Dois dos hospitais são de opinião de que o nível de cumprimento é "bom" e a maioria (19), consideram-no "aceitável" (Quadro 5.12). De um modo geral, os hospitais respondentes consideram que os seus fornecedores têm cumprido os contratos, apesar dos atrasos atrás mencionados, relativamente às datas de entrega.

Quadro 5.12 - Cumprimento dos contratos

	Frequência	%	% Acumulada
Muito Bom	1	4,5	4,5
Bom	2	9,1	13,6
Aceitável	19	86,4	100,0

Continuando a analisar a questão das compras centralizadas, em termos das previsões de compras, que os hospitais realizam, 17 dos hospitais respondentes prevêem que estas

estimativas vão divergir das que foram feitas. Contudo, pelas respostas dadas, não se pode concluir se os desvios são "para mais" ou "para menos" (Quadro 5.13).

Quadro 5.13 – Compras Centralizadas previstas

	Sim	Não
As Comp. Central. que vai efectuar irão divergir das estimativas dadas	17	5
As divergências serão		
Para mais e menos	7	-
Para Mais	5	-
Para Menos	5	-

A situação das estimativas divergirem das compras que se realizam, poderá encontrar justificação, por um lado, na grande antecipação com que são pedidos aos hospitais as previsões de compras dos produtos a adquirir de forma centralizada e que se situa normalmente em Junho do ano anterior a que respeitam as compras. Por outro lado, nos atrasos consecutivos que os órgãos centrais, que efectuam a grande maioria das compras centralizadas, provocam em todo o processo.

Na opinião expressa por 19 hospitais, os serviços centrais de aprovisionamento (IGIF) não têm dado resposta adequada relativamente ao que se pode esperar de um serviço dessa natureza. Estes apontam, como principal razão para tal, os "atrasos na entrega dos concursos" (15), "atrasos na realização dos concursos" (2), "nº de artigos insuficiente" (1) e todas as situações descritas anteriormente (2) (Quadro 5.14).

Quadro 5.14 – Funcionamento dos serviços centrais de aprovisionamento

	Sim	Não
Os serviços centrais de aprovisionamento têm dado resposta adequada	3	19
Não, porquê		
Atrasos na entrega dos concursos	15[1]	-
Atrasos na realização dos concursos	2	-
Todos os anteriores	2	-
Nº de artigos insuficiente	1	-

Do que foi possível observar, pela análise dos dados constantes dos Quadros 5.46 - Actuais formas de compras centralizadas ao 5.52 – Funcionamento dos serviços centrais de aprovisionamento, é possível concluir que os hospitais concordam com as compras

efectuadas de forma centralizada e têm uma boa relação com os fornecedores. Estes têm dado respostas, consideradas boas, às reclamações/solicitações que lhes são colocadas, isto apesar dos consecutivos atrasos de pagamentos registados.

Comcowich (1991) refere que o mais importante na utilização de compras centralizadas é que a gestão das mesmas seja efectuada, acima de tudo, com qualidade e competência. Esta afirmação também se aplica a compras efectuadas de forma centralizada. Os hospitais respondentes apontam problemas ao processamento dos concursos que provocam atrasos a vários níveis e que culminam com atrasos nas entregas.

A compra centralizada, para poder ser efectuada de forma eficaz e resultar nas vantagens que já foram enumeradas, anulando as desvantagens, tem que ser o resultado de uma óptima relação entre comprador e fornecedor. Assim, e de acordo com a opinião dos respondentes, o papel dos hospitais aderentes a uma compra efectuada de forma centralizada, deve passar pela participação nas "comissões técnicas", na opinião de 15 dos hospitais respondentes. Para outros quatro entendem que devem participar nos "júris" (4) e "propondo novos artigos" (1), na "uniformização de consumos" (1) e na "definição dos prazos de pagamento" (1) (Quadro 5.15).

Quadro 5.15 - Intervenção dos serviços aderentes

	Frequência	%
Participação em Comissões Técnicas	15	68,2
Júris de Concursos	4	18,2
Proposta de novos artigos	1	4,5
Uniformização de consumos	1	4,5
Definição dos prazos de pagamentos	1	4,5
Total	22	100,0

Ainda, relativamente às compras centralizadas, há que averiguar o papel de cada um dos intervenientes, em todas as fases já descritas, porque qualquer compra pública, em Portugal, tem que passar por estas fases: lista de necessidades, elaboração do concurso,

[1] Uma destas respostas corresponde a um dos hospitais que respondeu afirmativamente a que os serviços centrais de aprovisionamento tem dado resposta adequada, mas que apesar disso aponta alguma critica.

escolha dos produtos, elaboração dos contratos, adjudicação, armazenamento, distribuição, transporte, facturação e pagamento.

Nos Quadro 5.16 a 5.56, apresenta-se um resumo das respostas relativas às questões sobre a atribuição de competência da realização das diferentes operações, depois de aderir a um dos três cenários de compras centralizadas propostos (1) existência de uma Central de Compras externa, (2) Hospital questionado, assume o papel de central de compras e (3) central de compras do Estado.

Relativamente ao 1º cenário, as operações que, de acordo com a maioria dos hospitais, devem competir à central de compras são: "a elaboração de concursos", "a adjudicação" e a "elaboração de contratos". Ao hospital utilizador caberia a: "escolha dos produtos", "lista de necessidades", o "pagamento", o "armazenamento" e a "facturação". Relativamente às restantes operações, seriam indiferentes, a quem caberia esse papel (Quadro 5.16).

Quadro 5.16 – Competência das diversas operações no Cenário de Central de Compras

Cenários / Operações	Central de Compras	Hospital Utilizador	Ambos
Elaboração do concurso	21	1	
Adjudicação	20	2	
Elaboração dos contratos	18	4	
Escolha dos produtos	6	14	2
Lista de necessidades	1	20	1
Pagamento		22	
Armazenamento	1	21	
Facturação	1	21	
Distribuição		8	14
Transporte	1	4	17

Pode assim, referir-se que as operações que devem competir à central de compras são as operações associadas ao cumprimento dos requisitos formais. O Hospital Utilizador deve assumir tarefas associadas à identificação das necessidades próprias e todo o tratamento físico dos produtos, assim como a facturação e transporte dos mesmos.

Num cenário em que um hospital promove as compras centralizadas, na opinião dos hospitais respondentes, nenhuma das operações descritas deverá ser da exclusiva

responsabilidade desse hospital (Quadro 5.17), à semelhança do cenário anterior. Ao hospital utilizador deverá competir: a "elaboração do concurso", a "adjudicação", a "elaboração dos contratos" e o "pagamento". Deverá competir a ambos: a "escolha dos produtos", o "armazenamento", a "lista de necessidades", a "distribuição", a "facturação" e o "transporte".

Quadro 5.17 – Competência das diversas operações no Cenário de Hospital Central de Compras

Cenários / Operações	Hospital Central de Compras	Hospital Utilizador	Ambos
Elaboração do concurso	8	14	
Adjudicação	7	14	1
Elaboração dos contratos	4	17	1
Pagamento		21	1
Escolha dos produtos	4	2	16
Armazenamento	1	6	15
Lista de necessidades		7	15
Distribuição	1	5	16
Facturação		6	16
Transporte	1	2	19

É de referir que, neste cenário não foi indicada, de forma significativa, qualquer operação que deva ser desempenhada pelo hospital que assume o papel de Central de Compras. Assim, fica a dúvida ou, os hospitais respondentes quiseram conscientemente dar estas respostas ou não compreenderam o cenário que lhes era proposto.

Colocado o cenário do organismo centralizador das compras dos hospitais, funcionar como uma central de compras do estado, as operações que este organismo deve assumir, na opinião dos hospitais respondentes, são: a "elaboração do concurso" e dos contratos e a "adjudicação". O hospital utilizador deverá efectuar as operações de: "escolha dos produtos", "elaboração da lista de necessidades" e o "pagamento" (Quadro 5.18).

Quadro 5.18 – Competência das diversas operações no Cenário de Central de Compras do Estado

Cenários / Operações	Central de Compras	Hospital Utilizador	Ambos
Elaboração do concurso	22		
Elaboração dos contratos	22		
Adjudicação	22		
Escolha dos produtos	6	15	1
Lista de necessidades	4	18	
Pagamento		22	
Armazenamento	4	3	15
Distribuição	4	3	15
Transporte	4	3	15
Facturação		7	15

Assim, as operações relacionadas com os formalismos legais inicias e a concepção geral das compras devem estar a cargo da central de compras. Enquanto que as operações associadas à identificação das necessidades de produtos devem ser assumidas pelo Hospital Utilizador. Foi considerado indiferente quem assume o papel de realizar todo o conjunto de operações que envolvem o manuseamento e transporte dos produtos.

Em resumo, pode afirmar-se que foi unânime que quem deverá efectuar o "pagamento" aos fornecedores, independentemente do cenário de compras centralizado escolhido, é o Hospital utilizador. A "distribuição" e o "transporte dos produtos", independentemente do cenário de compras centralizado escolhido, poderá ser um papel assumido por qualquer um dos intervenientes.

A adesão a uma central de compras, foi considerada pela maioria dos hospitais (13), como devendo "ser imposta mas com diálogo". Sete dos hospitais são de opinião que a adesão deveria ser da "iniciativa de cada hospital" e 2 afirmam que a adesão deve ser simplesmente "imposta" (Quadro 5.19). A maioria dos hospitais respondentes afirma que a adesão a uma Central de Compras deve ser imposta.

Quadro 5.19 – Adesão a uma central de compras

	Frequência	%
Imposta com diálogo	13	59,1
Iniciativa própria dos serviços utilizadores	7	31,8
Imposta	2	9,1

Quando se aborda o assunto de compras hospitalares, um dos aspectos que habitualmente lhe está associado é o pagamento a fornecedores. Isto acontece porque, maioritariamente, os fornecedores da administração pública, neste caso, os dos hospitais, registam grandes atrasos nos pagamentos que lhes são devidos. Em muitos casos, esse atraso é superior a um ano. Foi neste contexto que foi colocada a questão de saber, na opinião dos hospitais respondentes, qual seria a probabilidade dos prazos serem cumpridos.

Os prazos de pagamento aos fornecedores, numa situação de compras centralizada, têm para 17 dos hospitais respondentes "alguma" probabilidade de serem cumpridos. Dois hospitais afirmaram que existe "pouca" probabilidade, 2 "nenhuma" e 1 acha que a probabilidade é "considerável" (Quadro 5.20). Analisados os dados, pode afirmar-se que os hospitais respondentes são de opinião que com Compras Centralizadas, os fornecedores poderão passar a receber um pouco mais "dentro dos prazos".

Quadro 5.20 – Probabilidade de Cumprimento de prazos de pagamento

	Frequência	%
Alguma	17	77,3
Pouca	2	9,1
Nenhuma	2	9,1
Considerável	1	4,5

Seguindo a metodologia já explicada, depois da caracterização dos serviços de aprovisionamento, ir-se-à, de seguida apresentar a análise das questões relativas à práticas de aprovisionamento, nomeadamente na sua relação com o tipo de hospital, a região de localização e a frequência de utilização dos diversos tipos de contrato. Esta parte do estudo permitirá dar resposta às questões científicas formuladas.

2 ANÁLISE DAS QUESTÕES DE INVESTIGAÇÃO

2.1 INTRODUÇÃO

Neste segundo ponto, deste capítulo, apresentam-se as respostas obtidas às questões científicas formuladas. Estas questões estão relacionadas com as práticas de aprovisionamento, nomeadamente na sua relação com o tipo de hospital, a região de localização e a frequência de utilização dos diversos tipos de contrato.

As questões científicas colocadas foram as seguintes: a primeira é relacionada com a tipologia hospitalar, a segunda com a região de localização dos hospitais e a terceira com a frequência de utilização de cada um dos tipos de contratos existentes em Portugal para aquisição de bens e serviços. Com o objectivo de dar resposta e estas questões científicas ligadas aos aspectos em estudo, testaram-se um conjunto de hipóteses que se dividem em três grandes grupos: tipo de hospital, localização do hospital e tipo de contrato utilizado nas aquisições.

Uma vez que as práticas de aprovisionamento podem ser medidas utilizando diferentes tipos de variáveis, cada grupo de hipóteses é subdividido em quatro hipóteses específicas que dizem respeito a aspectos também eles específicos das práticas de aprovisionamento. A análise que se irá efectuar sobre a relação existente entre as práticas de aprovisionamento, sob os vários aspectos (tipo de hospital, localização do hospital e tipo de contrato utilizado nas aquisições), será subdividida em: gestão de materiais, relacionamento com os fornecedores, práticas de compras e práticas de compras centralizadas.

A Gestão de Materiais foi, neste estudo, medida através de um conjunto de variáveis que se agruparam da seguinte forma: critério de arrumação dos artigos em armazém, sistema de inventário, regularidade dos consumos, quantidade económica de encomenda, stocks de segurança e análise ABC. Para cada um destes aspectos foi colocado, no questionário, um conjunto de questões cuja resposta permita saber do grau e aprofundamento da utilização destas ferramentas de Gestão de Materiais.

As variáveis utilizadas para a análise do relacionamento com fornecedores foram agrupados da seguinte forma: número de fornecedores por item e por armazém, formas de

garantir o fornecimento atempado de materiais, datas previstas das entregas dos diversos produtos, justificação dos atrasos nas entregas, existências de penalizações para os incumprimentos. Para cada um destes aspectos foi colocado, no questionário, um conjunto de questões cuja resposta permita saber do tipo de relacionamento que têm com os fornecedores.

Para "medir" as práticas em compras utilizou-se um conjunto de variáveis que se subdividem em: nível médio de existências, periodicidade das encomendas de cada tipo de artigos, documentos utilizados nas compras, tipo de contrato, políticas de compra, factores que estão na base da decisão de comprar, procedimentos para a comunicação das notas de encomenda. Para cada um destes aspectos foi colocado, no questionário, um conjunto de questões cuja resposta permita saber do grau e aprofundamento da utilização destas práticas.

Para "medir" as práticas de compras centralizadas utilizou-se um conjunto de variáveis que se subdividem em: artigos centralizados, artigos centralizados por outra entidade, % de compras centralizadas por anos, dentro de que parâmetros a qualidade é considerada aceitável, se existiram reclamações, que tipo de resposta é dada às solicitações/reclamações, como se pode considerar o cumprimento dos contratos, qual a intervenção que os serviços aderentes poderão ter numa centralização de compras, nos cenários de: central de compras, Hospital Central de compras e central de compras do estado, qual a adesão a uma central de compras. Para cada um destes aspectos foi colocado, no questionário, um conjunto de questões cuja resposta permita saber do grau e aprofundamento da utilização destas práticas.

2.2 TIPO DE HOSPITAL E AS PRÁTICAS DE APROVISIONAMENTO

De acordo com a tipologia hospitalar anteriormente apresentada, os Hospitais Distritais centrais e Centros Hospitalares distinguem-se uns dos outros, quer por um conjunto de características em termos de meios humanos, técnicos que têm ao seu dispor, quer pelos cuidados de saúde mais ou menos especializados que prestam. Tendo em atenção estas diferenças, importa saber até que ponto as práticas de aprovisionamento estão

relacionadas com o tipo de hospital. Isto é, saber se de facto diferentes tipos de hospital têm diferentes práticas de gestão de aprovisionamentos.

Atendendo a que, tal como foi referido anteriormente, as práticas de gestão de aprovisionamentos são medidas através de um conjunto vasto e diferenciado de variáveis, a sua análise terá também de ser diferenciada. Assim, e de acordo com a metodologia já apresentada, no caso de variáveis não dicotómicas o objectivo era o de saber se existem diferenças nas médias para diferentes tipos de hospital. Para esta análise optou-se pela utilização da ANOVA. Contudo, esta ferramenta estatística exige a verificação de um conjunto de pressupostos nomeadamente, normalidade da distribuição dos resíduos e a homogeneidade da variância. Para verificar a existência dessas condições, utilizaram-se os testes de Kolmogorov-Smirnov com correcção de Lilliefors e o Teste de Levene. No caso em que os pressupostos não se verificaram utilizou-se, em substituição da ANOVA, o teste não paramétrico de Kruskal-Wallis. Para as variáveis dicotómicas e no sentido de saber da existência de relações entre as variáveis e o tipo de hospital, utilizou-se o teste do Qui-Quadrado.

2.2.1 Tipo de Hospital versus Gestão de Materiais no Hospital

A gestão de materiais no hospital, como se referiu, constitui um sistema organizado que coordena todas as actividades de gestão e controle de todos os produtos, serviços e equipamentos desde a aquisição até à eliminação (Moreira, 1989; GSEAS, 1998). Diferentes tipos de hospitais, têm diferentes estruturas, diferentes meios e recursos humanos, lidam com diferentes tipos de materiais, têm diferentes dimensões, etc.. É pois de admitir que a Gestão de Materiais se exerça de forma diferenciada em hospitais de diferentes tipos. Importará pois, determinar em que medida a relação implícita na afirmação anterior se verifica ou não e existindo diferenças quais as práticas características de cada tipo de hospital. Neste sentido foi formulada a hipótese H_{11}:

Hipótese H_{11} - Não existe relação entre as práticas de Gestão de Materiais e o Tipo de Hospital;

De seguida apresentam-se os resultados da análise estatística das varáveis pertinentes para a H_{11}. Para medir o grau de profundidade das práticas de gestão de materiais relativa às

variáveis não dicotómicas, apenas, cinco verificavam os pressupostos subjacentes à utilização da ANOVA: "produtos onde se verificam consumos regulares" ("material de consumo clínico", "material de consumo hoteleiro", "material de consumo administrativo", "material de manutenção e conservação" e "outro material de consumo") e "classificação do efeito de ruptura de stocks". Os resultados indicam que o comportamento das variáveis não está relacionado com os diferentes tipos de hospital. A um nível de significância de 5% ou de 10% não foi possível rejeitar a hipótese de igualdade das médias para diferentes tipo de hospital, tal como se pode visualizar no Quadro nº III.1 em anexo.

Os resultados do teste de Kruskal-Wallis, indicam que, de acordo com os dados disponíveis, não se pode afirmar que o comportamento da variável "forma de cálculo do stock de segurança" esteja relacionado com o tipo de hospital Quadro nº III.1 em anexo.

Os resultados do teste do Qui-Quadrado, aplicado às variáveis dicotómicas são os apresentados no Quadro nº III.1 em anexo. Como se pode verificar, apenas uma variável é significante, e apenas a um nível de significância de 10%, "forma de calculo da QEE". Assim, pode afirmar-se, com base nos dados disponíveis que esta variável está relacionada com o tipo de hospital (Quadro 5.1):

Quadro 5.1 - Variáveis significantes para a hipótese H_{11}

	Qui-Quadrado	**Sig.**
Forma de Cálculo da QEE	4,714	0,095 *

* Significante a um nível de significância de 10%

Resumidamente, pode afirmar-se, com base na análise efectuada, que apenas uma variável pode ser considerada com comportamento relacionado com o tipo de hospital: "forma de cálculo da QEE". Analisando as respostas recebidas pode estudar-se a forma como esta variável se distribui pelos diferentes tipos de hospital.

Em termos gerais, os Hospitais Distritais não utilizam a QEE. De facto, dos 14 hospitais apenas um afirmou utilizar este "método", ressalvando no entanto, estranhamente, afirma

não tirar benefício da sua utilização. Em contraste, metade dos Hospitais Centrais não utiliza, mas a outra metade ou já a utiliza e identifica alguns benefícios na sua utilização ou está numa fase muito inicial a sua implementação. Por outro lado, os Centros Hospitalares dividem-se em duas posições metade sabe o que é, mas não vê benefícios na sua utilização e a outra metade afirmou ter havido dificuldades na sua implementação, devido a problemas de armazenagem (Quadro 5.2). Assim, pode afirmar-se que são os Hospitais Distritais que não utilizam a QEE, enquanto que metade dos Hospitais Centrais o faz.

Quadro 5.2 – Quantidade Económica de Encomenda / Tipo de Hospital

	Distrital	Central	Centro Hospitalar	Total
Sei o que é mas não acho necessário utilizar	13	3	1	17
Utilizo e beneficio disso		1		1
Utilizo mas não beneficio	1			1
Começou-se a utilizar muito recentemente		1		1
Houve dificuldades - capacidade do armazém			1	1
Estão a tentar introduzir		1		1
Total	14	6	2	22

2.2.2 Tipo de Hospital versus Fornecedores do Hospital

Os vários contactos que o sector do aprovisionamento mantém com os seus fornecedores podem proporcionar: a melhoria do relacionamento que se estabelece com eles, suprimentos de mais qualidade e mais compatíveis com as especificações, e até uma melhor coordenação de entregas (Monks, 1987). O resultado destas melhorias poderá originar um menor número de devoluções e baixos níveis de stocks.

Uma vez que diferentes tipos de hospitais, como já foi referido, possuem diferentes estruturas, têm disponíveis diferentes recursos, e têm diferentes necessidades de materiais, é de esperar que possam ter diferentes comportamentos e diferentes relacionamentos com os seus fornecedores. Assim, é importante averiguar em que medida essa situação ocorre ou seja se existem diferenças no relacionamento com os fornecedores para diferentes tipos de hospital. Neste sentido foi formulada a hipótese H_{12}:

Hipótese H_{12} - Não existe relação entre o tipo de relacionamento estabelecido com os fornecedores e o Tipo de Hospital;

Os resultados da ANOVA, para a variável que cumpre com os pressupostos desta análise, podem ser observados no Quadro nº III.2 em anexo e dizem respeito às variáveis: "número médio de fornecedores por item", "fornecimento atempado de materiais" ("ter um único fornecedor", "comprar grandes quantidades de cada vez" e "contactos directos urgentes"), "data prevista de entrega" ("entrega antecipada de 2 a 4 semanas", "entrega antecipada 1 semana", "entrega atrasada 1 semana", "entrega atrasada de 2 a 4 semanas", "entrega atrasada de 1 a 3 meses" e "entrega atrasada + 3 meses"), "justificação dos atrasos" ("problemas de transporte", "mudanças na data prevista de entrega" e "pagamentos em atraso") e "que penalizações". Desta análise, conclui-se que nenhuma das variáveis estudadas, está relacionada com o tipo de hospital. De facto, a um nível de significância de 5% ou de 10%, não é possível rejeitar a hipótese igualdade das médias para diferentes tipos de hospital.

Os resultados do teste de Kruskal-Wallis, aplicados às variáveis: "fornecimento atempado de materiais" ("contratos de longo prazo com os fornecedores" e "ter vários fornecedores"), "data prevista de entrega" ("entrega antecipada + 1 mês" e "na data prevista"), "justificação dos atrasos" ("capacidade de produção", "problemas nas suas matérias-primas", "problemas de qualidade", "mudança de pedido" e "outra"), indicam que, com base nos dados disponíveis, a um nível de significância de 10%, apenas uma variável apresenta um comportamento relacionado com o tipo de hospital: "método de fornecimento atempado de materiais tendo vários fornecedores" (Quadro nº III.2 em anexo).

Os resultados do teste do Qui-Quadrado, aplicado às variáveis dicotómicas são os apresentados no Quadro nº III.2 em anexo. Da análise dos dados disponíveis, a um nível de significância de 5%, não é possível concluir da existência de relação entre qualquer das variáveis dicotómicas e tipo de hospital. No entanto, se se utilizar um nível de significância de 10% em lugar de 5%, já se constata que as variáveis: "fornecedores por armazém", "utilização de notas de encomenda permanentes", "utilização de compras directas" e "sim – as penalizações são eficazes" são significantes.

No Quadro 5.1 apresentam-se, resumidamente, os resultados da análise estatística das varáveis significantes, relativamente à hipótese H_{12},:

Quadro 5.1 - Variáveis significantes para a hipótese H_{12}

Fornecedores	Qui-Quadrado	Sig.
Fornecedores por armazém	13,794	0,087 *
Utilização de notas de encomenda permanentes	4,714	0,095 *
Utilização de compras directas	5,867	0,053 *
Fornecimento atempado de materiais - Ter vários fornecedores	5,587	0,061 *
As penalizações são eficazes	5,286	0,071*

* Significante a um nível de significância de 10%

Dos resultados da análise estatística atrás apresentada, é razoável afirmar-se que algumas das variáveis utilizadas para definir as relações com os fornecedores ("fornecedores por armazém", "utilização de notas de encomenda permanentes", "utilização de compras directas", "fornecimento atempado de materiais - ter vários fornecedores", "as penalizações são eficazes") estão relacionadas com o tipo de hospital. Se se analisar mais em pormenor o comportamento destas variáveis por tipo de hospital, obtêm-se os resultados dos quadros Quadro 5.2 a 5.65.

No que diz respeito aos fornecedores por armazém, os Hospitais Distritais têm um número muito diverso de fornecedores (Quadro 5.2). Verifica-se assim, que a maioria dos Hospitais Distritais se posicionam num intervalo mediano em termos de número de fornecedores por armazém (100 a 150 fornecedores). Metade dos Hospitais Centrais tem um baixo número de fornecedores (10 a 50) e os Centros Hospitalares dividem-se entre dois intervalos intermédios (50 a 100 e 100 a 150 fornecedores). Assim, pode afirmar-se que são os Hospitais Distritais os que têm mais fornecedores por armazém e os Centros Hospitalares os que têm menos. Esta situação pode encontrar justificação, no facto de a maioria dos Hospitais Distritais não se encontrarem nos grandes centros, ou seja longe de alguma concentração de fornecedores e das principais vias de acesso.

Quadro 5.2 – Fornecedores por armazém / Tipo de Hospital

Fornecedores por armazém	Distrital	Central	Centro Hospitalar	Total
10-50	3	3		6
50-100			1	1
100-150	9	2	1	12
200-300	1	1		2
Mais de 300	1			1
Total	14	6	2	22

No que diz respeito a compras directas (Quadro 5.3), constata-se que a totalidade dos Hospitais Distritais utilizam "compras directas" com os seus fornecedores, cinco dos 6 Hospitais Centrais também o fazem, mas só metade dos Centros Hospitalares é que as utilizam. As notas de encomendas permanentes são utilizadas por 13 dos 14 Hospitais Distritais, e pela totalidade dos Hospitais Centrais, utilizam-nas mas apenas metade dos Centros Hospitalares o fazem.

Quadro 5.3 – Compras directas e notas de encomenda permanentes / Tipo de Hospital

	Distrital	Central	Centro Hospitalar	Total
Compras directas - sim	14	5	1	20
- não	-	1	1	2
Utilização de notas de encomenda permanentes – sim	13	6	1	20
- não	1	-	1	2

O meio utilizado para garantir o fornecimento atempado dos materiais, que se revelou, estatisticamente significante, foi o "ter vários fornecedores", e as respostas obtidas encontram-se distribuídas, pelos diferentes tipos de hospital, como se pode visualizar no Quadro 5.4. A totalidade dos Hospitais Distritais e dos Centros Hospitalares recorre "com frequência" a este tipo de meio para assegurar os materiais, enquanto que, apenas, 4 dos 6 Hospitais Centrais o fazem, os outros dois "raramente" ou "nunca" o fazem.

Quadro 5.4 – Fornecimento atempado de materiais / Tipo de Hospital

Ter vários fornecedores	Distrital	Central	Centro Hospitalar	Total
Nunca		1		1
Raramente		1		1
Algumas vezes				-
Com frequência	14	4	2	20
Sempre				-
Total	14	6	2	22

Constata-se que existe algum consenso nos Hospitais Distritais, quanto a esta questão, assim como os Centros Hospitalares. De facto, têm múltiplos fornecedores para garantirem o fornecimento dos materiais. Por outro lado, os Hospitais Centrais não demonstraram uma posição unânime, apesar de a maioria também referir que possui muitos fornecedores como forma de garantir atempadamente o fornecimento dos materiais.

De entre as possíveis penalizações a fornecedores, aquele que a maioria dos Hospitais Distritais utiliza para com os seus fornecedores, é a "exclusão em consultas futuras" (Quadro 5.5). De entre os Centros Hospitalares apenas metade a utiliza, mas outra metade utiliza o "pagamento de custos acrescidos". Os Hospitais Centrais dividem-se entre os três tipos de penalizações "multas", "exclusão em consultas futuras" e "pagamento dos custos acrescidos".

Quadro 5.5 – Tipos de penalizações / Tipo de Hospital

Tipos de penalizações	Distrital	Central	Centro Hospitalar	Total
Exclusão em Consultas Futuras	13	2	1	16
Multas	1	2		3
Pagamento dos custos acrescidos		2	1	3
Total	14	6	2	22

Assim, é possível afirmar que os Hospitais Distritais penalizam os fornecedores excluindo-os de consultas futuras, quando não cumprem os compromissos. Os Hospitais Centrais utilizam, de forma idêntica, todos os tipos de penalizações (exclusão em consultas futuras, multas e pagamento dos custos acrescidos), enquanto que os Centros

Hospitalares utilizam duas: exclusão em consultas futuras e pagamento dos custos acrescidos.

2.2.3 Tipo de Hospital versus Práticas de Compras no Hospital

Uma vez que os mercados são cada vez mais competitivos, deve procurar-se ser flexível, inovador e se possível ter uma grande capacidade de adaptação à realidade, em constante mutação. Aparentemente poder-se-á dizer que uma grande organização poderá obter mais sinergias entre as actividades de compras, ter maiores possibilidades de recrutar pessoal mais especializado e por essas razões ter melhor desempenho nas actividades relacionadas com as compras. É isso que se vai tentar determinar ao questionar se as práticas em compras serão diferenciadas para diferentes tipos de hospital Assim, formulou-se a hipótese H_{13}:

Hipótese H_{13} - Não existe relação entre as práticas de compras e o Tipo de Hospital;

Como se pode concluir pela observação dos resultados desta análise, no Quadro nº III.3 em anexo, verifica-se que nenhuma das variáveis, relacionadas com as compras, é estatisticamente significante (a um nível de significância de 5% ou de 10%). De facto, nenhuma das médias destas variáveis é estatisticamente diferente para diferentes tipos de hospital.

Da análise dos resultados do teste de Kruskal-Wallis aplicado às variáveis: "documentos" ("ficha artigo", "consulta de fornecedores", "nota de encomenda", "guia de entrada", "devolução de material aos armazéns pelos serviços utilizadores", "rectificação de existências", "ficha fornecedor", "mapa comparativo das propostas recebidas", "ficheiro de existência", "guia de saída" e "devolução de material aos fornecedores"), "tipo de contrato" ("concurso limitado por prévia qualificação", "por negociação com publicação prévia de anúncio", "por negociação sem publicação prévia de anúncio" e "ajuste directo"), "tempos médios" ("concurso público", "concurso limitado sem apresentação de candidaturas", "consulta prévia" e "ajuste directo"), "políticas de compra" ("encomenda com base no plano de actividades" e "encomenda com base nas listas de faltas de materiais"), "decidir em comprar" ("dificuldades em efectuar cada encomenda", "quantidades necessárias para as solicitações dos serviços utilizadores", "custos de

armazenagem", "condições requeridas pelos materiais" e "experiência passada") e "elaboração de nota de encomenda" ("in-loco quando o fornecedor visita o serviço", "in-loco quando alguém do serviço visita o fornecedor", "computador - programa ligado ao fornecedor", "entrega da nota de encomenda quando alguém do serviço visita o fornecedor", "e-mail" e telegrama"), não se verifica que o comportamento de qualquer destas variáveis seja função do tipo de hospital (para um nível de significância de 5%).

Mas, se o nível de significância utilizado for de 10%, encontram-se quatro variáveis: "Políticas de compra - Encomenda com base nas listas de faltas de materiais", "Decidir em comprar - Dificuldades em efectuar cada encomenda", "Decidir em comprar - Quantidades necessárias para as solicitações dos serviços utilizadores" e "Decidir em comprar - Condições requeridas pelos materiais" (Quadro nº III.3 em anexo), cujo comportamento está relacionado com o tipo de hospital. Resumidamente, apresentam-se as variáveis significantes identificadas para a hipótese H_{13} (Quadro 5.1):

Quadro 5.1 - Variáveis significantes para a hipótese H_{13}

Compras	Qui-Quadrado	Sig.
Políticas de compra - Encomenda com base nas listas de faltas de materiais	5,059	0,080 *
Decidir em comprar		
Dificuldades em efectuar cada encomenda	5,155	0,076 *
Quantidades necessárias para as solicitações dos serviços utilizadores	5,000	0,082 *
Condições requeridas pelos materiais	5,689	0,058 *

* Significante a um nível de significância de 10%

As variáveis que, estatisticamente, verificaram diferenças significativas são em número reduzido, assim, pode afirmar-se que apenas alguns, poucos, aspectos das práticas de compras estão relacionados com o tipo de hospital. Aspectos que dizem respeito às políticas de compras e à decisão de compra.

Uma das variáveis significativas, como já foi referido, foi a "encomenda com base nas listas de faltas de materiais", como forma de política de compras. A frequência da sua utilização pelos vários tipos de hospital pode ser visualizada no Quadro 5.2. Em termos gerais a frequência de utilização que predomina nesta política é de "algumas vezes",

correspondendo a 19 hospitais. Esta é a resposta dada pela totalidade dos Hospitais Centrais, pela maioria dos Hospitais Distritais (12 dos 14) e por um dos dois Centros Hospitalares respondentes. Os outros dois Hospitais Distritais utilizam esta política ou "com frequência" ou "sempre", enquanto que o outro Centro Hospitalar a utiliza "raramente".

Quadro 5.2 – Políticas de compras / Tipo de Hospital

Encomenda com base nas listas de faltas de materiais	Distrital	Central	Centro Hospitalar	Total
Nunca (1)				-
Raramente (2)			1	1
Algumas Vezes (3)	12	6	1	19
Com frequência (4)	1			1
Sempre (5)	1			1
Total	14	6	2	22

Verifica-se que os hospitais que mais utilizam a lista de faltas de materiais como base para a sua política de compras são os Hospitais Distritais. Os Hospitais Distritais utilizam com alguma frequência esse factor como política de compras e os Centros Hospitalares utilizam-no poucas vezes.

Os factores em que se baseia a decisão de comprar, "dificuldades em efectuar cada encomenda", "quantidades necessárias para as solicitações dos serviços utilizadores" e "condições requeridas pelos materiais", são utilizados pelos diferentes tipos de hospital com frequências distintas (Quadro 5.3). Dos Hospitais Distritais, 11 deles, "raramente" decidem comprar com base nas "dificuldades em efectuar cada encomenda", os Hospitais Centrais dividem-se entre "raramente" e "nunca" e os Centros Hospitalares entre "raramente" e "algumas vezes".

A decisão de se comprar, baseada nas "quantidades necessárias para as solicitações dos serviços utilizadores", é utilizada "com frequência" por 18 dos 22 hospitais respondentes. Estão neste grupo a maioria dos Hospitais Distritais (12 dos 14), dois terços dos Hospitais Centrais e a totalidade dos Centros Hospitalares. Os restantes Hospitais Distritais baseiam a decisão de comprar menos vezes ("algumas vezes") em contraste os restantes Hospitais

Centrais baseiam "sempre" a decisão de compras nas "quantidades necessárias para as solicitações dos serviços utilizadores".

Quadro 5.3– Decisão de comprar / Tipo de Hospital

	Nunca (1)	Raramente (2)	Algumas Vezes (3)	Com frequência (4)	Sempre (5)	Total
Dificuldades em efectuar cada encomenda						
Distrital	2	11	3			14
Central	3	3				6
Centro Hospitalar		1	1			2
Quantidades necessárias para as solicitações dos serviços utilizadores						
Distrital			2	12		14
Central				4	2	6
Centro Hospitalar				2		2
Condições requeridas pelos materiais						
Distrital			4	10		14
Central				4	2	6
Centro Hospitalar				2		2

Situação semelhante ocorre quando se fala da decisão de comprar baseada nas "condições requeridas pelos materiais", visto que, a maioria dos Hospitais Distritais (10 em 14) e centrais (4 em 6) e a totalidade dos Centros Hospitalares a utiliza "com frequência". Os restantes 4 Hospitais Distritais utilizam-na menos vezes ("algumas vezes") e os restantes 2 Hospitais Centrais utilizam-na "sempre".

No que diz respeito aos factores em que a decisão de comprara é baseada, pode afirmar-se que os mais utilizados são as "quantidades necessárias para as solicitações dos serviços utilizadores" pelos Hospitais Centrais e as "condições requeridas pelos materiais" pelos Centros Hospitalares. Enquanto que o outro factor "dificuldades em efectuar cada encomenda" é o menos utilizado. Os Centros Hospitalares, são os que, apesar de tudo, mais vezes compram baseando a sua decisão de comparar neste factor. Os Hospitais Centrais são os que menos vezes utilizam este factor.

Comparando os dados do Quadro 5.2 – Políticas de compras / Tipo de Hospital com os do Quadro 5.3– Decisão de comprar / Tipo de Hospital, pode afirmar-se que existe alguma contradição. Isto é, por um lado os Hospitais (em especial os Centros Hospitalares)

afirmam utilizar apenas algumas vezes as listas de necessidades, fornecidas pelos serviços utilizadores, como política de compras e, por outro lado, quando questionados directamente, sobre quais os factores nos quais se baseia a decisão de comprar, afirmam que essa situação ocorre muitas vezes.

2.2.4 Tipo de Hospital versus Compras Centralizadas do Hospital

Do ponto de vista teórico, e de uma forma simples, uma compra efectuada de forma centralizada consiste nas compras que um conjunto de hospitais, com interesses comuns na redução de custos e melhoria da qualidade, realizam de uma forma mais eficiente em conjunto, que quando as efectuam, de forma individual (Concheiro Santos et al., s/d; Mcalliester, s/d). Mas, a realidade que os hospitais portugueses vivem poderá, de alguma forma, não levar à obtenção desses objectivos. É neste contexto que se irá tentar dar resposta à questão de saber se as práticas de compras centralizadas serão diferentes quando se consideram hospitais de tipo diferente, formulando a hipótese H_{14}:

Hipótese H_{14} - Não existe relação entre as práticas de compras centralizadas e o Tipo de Hospital;

A fim de testar esta hipótese foi analisado um conjunto de variáveis através da ANOVA, como se pode visualizar no Quadro nº III.4 em anexo. Dos resultados da ANOVA, verifica-se que nenhuma das variáveis relacionadas com as compras centralizadas, é estatisticamente diferente para diferentes tipos de hospital (nível de significância de 5% ou de 10%).

As variáveis analisadas pelo teste não-paramétrico de Kruskal-Wallis, e cujos resultados são os apresentados no Quadro nº III.4 em anexo, foram as seguintes: "artigos centralizados" ("produtos farmacêuticos", "material de consumo clínico", "produtos alimentares" e "outro material de consumo"), "centralizações promovidas por outras entidades. – quais", "artigos centralizados por outra entidade" ("produtos farmacêuticos", "produtos alimentares", "material de consumo administrativo", "material de manutenção e conservação" e "outro material de consumo"), "% de compras centralizadas em 2000", "dentro dos parâmetros aceites pelo hospital, a qualidade é", "as reclamações foram", "a resposta dada às solicitações/reclamações considera-a", "o cumprimento dos contratos

pode considerar-se", "central de compras" ("lista de necessidades", "elaboração do concurso", "elaboração dos contratos", "adjudicação", "armazenamento", "facturação" e "pagamento"), "Hospital Central de compras" ("elaboração do concurso" e "pagamento"), "central de compras do estado" ("elaboração do concurso", "elaboração dos contratos", "adjudicação" e "pagamento") e "hospital adere a c. c., qual a probabilidade de se cumprirem os prazos de pagamento". Os resultados do teste de Kruskal-Wallis, indicam que se verifica a existência de uma variável "tipo de reclamações das compras centralizadas", cujo comportamento é função do tipo de hospital (para um nível de significância de 5%). Mas, se o nível de significância for alargado para 10%, para além daquela variável acresce: "Artigos Centralizados por Outras Entidades - Produtos Farmacêuticos".

Os resultados do teste do Qui-Quadrado são os apresentados no Quadro nº III.4 em anexo e como se pode verificar, as variáveis dicotómicas analisadas, cujo comportamento está relacionado com o tipo de hospital (nível de significância de 5%) são duas: "existência de vantagens das compras centralizadas" e "concorda com as actuais formas de compras centralizadas".

Apresentam-se de seguida, em síntese no Quadro 5.1, as variáveis significantes que medem as compras centralizadas e que estão relacionadas com o tipo de hospital:

Quadro 5.1 - Variáveis significantes para a hipótese H_{14}

Compras Centralizadas	Qui-Quadrado	Sig.
Artigos Centralizados por Outras Entidades - Produtos Farmacêuticos	5,010	0,082 *
Existência de Vantagens das Compras Centralizadas	10,425	**0,034** **
Concorda com os actuais formas de compras centralizadas	5,313	0,070 *
As reclamações foram	10,000	**0,007** **

** Significante a um nível de significância de 5%
* Significante a um nível de significância de 10%

Ir-se-ão caracterizar, em pormenor, o comportamento relativamente a estas variáveis, por tipo de hospital (Quadro 5.2). Os artigos adquiridos de forma centralizadas a outras entidades foram os produtos farmacêuticos, e com a seguinte frequência: a maioria dos Hospitais Distritais adquire "com frequência", os produtos farmacêuticos de forma

centralizada e apenas um o faz "algumas vezes". A maioria dos Hospitais Centrais realiza, também, "com frequência" a compra deste tipo de produtos, contudo um afirmou que a realiza "sempre". Metade dos Centros Hospitalares adquirem, os produtos farmacêuticos, de forma centralizada dividem-se em "com frequência" e a outra metade "sempre".

Quadro 5.2– Artigos adquiridos centralmente promovidos por Outras Entidades / Tipo de Hospital

Produtos Farmacêuticos	Distrital	Central	Centro Hospitalar	Total
Nunca (1)				-
Raramente (2)				-
Algumas Vezes (3)	1			1
Com frequência (4)	13	5	1	19
Sempre (5)		1	1	2
Total	14	6	2	22

Assim, pode afirmar-se que os Hospitais Centrais utilizam com mais frequência as compras centralizadas, de produtos farmacêuticos, promovidas por outras entidades que os Hospitais Distritais.

Relativamente às "vantagens das compras centralizadas", a distribuição por tipo de hospital resulta no seguinte: a maioria dos Hospitais Distritais (13 dos 14) e centrais (5 dos 6) afirmaram não encontrar vantagens nas compras realizadas de forma centralizada (Quadro 5.3). Os restantes hospitais distrital (1) e central (1) afirmaram que existem vantagens nas compras centralizadas. Os Centros Hospitalares respondentes dividiram-se entre a resposta negativa (não existem vantagens nas compras centralizadas) e afirmando que a compras centralizadas têm vantagens e desvantagens. Assim, pode afirmar-se que, os Hospitais Distritais e os Centrais não vêem vantagens na utilização de compras centralizadas.

Quadro 5.3– Vantagens das Compras Centralizadas / Tipo de Hospital

	Distrital	Central	Centro Hospitalar	Total
Sim	1	1		2
Não	13	5	1	19
Sim/Não			1	1
Total	14	6	2	22

Em termos gerais, não foram efectuadas quaisquer reclamações junto dos fornecedores de produtos adquiridos de forma centralizada, nos Hospitais Centrais e nos Hospitais Distritais "poucas" vezes ocorreu essa situação. Os Centros Hospitalares apresentaram "algumas" ou "poucas" reclamações das compras realizadas de forma centralizada. Os Hospitais Centrais são aqueles que menos reclamações efectuam, de facto, 4 deles afirmaram que não fazem nenhuma e 2 fazem poucas. Em termos gerais pode afirmar-se que os hospitais efectuam poucas reclamações.

Quadro 5.4– Reclamações / Tipo de Hospital

Existência de reclamações	Distrital	Central	Centro Hospitalar	Total
Muitas (1)				-
Bastantes (2)				-
Algumas (3)	3		1	4
Poucas (4)	11	2	1	14
Nenhumas (5)		4		4
Total	14	6	2	22

Dos hospitais respondentes, 20 concorda com as actuais formas de compras centralizadas, sendo 13 distritais, a totalidade (6) centrais e 1 Centro Hospitalar (Quadro 5.5). Assim, pode afirmar-se que os Hospitais Centrais concordam plenamente com as compras centralizadas. Os Hospitais Distritais, na sua maioria, também concordam, enquanto que os Centros Hospitalares têm opiniões divergentes.

Quadro 5.5– Compras centralizadas na actualidade / Tipo de Hospital

Concorda	Distrital	Central	Centro Hospitalar	Total
Sim	13	6	1	20
Não	1		1	2
Total	14	6	2	22

2.2.5 Conclusão

Resumidamente pode afirmar-se que existe um conjunto de variáveis, que mede as práticas de aprovisionamento, cujo comportamento está relacionado com o tipo de hospital, como se pode visualizar no Quadro 5.1:

Quadro 5.1 – Resumo das Variáveis significantes para as hipóteses H_{11}, H_{12}, H_{13} e H_{14}

		Qui-Quadrado	Sig.
H_{11}	Forma de Calculo da QEE	19,782	**0,031** **
H_{12}	Fornecedores por armazém	13,794	0,087 *
	Utilização de notas de encomenda permanentes	4,714	0,095 *
	Utilização de compras directas	5,867	0,053 *
	Fornecimento atempado de materiais - Ter vários fornecedores	5,587	0,061 *
	As penalizações são eficazes	5,286	0,071*
H_{13}	Políticas de compra - Encomenda com base nas listas de faltas de materiais	5,059	0,080 *
	Decidir em comprar		
	Dificuldades em efectuar cada encomenda	5,155	0,076 *
	Quantidades necessárias para as solicitações dos serviços utilizadores	5,000	0,082 *
	Condições requeridas pelos materiais	5,689	0,058 *
H_{14}	Artigos Centralizados por Outras Entidades - Produtos Farmacêuticos	5,010	0,082 *
	Existência de Vantagens das Compras Centralizadas	10,425	**0,034** **
	Concorda com os actuais formas de compras centralizadas	5,313	0,070 *
	As reclamações foram	10,000	**0,007** **

** Significante a um nível de significância de 5%
* Significante a um nível de significância de 10%

Em face de toda a análise efectuada anteriormente pode afirmar-se que existe um conjunto de características que distinguem os Hospitais Distritais, dos Centrais e dos Centros Hospitalares, em termos de práticas de aprovisionamento.

2.3 REGIÃO E AS PRÁTICAS DE APROVISIONAMENTO

Apesar de Portugal não ser um país com um território muito extenso, existem sete regiões Administrativas de Saúde (Norte, Centro, Lisboa e Vale do Tejo, Alentejo, Algarve, Açores e Madeira) com características muito distintas desde a própria geografia, acessibilidades, infra-estruturas, população, número de unidades de saúdes, profissionais de saúde, especialidades existentes, etc. Também têm sido identificadas diferenças ao nível dos custos totais hospitalares (Mantas, 1984) e no financiamento, nas diferentes regiões (Mantas, 1984; Rice et al., 1999; Tamayo, 1999; López-Casasnovas, 2001; Castells et al., 1999; Cantarero Prieto, 2001) e desigualdades regionais no SNS ao nível dos recursos humanos, número de camas hospitalares, tecnologias utilizadas, indicadores de produção e custo dos medicamentos (Rodrigues, 1999).

Tendo em linha de conta estas diferenças, cabe agora averiguar se as práticas de aprovisionamento aqui estudadas, estão de alguma forma relacionadas com a região de localização dos hospitais. Assim, e de acordo com toda a metodologia já apresentada, ir-se-à analisar um conjunto diversificado de variáveis, que se considera identificador das práticas de aprovisionamento dos hospitais.

Uma vez que as variáveis utilizadas são muito diferentes, isto leva a que sejam sujeitas a tratamentos estatísticos também diferenciados. Isto é, as variáveis não dicotómicas serão analisadas utilizando a análise ANOVA, não esquecendo a verificação dos seus pressupostos nomeadamente, a normalidade da distribuição dos resíduos e a homogeneidade da variância, para tal utilizaram-se os testes de Kolmogorov-Smirnov com correcção de Lilliefors e o Teste de Levene. Quando estes pressupostos não se verificarem, utiliza-se, como também já foi descrito, o teste não paramétrico de Kruskal-Wallis. As variáveis dicotómicas serão analisadas utilizando o teste do Qui-Quadrado.

Neste contexto ir-se-á estudar a existência ou não de relação entre as práticas de aprovisionamento e a região em que os hospitais se localizam.

2.3.1. Região do Hospital versus Gestão de Materiais no Hospital

Entendendo a Gestão de Materiais como devendo ser uma actividade dinâmica, como afirmou Manso (1980), com objectivos perfeitamente definidos e com métodos e técnicas

próprias. Não deve, pois, tornar-se um processo passivo e altamente burocratizado, como muitas vezes acontece, nem tão pouco confundir-se ou mesmo identificar-se com a simples armazenagem. São práticas que exigem recursos tanto materiais como humanos, e as regiões administrativas de saúde estão dotadas de diferentes estruturas, meios materiais e recursos humanos, sem esquecer que têm diferentes dimensões. Tendo em atenção todos estes factores, tenta-se verificar se as práticas relacionadas com a gestão de materiais estão de alguma forma dependentes da região em que o hospital se localiza, isso levou à formulação da seguinte hipótese:

Hipótese H_{21} - Não existe relação entre as práticas de Gestão de Materiais e a Região de localização do Hospital;

Seguindo a metodologia já descrita, verifica-se que nenhuma das variáveis obedece aos pressupostos subjacentes à aplicação da ANOVA. Assim, as variáveis não dicotómicas foram analisadas utilizando o teste não-paramétrico de Kruskal-Wallis: "produtos onde se verificam consumos regulares" ("produtos farmacêuticos", "material de consumo clínico", "produtos alimentares", "material de consumo hoteleiro", "material de consumo administrativo" e "material de manutenção e conservação"), "como são calculados os stocks de segurança" e "classificação do efeito de ruptura de stocks", cujos resultados são os apresentados no Quadro nº III.5 em anexo. No entanto, nenhuma variável se mostrou estatisticamente significante, para um nível de significância de 5% ou de 10%.

Pela aplicação do teste do Qui-Quadrado às variáveis dicotómicas ("têm conseguido reduzir o valor de capital investido em stocks", "qual é o critério de arrumação dos artigos em armazém", "utilização de sistema de inventário permanente", "verificam que os consumos são regulares", "forma de calculo da QEE", "hospital trabalha com stocks de segurança", "utiliza a análise ABC" e "é dado conhecimento, aos serviços utilizadores, da respectiva análise ABC"), verifica-se que não se observa existência de relação significativa entre qualquer destas variáveis e a região de localização dos hospitais. No entanto se se utilizar um nível de significância de 10% em lugar de 5% já se conclui pela significância de duas variáveis: o "critério de arrumação dos artigos em armazém" e a "verificam que os consumos são regulares".

Assim, resumidamente, pode visualizar-se no Quadro 5.1, as variáveis estatisticamente significantes, que traduzem a existência de relações entre a gestão de materiais e a região de localização do hospital:

Quadro 5.1 – Variáveis significantes para a hipótese H_{21}

Gestão de Materiais	QUI-QUADRADO	Sig.
Qual é o critério de arrumação dos artigos em armazém	10,476	0,063 *
Verificam que os consumos são regulares	10,476	0,063 *

* Significante a um nível de significância de 10%

Os dados disponíveis permitem concluir que existe relação entre alguns, poucos, aspectos respeitantes às práticas de Gestão de Materiais e a região de localização dos hospitais.

Estes dados suportam, parcialmente, a conclusão de Young (1992) que diz que a região em que o hospital se localiza determina o comportamento dos hospitais na área da Gestão de Materiais.

Relativamente ao critério de arrumação utilizado pelos hospitais de todas as regiões, o que predomina é a arrumação por família de produtos, apenas 1 hospital da ARS – Alentejo utiliza outro critério: o movimento do artigo. Foi esse mesmo hospital, o único, que afirmou não verificar os consumos regular dos seus produtos.

2.3.2. Região do Hospital versus Fornecedores do Hospital

Em qualquer tipo de relação, é necessário confiança nos intervenientes, e o relacionamento entre os hospitais e os seus fornecedores não é diferente. Mais que um preço competitivo, os hospitais devem pedir aos seus fornecedores requisitos no serviço para manter o hospital com baixos custos (Henning, 1980 e Rowland et al., 1988) e atingir um conjunto de objectivos, já descritos anteriormente. Tendo em conta as diferenças de acessibilidade, entre regiões, formulou-se a hipótese seguinte para tentar averiguar se existe qualquer relação entre o cumprimento dos requisitos por parte dos fornecedores e a região onde o hospital se localiza.

Hipótese H_{22} - Não existe relação entre o tipo de relacionamento estabelecido com os fornecedores e a Região de localização do Hospital;

As variáveis foram analisadas utilizando a ANOVA, uma vez que verificavam os pressupostos subjacentes à sua aplicação. Os resultados desta análise podem ser observados no Quadro nº III.6 em anexo. Tal como o quadro indica, não existem diferenças estatisticamente significantes nas médias de cada uma das variáveis, para diferentes regiões de localização dos hospitais.

O teste não-paramétrico de Kruskal-Wallis aplicou-se, às seguintes variáveis: "número médio de fornecedores por item", "fornecimento atempado de materiais" ("contratos de longo prazo com os fornecedores", "ter um único fornecedor", "ter vários fornecedores", "comprar grandes quantidades de cada vez" e "contactos directos urgentes"), "data prevista de entrega" ("entrega antecipada + 1 mês" e "na data prevista") e "justificação dos atrasos" ("capacidade de produção", "problemas nas suas matérias-primas", "problemas de qualidade" e "mudança de pedido"), resultados são os apresentados no Quadro nº III.6 em anexo. No entanto, não se observam diferenças significativas em nenhuma das variáveis, quer a um nível de significância de 5% quer de 10%.

Pela aplicação do teste do Qui-Quadrado às variáveis dicotómicas ("fornecedores por armazém", "utilização de notas de encomenda permanentes", "utilização de compras directas", "existência de contratos de fornecimento em exclusivo" e "sim - penalizações são eficazes"), verifica-se que não existe relação entre a localização dos hospitais para qualquer uma das variáveis consideradas.

Após a realização de todos estes tratamentos estatísticos aplicados a cada uma das variáveis, os dados não nos permitem rejeitar a hipótese H_{22}. Não se pode concluir que existe relação entre a localização do hospital e o tipo de relacionamento com fornecedores. A região de localização não é um factor condicionante no relacionamento com fornecedores.

2.3.3. Região do Hospital versus Práticas de Compras no Hospital

A compra, considerada como função dos hospitais, não é muito identificada, se bem que o acto em si, não seja estranho à maioria dos seus intervenientes. No mercado competitivo e para um bom desempenho, ao nível da compra, esta terá de ser pró-activa e reactiva. As capacidades humanas e físicas de cada hospital poderão contribuir para esse bom desempenho. Mas como em outras actividades, também para os hospitais podem existir diferenças regionais, que poderão, de alguma forma, originar dificuldades em atingir um grau de desempenho elevado em termos de compras. Tendo presente estas preocupações, formulou-se a hipótese seguinte:

Hipótese H_{23} - Não existe relação entre as práticas de compras e a Região de localização do Hospital;

Os resultados da análise das variáveis, não dicotómicas que verificavam os pressupostos subjacentes à aplicação da ANOVA, estão representados no Quadro nº III.7 em anexo**.** Os dados indicam que o comportamento das variáveis definidoras das práticas de compras, não estão dependentes da região de localização do hospital, ou seja, não existem diferenças estatisticamente significantes para diferentes regiões de localização do hospital.

Às variáveis analisadas pelo teste não-paramétrico de Kruskal-Wallis, foram as seguintes: "nível médio de existências", "periodicidade, em semanas, de encomendas de um artigo", "documentos" ("ficha artigo", "consulta de fornecedores", "nota de encomenda", "guia de entrada", "devolução de material aos armazéns pelos serviços utilizadores", "rectificação de existências", "ficha fornecedor", "mapa comparativo das propostas recebidas", "ficheiro de existência", "guia de saída", "devolução de material aos fornecedores" e "outros"), "tipo de contrato" ("concurso público", "concurso limitado por prévia qualificação", "concurso limitado sem apresentação de candidaturas", "por negociação com publicação prévia de anúncio", "por negociação sem publicação prévia de anúncio", "consulta prévia" e "ajuste directo"), "tempos médios" ("concurso público", "concurso limitado sem apresentação de candidaturas", "consulta prévia" e " ajuste directo"), "políticas de compra" ("encomenda em intervalos periódicos", "encomenda com base no nível de existências", "encomenda com base no plano de actividades", "encomenda com

base nas listas de faltas de materiais", "encomenda por solicitações dos serviços utilizadores" e "encomendas com base em experiência anterior"), "decidir em comprar" ("custo de efectivação da encomenda", "dificuldades em efectuar cada encomenda", "descontos de quantidade", "quantidades necessárias para as solicitações dos serviços utilizadores", "custos de armazenagem", "condições requeridas pelos materiais" e "experiência passada") e "elaboração de nota de encomenda" ("in-loco quando o fornecedor visita o serviço", "iin-loco quando alguém do serviço visita o fornecedor", "computador - programa ligado ao fornecedor", "entrega da nota de encomenda quando alguém do serviço visita o fornecedor", "e-mail", "telegrama" e "outra forma (qual ?)").

Com base nos resultados deste teste (Quadro nº III.7 em anexo), apenas se observam diferenças para a variável "periodicidade das encomendas". No entanto, se se utilizar um nível de significância de 10% em lugar de 5% já se concluiria pela significância de mais três variáveis "documento utilizado - mapa comparativo das propostas recebidas"; "Tempos médios - Concurso público" e "concurso limitado sem apresentação de candidatura".

Resumidamente, pode visualizar-se no Quadro 5.1, as variáveis cujo comportamento, para um nível de significância de 5% e 10%, está relacionada com a região em que se localiza o hospital.

Quadro 5.1– Variáveis significantes para a hipótese H_{23}

Compras	Qui-Quadrado	Sig.
Periodicidade, em semanas, de encomendas de um artigo	12,461	**0,029** **
Documentos		
Mapa comparativo das propostas recebidas	10,000	0,075 *
Tempos Médios		
Concurso público	10,448	0,063 *
Concurso limitado sem apresentação de candidaturas	9,375	0,095 *

** Significante a um nível de significância de 5%
* Significante a um nível de significância de 10%

Procura-se agora efectuar uma breve análise do comportamento destas variáveis em função da região de localização do hospital. A primeira variável analisada é a periodicidade com que as encomendas são realizadas. Assim, a maioria dos hospitais da

região norte (5 em 8), efectuam as suas encomendas com uma periodicidade igual ou inferior a um mês. A totalidade dos hospitais das regiões Centro, Açores e Madeira têm uma periodicidade das encomendas entre 5 a 8 semanas. A maioria dos hospitais da região de Lisboa e Vale do Tejo efectuam as suas encomendas entre as 5 e 8 semanas e os dois hospitais da região do Alentejo dividem entre uma periodicidade de encomendas de 5 a 8 semanas e de mais de 8 semanas (Quadro 5.2)

Quadro 5.2 – Periodicidade das encomendas / Região de localização

Periodicidade	Norte	Centro	LVT	Alentejo	Açores	Madeira	Total
Até 4 semanas	5		1				6
5 a 8 semanas	3	2	4	1	2	1	13
Mais de 8 semanas			2	1			3
Total	8	2	7	2	2	1	22

Relativamente ao documento utilizado nas compras - mapa comparativo das propostas recebidas - apenas um hospital da ARS - Alentejo respondeu de forma negativa à sua utilização, todos os outros, de todas as regiões, afirmaram utilizar este documento.

A duração do tipo de contrato - concurso público - na totalidade dos hospitais das regiões dos Açores e da Madeira, e maioritariamente das regiões do Norte e de LVT está compreendida entre 11 a 20 semanas. As outras regiões (Centro e Alentejo) dividem-se entre o intervalo de 11 a 20 semanas e mais de 20 semanas (Quadro 5.3).

No que diz respeito ao contrato por concurso limitado sem apresentação de candidaturas, a situação é semelhante, isto é, a totalidade dos hospitais dos Açores e Madeira, a maioria dos hospitais da região Norte e de LVT têm a mesma duração média, deste tipo de contrato, entre 5 a 8 semanas. Todos os hospitais das regiões do Centro e do Alentejo têm uma duração de mais de 8 semanas para este tipo de contrato.

Quadro 5.3– Duração dos contratos / Região de localização

Tempos médios	Norte	Centro	LVT	Alentejo	Açores	Madeira	Total
Concurso público							
Até 10 semanas	2						2
11 a 20 semanas	6	1	6	1	2	1	17
Mais de 20 semanas		1	1	1			3
Total	8	2	7	2	2	1	22
Concurso limitado sem apresentação de candidaturas							
Até 4 semanas	2						2
5 a 8 semanas	6		6		2	1	15
Mais de 8 semanas		2	1	2			5
Total	8	2	7	2	2	1	22

Da análise da informação constante do Quadro 5.3, pode-se concluir que a região que regista menor duração destes contratos é a Região Norte, em contraste com a Região Centro e Alentejo, em que os contratos são mais longos.

2.3.4. Região do Hospital versus Compras Centralizadas do Hospital

As compras efectuadas de forma centralizada pressupõem a existência de um agrupamento voluntário ou não de estabelecimentos, tendo como núcleo central um serviço que se encarrega de uma ou de todas as fases da compra de produtos de uso comum (Cunha, 1991), com o objectivo último de obterem melhor qualidade e preço dos materiais. Esta forma de "agrupamento" pode encontrar diferentes formas de centralização, mais e menos pronunciadas e mais ou menos localizadas. Uma vez que os hospitais se localizam em diferentes regiões, estas podem determinar conduzir à existência de maiores dificuldades de iniciativas conjuntas ou de colaborar nas implementadas por terceiros. Face ao exposto é legítimo tentar determinar se as práticas de compras centralizadas, existentes nos hospitais estudados, estão relacionadas com a região em que cada hospital se localiza. É neste contexto que se formula a hipótese H_{24}:

Hipótese H_{24} - Não existe relação entre as práticas de compras centralizadas e a Região de localização do Hospital;

Os pressupostos subjacentes à aplicação da ANOVA foram verificados nas varáveis não dicotómicas e os resultados dessa análise podem-se observar no Quadro nº III.8 em

anexo. Verifica-se que nenhuma das variáveis consideradas têm diferenças estatisticamente significantes para diferentes localizações do hospital.

O teste não-paramétrico de Kruskal-Wallis foi utilizado para a análise das seguintes variáveis: "artigos centralizados" ("produtos farmacêuticos", "material de consumo clínico", "produtos alimentares" e "outro material de consumo"), "centralizações promovidas por outras entidades. – quais", "artigos centralizados por outra entidade" ("material de consumo clínico", "produtos alimentares", "material de consumo administrativo", "material de manutenção e conservação" e "outro material de consumo"), "% de compras centralizadas em 2000", "dentro dos parâmetros aceites pelo hospital, a qualidade é", "as reclamações foram", "a resposta dada às solicitações/reclamações considera-a", "o cumprimento dos contratos pode considerar-se", "central de compras" ("lista de necessidades", "elaboração do concurso", "elaboração dos contratos", "adjudicação", "armazenamento", "facturação" e "pagamento"), "Hospital Central de compras - elaboração do concurso", "central de compras do estado" ("elaboração dos contratos", "adjudicação" e "pagamento") e "hospital adere a c. c., qual a probabilidade de se cumprirem os prazos de pagamento". Os respectivos resultados são os apresentados em anexo no Quadro nº III.8, do qual se pode concluir que não se observam quaisquer diferenças significativas em qualquer das variáveis consideradas para diferentes localizações dos hospitais.

Pela aplicação do teste do Qui-Quadrado às variáveis dicotómicas, verifica-se que não existe relação significativa entre a localização do hospital e qualquer uma das variáveis consideradas.

Assim, atendendo à realização de todos estes tratamentos estatísticos aplicados a cada uma das variáveis, os resultados não nos permitem rejeitar a hipótese H_{24}, isto é, existência de relação entre as práticas de compras centralizadas e a região de localização do hospital. A localização do hospital não é definitivamente, um factor condicionante em termos de práticas de compras centralizadas.

2.3.5. Conclusão

Em jeito de resumo, pode afirmar-se que existem algumas variáveis, relacionadas com as práticas de aprovisionamento, que estão estatisticamente relacionados com a Região Administrativa de localização do Hospital, como se pode observar nos dados apresentados no Quadro 5.1:

Quadro 5.1 – Resumo das Variáveis significantes para as hipóteses H_{21}, H_{22}, H_{23} e H_{24}

		Qui-Quadrado	Sig.
H_{21}	Qual é o critério de arrumação dos artigos em armazém	10,476	0,063 *
	Verificam que os consumos são regulares	10,476	0,063 *
H_{23}	Periodicidade, em semanas, de encomendas de um artigo	12,461	**0,029** **
	Documentos		
	Mapa comparativo das propostas recebidas	10,000	0,075 *
	Tempos Médios		
	Concurso público	10,448	0,063 *
	Concurso limitado sem apresentação de candidaturas	9,375	0,095 *

** Significante a um nível de significância de 5%
* Significante a um nível de significância de 10%

De facto, as variáveis que distinguem cada uma das regiões de localização dos hospitais respondentes, em termos das práticas de aprovisionamento, são as seguintes: dentro das variáveis consideradas para identificar as práticas da gestão de materiais em termos do critério de arrumação dos artigos em armazém e da constatação da regularidade dos consumos dos produtos. Em termos de compras, encontraram-se variáveis como a periodicidade das encomendas, a utilização do mapa comparativo das propostas recebidas e a duração dos concursos - concurso público e concurso limitado sem apresentação de candidaturas.

Em face de toda a análise efectuada anteriormente, pode afirmar-se que existe um conjunto de características que distingue a região de localização dos hospitais, em termos de práticas de aprovisionamento nos hospitais

2.4. TIPOLOGIA DE CONTRATO E AS PRÁTICAS DE APROVISIONAMENTO

Actualmente, e como já foi descrito anteriormente, em termos de legislação, os tipos de contrato regem-se pelo estipulado pelo Decreto Lei nº 197/99, de 8 de Junho, que estabelece o regime de realização de despesas públicas com locação, prestação de serviços e aquisição de bens como o da contratação pública relativa à prestação de serviços. Segundo este Decreto são definidos sete formas de aquisição, no sector público em Portugal: (1) concurso público, (2) concurso limitado por prévia qualificação, (3) concurso limitado sem apresentação de candidaturas, (4) concurso por negociação com publicação prévia de anúncio, (5) concurso por negociação sem publicação prévia de anúncio, (6) consulta prévia e (7) ajuste directo. A cada um destes tipos de contrato está associado um conjunto de procedimentos bastante diferenciados, mais ou menos complexos, e que permite que, neste caso os hospitais possam dotar-se dos materiais necessários ao seu funcionamento adequado.

Considerando, as diferenças que estão associadas a cada um deste tipos de contrato, importa saber até que ponto as práticas de aprovisionamento estão relacionadas com a frequência de utilização de cada um destes tipos de contrato, como forma de aquisição, de materiais para o hospital.

Para efectuar esta análise foi utilizada um conjunto de variáveis ("concurso público", "concurso limitado por prévia qualificação", "concurso limitado sem apresentação de candidaturas", "por negociação com publicação prévia de anúncio", "por negociação sem publicação prévia de anúncio", "consulta prévia" e "ajuste directo"), cuja análise se tornou difícil. Isto ocorreu, uma vez que não existe uma resposta única. Com o objectivo de analisar as sete variáveis que representam a frequência de utilização dos diversos tipos de contrato, como forma de aquisição de bens e serviços, no Hospital, efectuou-se a Análise Clusters. Desta análise surgirão "clusters" compostos por Hospitais, com comportamentos semelhantes no que, à frequência de utilização dos diferentes tipos de contratos, diz respeito.

2.4.1. Tipificação dos hospitais Respondentes - Análise Cluster

A Análise Cluster que permite agrupar um conjunto de entidades similares (Harrigan, 1985; Ketchen e Shook, 1996; Hair et al., 1998, Pestana et al., 2000), foi utilizada a fim de averiguar a existência ou não de "clusters" de hospitais com comportamentos idênticos em termos de frequência de utilização dos diferentes tipo de contrato, como forma de aquisição de bens e serviços, no Hospital.

O método que foi utilizado para formar os "clusters" foi o método hierárquico (Guimarães et al., 1997; Pestana et al., 2000). No Quadro de Aglomeração (Quadro nº III.9 em anexo) pode visualisar-se como os casos ou "clusters" foram combinados em cada etapa. Assim, verificou-se que os primeiros casos a serem agrupados são o 18 e o 21 e assim, sucessivamente.

O dendograma representando a aglomeração, sendo utilizado para a escolha do número adequado de "clusters" (Pestana et al., 2000). As linhas verticais perto do zero indicam os casos que foram associados em primeiro lugar (Figura 4.2). O dendograma lê-se da esquerda para a direita, desenhando uma linha vertical entre as distâncias 5 e 7 obtêm-se 4 "clusters"

O número de hospitais por "clusters" apresenta-se no Quadro 5.1. Uma vez que o cluster 4 é constituído por uma única entidade é necessário averiguar até que ponto se trata ou não de um "*outlier*" ou seja uma observação aberrante (Pestana et al., 2000). Sempre que existam *outliers*, estes devem ser expressamente referidos e analisados aquando da interpretação dos, resultados, pois tendem a influenciar a média (aumentando-a ou diminuindo-a) e o desvio-padrão (aumentando-o).

Para se conhecer o efeito dos *outliers* numa distribuição, comparam-se as estatísticas resultantes da análise com e sem essas observações aberrantes. Caso os resultados sejam semelhantes significa que os *outliers* afectam pouco a distribuição (Pestana et al., 2000) e por isso deverá ser retirado da análise.

* * * * 1* * H I E R A R C H I C A L C L U S T E R A N A L Y S I S * * * * * *

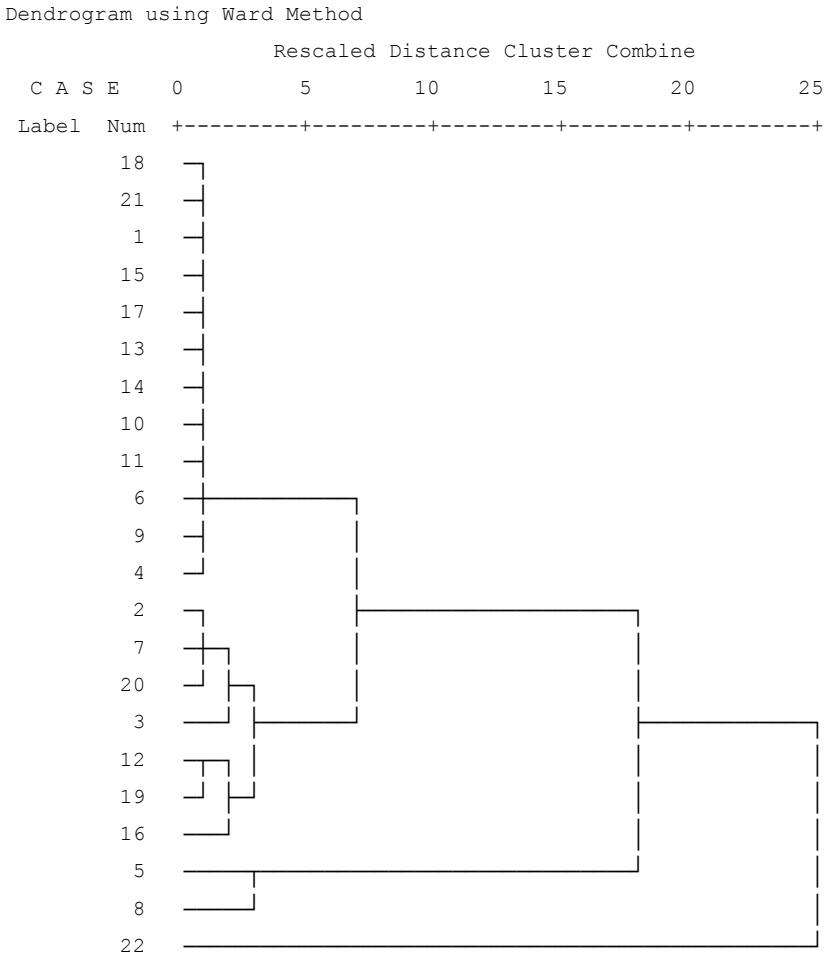


Figura 5.1 - Dendograma

Quadro 5.1 - Número de Hospitais por Cluster

Cluster	Nº Hospitais
1	12
2	7
3	2
4	1
Total	22

Assim, procedeu-se novamente à análise Cluster sem a observação 22, o que não implicou qualquer alteração, a não ser, como era de esperar, que o Cluster 4 deixa de surgir. Assim, e uma vez que comparando a análise Clusters com e sem a observação 22, os resultados não são afectados, ou seja o "*outlier*" não afecta os resultados, pode-se prosseguir o nosso estudo, com 3 "clusters".

2.4.1.1. Identificação dos "clusters"

Visto existirem diferenças nas frequências de utilização dos diferentes tipos de contrato utilizados pelos hospitais respondentes, assim, é pertinente descrever as características de cada Cluster.

Cluster 1

O Cluster 1 é constituído por 12 hospitais, ou seja, 54,6% do total dos hospitais respondentes. Este Cluster é, dos três, o que reúne maior número de hospitais. Caracteriza-se por hospitais em que os tipos de contrato utilizados, "com frequência", são o "concurso limitado sem apresentação de candidaturas" e o "ajuste directo" e o que "nunca" utilizam é o "contrato por negociação s/ publicação prévia de anúncio" (Quadro 5.1). Por essa razão, e se se considerar o posicionamento que cada tipo de contrato envolve face à burocracia, os hospitais incluídos neste Cluster poderão ser designados como utilizadores de contratos "Medianamente burocratizados".

Quadro 5.1 – Frequência de Utilização dos Tipos de Contrato / Cluster 1

Tipo de Contrato	Frequência de Utilização "Resposta unânime"
Concurso limitado sem apresentação de candidaturas	Com frequência
Ajuste Directo	Com frequência
Concurso público	Algumas Vezes
Consulta prévia	Algumas Vezes
Concurso limitado por prévia qualificação	Raramente
Por negociação c/ publicação prévia de anúncio	Raramente
Por negociação s/ publicação prévia de anúncio	Nunca

Estes 12 hospitais respondentes foram unânimes nas suas respostas ao questionário, à excepção de uma questão relativa às justificações apresentadas pelos fornecedores para os atrasos registados nas entregas dos produtos.

Cluster 2

O Cluster 2 é constituído por 7 hospitais, o que representa 31,8% do total dos hospitais respondentes. Nestes hospitais os tipos de contrato utilizados, "com frequência", são o "concurso público", o "concurso limitado sem apresentação de candidaturas", a "consulta prévia" e o "ajuste directo" e os que "nunca" são utilizados são o "concurso limitado por

prévia qualificação" e "contrato por negociação c/ e s/ publicação prévia de anúncio" (Quadro 5.2). Visto que a maioria dos contratos utilizados "com frequência" tem menos procedimentos que os outros, o posicionamento destes hospitais, face à burocracia associada aos contratos de aquisição, poderá ser designado por "Anti-burocracia":

Quadro 5.2– Frequência de Utilização dos Tipos de Contrato / Cluster 2

Tipo de Contrato	Frequência de Utilização "Resposta unânime"
Concurso público	Com frequência
Concurso limitado sem apresentação de candidaturas	Com frequência
Consulta prévia	Com frequência
Ajuste Directo	Com frequência
Concurso limitado por prévia qualificação	Nunca
Por negociação c/ publicação prévia de anúncio	Nunca
Por negociação s/ publicação prévia de anúncio	Nunca

Este cluster distingue-se dos outros por não existir, na grande maioria das questões, unanimidade nas respostas, atingindo em alguns casos posições antagónicas.

Cluster 3

O Cluster 3 é constituído por apenas 2 hospitais, representando 9,1% do total dos hospitais respondentes. Nestes hospitais, aqueles que pertencem a este cluster não manifestam preferência por qualquer um dos tipos de contrato (Quadro 5.3). Se se procurar traduzir esta situação em termos de posicionamento face à burocracia que está associada às compras, no sector público, poderão ser caracterizados como "Indiferentes".

Quadro 5.3– Frequência de Utilização dos Tipos de Contrato / Cluster 3

Tipo de Contrato	Frequência de Utilização	
	Hospital A	Hospital B
Concurso público	Com frequência	Sempre
Concurso limitado sem apresentação de candidaturas	Com frequência	Sempre
Consulta prévia	Com frequência	Sempre
Ajuste Directo	Com frequência	Sempre
Concurso limitado por prévia qualificação	Com frequência	Algumas Vezes
Por negociação c/ publicação prévia de anúncio	Com frequência	Algumas Vezes
Por negociação s/ publicação prévia de anúncio	Com frequência	Algumas Vezes

Os 2 hospitais que fazem parte deste cluster, não deram a mesma resposta, na maioria das questões. Distinguem-se dos hospitais do cluster 1 pois, quando os dois hospitais que o constituem, respondem da mesma forma, esta não é idêntica à do cluster 1.

2.4.1.2. Caracterização dos "clusters"

Uma vez que os "clusters" já estão identificados, no que respeita à resposta analisada, cabe agora descrevê-los segundo outros aspectos caracterizadores dos hospitais.

Relativamente à distribuição do nº de camas pelos diversos "clusters", pode visualizar-se, no Quadro 5.1, que o primeiro cluster "Medianamente burocratizados" representam 60,1% dos hospitais totais, os "Anti-burocracia" 22,3% e os "Indiferentes" 17,6% do total.

Quadro 5.1– Nº de camas / "clusters"

	Medianamente avessos à burocracia	Anti-burocracia	Indiferentes
Nº de Camas	5.456	2.021	1.601
%	60,10%	22,30%	17,60%

Na Figura 5.1, pode-se observar como os diversos "clusters" se distribuem pelas diversas regiões administrativas existentes em Portugal. Assim, pode visualizar-se que os hospitais pertencentes ao cluster 1 - "Medianamente burocratizados", estão dispersos por todas as regiões, enquanto que o cluster 2 - "Anti-burocracia", estão localizados em três regiões administrativas acima do rio Tejo e o cluster 3 - "Indiferentes" tem metade dos hospitais na região do Norte e a outra metade na região de Alentejo.

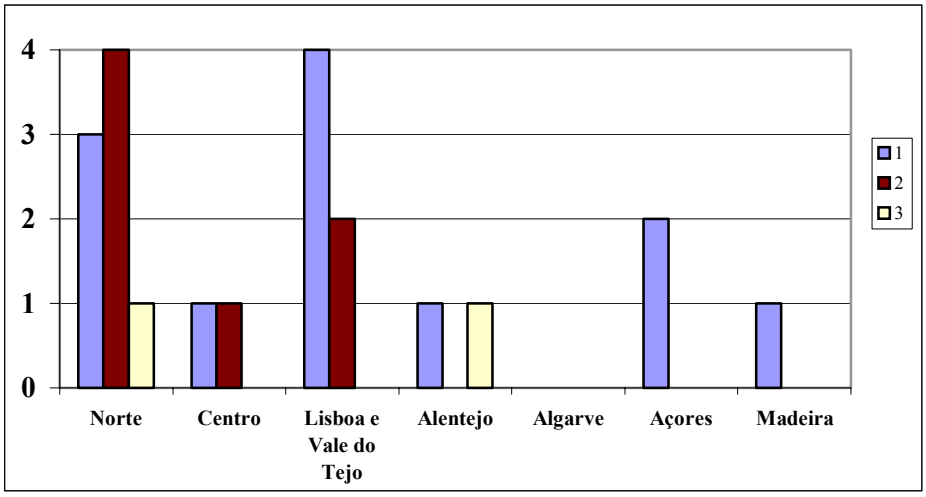


Figura 5.1 - Caracterização dos "clusters" por região

A distribuição dos diversos hospitais pelos três cluster, em termos do tipo de hospital, pode ser observada na Figura 5.2. Os hospitais pertencentes ao cluster 1 - "Medianamente burocratizados", são maioritariamente (75%) distritais, seguidos pelos centrais (16,7%) e por fim dos Centros Hospitalares que representam apenas 8,3%. O cluster 2 - "Anti-burocracia", é constituído por 57,1% de Hospitais Distritais, por 28,6% de centrais e por 14,3% Centros Hospitalares. O cluster 3 - "Indiferentes" tem um Hospital Distrital e um central.

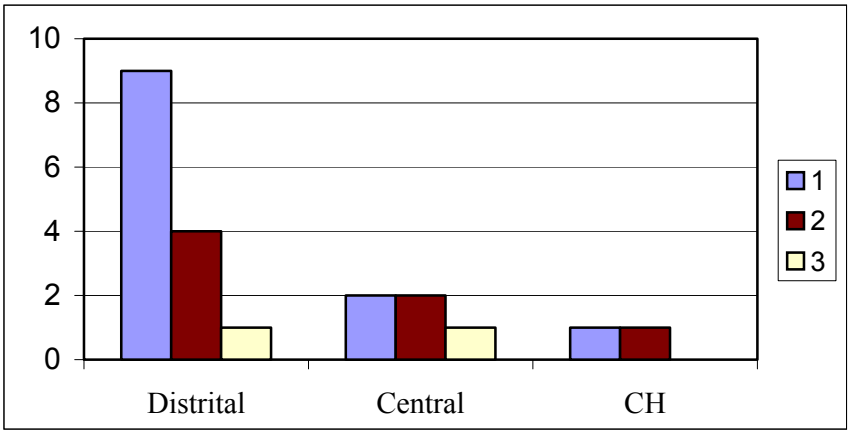


Figura 5.2 - Caracterização dos "clusters" por tipo de hospital

Numa outra perspectiva poder-se-à analisar a distribuição dos hospitais de cada tipo pelos diferentes "clusters" Figura 5.2. Assim pode visualizar-se que dos Hospitais Distritais, 64,3% pertencem ao cluster 1, 28,6% ao cluster 2 e apenas 7,1% ao cluster 3. Quanto aos Hospitais Centrais, 40% deles pertencem ao cluster 1 e a mesma percentagem ao cluster

2, ao cluster 3 aparecem apenas 20% e os dois Centros Hospitalares respondentes, um pertence ao cluster 1 e o outro ao cluster 2.

2.4.1.3. Análise discriminante

Após a Analise Cluster e a caracterização de cada um dos clusters identificado, procede-se à análise discriminante que permite validar a análise de "clusters" efectuada. Para o efeito são criadas funções discriminantes, provenientes de combinações lineares das variáveis iniciais, que maximizam as diferenças entre as médias dos "clusters" e minimizam a probabilidade de classificações incorrectas dos casos nos "clusters".

Uma vez que se obtiveram 3 "clusters" de hospitais, com a análise discriminante ir-se-ão obter duas funções que classificarão as observações. Para realizar a análise discriminante, verificou-se a normalidade dos resíduos das variáveis através do teste de Kolmogorov-Smirnov com correcção de Lilliefors para verificar se a distribuição dos resíduos se aproximava da distribuição normal. Visto que se verificou a normalidade destas variáveis, procede-se à análise discriminante.

Para o efeito, recorreu-se à estatística F que é utilizada para descrever os "clusters" mais parecidos e testar a igualdade das médias (baricentro da função) dos "clusters". Pode ser vista como uma medida de distância entre cada par de cluster.

O Quadro 5.1 mostra (step 7) que o par de "clusters" 1 e 2 tem o maior F (537,023) indicando que estes dois "clusters" são os que mais diferem. Os seus baricentros são significativamente diferentes (nível de significância de 5%). O par de "clusters" 1 e 3 são os mais próximos (F = 224,816), sendo contudo os seus baricentros significativamente diferentes (nível de significância de 5%).

Quadro 5.1 - Pairwise Group Comparisons

Step	Cluster - Ward		1	2	3
1	1	F		159,158	138,857
		Sig.		,000	,000
	2	F	159,158		14,000
		Sig.	,000		,001
	3	F	138,857	14,000	
		Sig.	,000	,001	
2	1	F		76,053	218,571
		Sig.		,000	,000
	2	F	76,053		132,537
		Sig.	,000		,000
	3	F	218,571	132,537	
		Sig.	,000	,000	
3	1	F		86,232	161,829
		Sig.		,000	,000
	2	F	86,232		153,956
		Sig.	,000		,000
	3	F	161,829	153,956	
		Sig.	,000	,000	
4	1	F		69,474	227,143
		Sig.		,000	,000
	2	F	69,474		250,000
		Sig.	,000		,000
	3	F	227,143	250,000	
		Sig.	,000	,000	
5	1	F		107,579	169,600
		Sig.		,000	,000
	2	F	107,579		206,267
		Sig.	,000		,000
	3	F	169,600	206,267	
		Sig.	,000	,000	
6	1	F		659,579	133,714
		Sig.		,000	,000
	2	F	659,579		407,333
		Sig.	,000		,000
	3	F	133,714	407,333	
		Sig.	,000	,000	
7	1	F		537,023	224,816
		Sig.		,000	,000
	2	F	537,023		483,619
		Sig.	,000		,000
	3	F	224,816	483,619	
		Sig.	,000	,000	

a 1, 18 degrees of freedom for step 1.
b 2, 17 degrees of freedom for step 2.
c 3, 16 degrees of freedom for step 3.
d 4, 15 degrees of freedom for step 4.
e 5, 14 degrees of freedom for step 5.
g 7, 12 degrees of freedom for step 7.

A Figura 5.1 apresenta o mapa territorial e a Figura 5.2 a distribuição das observações pelas funções discriminantes, onde estão representadas linhas de separação ou fronteiras entre os "clusters". As fronteiras com números, marcam as regiões em que cada cluster é classificado. Por exemplo, todos os casos que situam à direita do 3 são classificados no terceiro cluster. A leitura do mapa territorial mostra a existência de fronteiras bem

delimitadas para os 3 “clusters”. O asterisco representa os baricentros de cada cluster. Os quais estão bem afastados uns dos outros, o que indica a existência de diferenças significativas entre os “clusters”, já comprovadas pelos testes F do Quadro 5.1. Esta estrutura mostra uma boa adequação da análise discriminante aos dados.

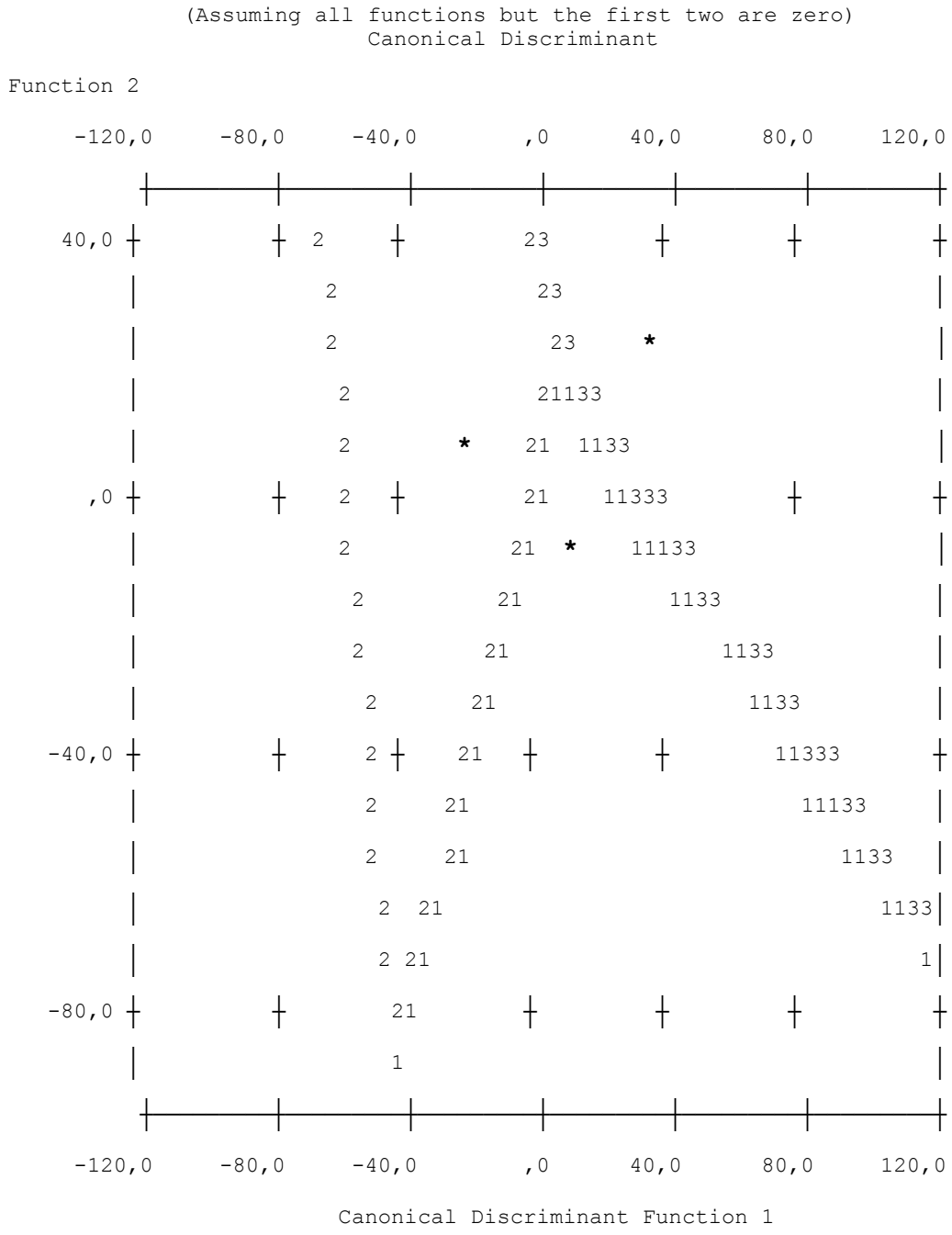


Figura 5.1 - Mapa Territorial

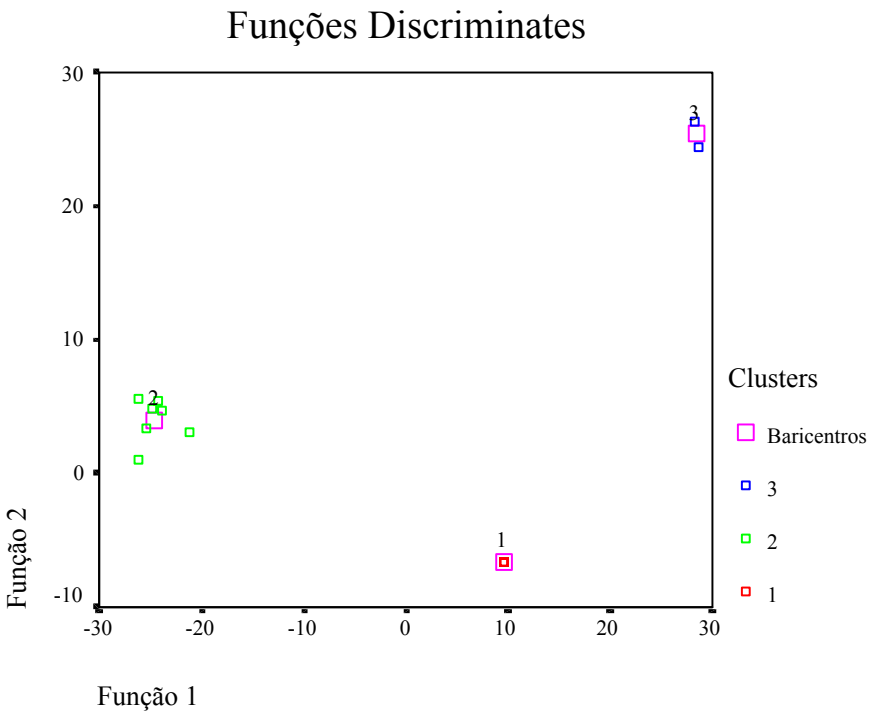


Figura 5.2- Distribuição das observações em função das funções discriminantes

Por fim, o Quadro 5.2 indica o sucesso da classificação de casos. A totalidade dos casos (100%) está classificada correctamente. Para se interpretar esta percentagem, devem-se comparar as classificações correctas com os resultados de uma classificação obtida ao acaso, que se apresenta no Quadro 5.3.

Quadro 5.2 - Classificação de Resultados

			Predicted Group Membership			Total
		Cluster - Ward	1	2	3	
Original	Count	1	12	0	0	12
		2	0	7	0	7
		3	0	0	2	2
	%	1	100,0	,0	,0	100,0
		2	,0	100,0	,0	100,0
		3	,0	,0	100,0	100,0

a Cross validation is done only for those cases in the analysis. In cross validation, each case is classified by the functions derived from all cases other than that case.
b 100,0% of original grouped cases correctly classified.

Quadro 5.3 - Classificações correctas feitas ao acaso

Cluster	N	Prior	Classificações correctas

1	12	**0,333**	3,996
2	7	**0,333**	2,331
3	2	**0,333**	0,660
Total	21	1,000	6,993

Calcula-se em cada cluster a probabilidade a priori e a percentagem de casos classificados correctamente pelo acaso, obtidas pelo produto das probabilidades a priori com o número de elementos de cada cluster. A soma destas classificações (6,993) divide-se pelo total de elementos (21), obtendo-se a percentagem de classificações correctas de 33,3% dadas pelo acaso.

As classificações correctas (100%) são superiores a 33,3%, o que evidencia a boa classificação de casos e valida os resultados da análise de "clusters". Pode concluir-se que as funções fazem uma boa discriminação dos casos nos "clusters", a escolha da solução destes três "clusters" foi acertada e pode prosseguir-se com a análise com os três "clusters".

Considerando, os diferentes "clusters" de hospitais identificados, isto é, os agrupamentos de hospitais de acordo com o tipo de contrato utilizado, importa saber até que ponto este factor está relacionado com as práticas de aprovisionamento.

À semelhança do que já foram procedimentos anteriores, as práticas de gestão de aprovisionamentos são medidas através de um conjunto vasto e diferenciado de variáveis, a sua análise terá também de ser diferenciada. Para o estudo das variáveis não dicotómicas optou-se pela utilização da ANOVA, desde que se verificassem os pressupostos subjacentes (a normalidade da distribuição dos resíduos e a homogeneidade da variância). Para verificar tais pressupostos utilizaram-se os testes de Kolmogorov-Smirnov com correcção de Lilliefors e o Teste de Levene. Nos casos em que os pressupostos não se verificaram utilizou-se, em substituição da ANOVA, o teste não paramétrico de Kruskal-Wallis. Na análise das variáveis dicotómicas, no sentido de saber da existência de relações entre estas variáveis e a frequência de utilização dos diversos tipos de contrato, utilizou-se o teste do Qui-Quadrado.

A análise, sobre a relação existente entre as práticas de aprovisionamento e a frequência de utilização dos diversos tipos de contrato, que a seguir se apresenta, será subdividida num conjunto de variáveis, uma vez que as práticas de aprovisionamento podem ser medidas utilizando diferentes tipos de variáveis: gestão de materiais, relacionamento com os fornecedores, compras e compras centralizadas.

2.4.2. Tipo de Contrato versus Gestão de Materiais no Hospital

A gestão de material num hospital deverá constituir um sistema organizado que coordena todas as actividades de gestão e controle de todos os produtos, serviços e equipamentos desde a aquisição até à sua eliminação (Moreira, 1989; GSEAS, 1998). Cada um dos materiais existentes no hospital, exige, cada vez mais, a intervenção de pessoal com formação mais específica. Muitas vezes, pode associar-se a cada produto uma forma típica de aquisição. É pois de admitir que a gestão de materiais se exerça de forma diferenciada para cada um dos diferentes tipos de materiais e até para cada uma das formas de aquisição de materiais. Neste sentido foi formulada a hipótese H_{31}:

Hipótese H_{31} - Não existe relação entre as práticas de Gestão de Materiais e o tipo de contrato, como forma de aquisição de bens e serviços, no Hospital;

Visto que, nenhuma das variáveis não dicotómicas, respeitava os pressupostos da análise da ANOVA, aplicou-se o teste não-paramétrico de Kruskal-Wallis a essas variáveis cujos resultados são os apresentados no Quadro nº III.10 em anexo. Dos resultados desta análise, verificou-se que existem duas variáveis cujo comportamento varia consoante o cluster a que pertence "produtos onde se verificam consumos regulares - produtos farmacêuticos" e "como são calculados os Stocks de Segurança", para um nível de significância de 5%. No entanto, se se utilizar um nível de significância de 10% em lugar de 5%, constata-se que a variável "produtos onde se verificam consumos regulares - material de manutenção e conservação" é também significante.

Os resultados do teste do Qui-Quadrado, aplicado às variáveis dicotómicas, são os apresentados no Quadro nº III.10 em anexo. As variáveis significantes, para um nível de significância de 5%, são quatro: "qual é o critério de arrumação dos artigos em armazém", "verificam que os consumos são regulares", "forma de Cálculo da QEE" e "é dado conhecimento, aos serviços utilizadores, da respectiva Análise ABC".

Em resumo, as variáveis, cujo o comportamento está estatisticamente associado ao tipo de contrato são as que se apresentam no Quadro 5.1:

Quadro 5.1 – Variáveis significantes para a hipótese H_{31}

Gestão de Materiais	Qui-Quadrado	Sig.
Qual é o critério de arrumação dos artigos em armazém	10,476	0,015 **
Verificam que os consumos são regulares	10,476	0,015 **
Produtos Farmacêuticos	12,334	0,006 **
Material de Manutenção e Conservação	6,632	0,085 *
Calculo da QEE	39,563	0,001 **
Como são calculados os Stocks de Segurança	12,521	0,006 **
É dado conhecimento, aos serviços utilizadores, da respectiva Análise ABC	10,588	0,014 **

** Significante a um nível de significância de 5%
* Significante a um nível de significância de 10%

Os resultados indicam, portanto, que existem diferenças em termos das práticas de gestão de materiais devido à frequência de utilização dos diferentes tipos de contratos, por parte destes hospitais.

Analisando o comportamento de cada uma destas variáveis, pode referir-se que o critério utilizado por todos os hospitais para arrumar os artigos no armazém é por família de produtos com excepção de um dos "Indiferente" que arruma os produtos segundo o seu movimento. Nove dos "Medianamente burocratizados" utilizam sistema de inventário permanente, assim como, cinco dos "Anti-burocracia" e a totalidade dos "Indiferentes".

Em termos da verificação da regularidade dos consumos dos produtos, a totalidade dos hospitais "Medianamente burocratizados" e "Anti-burocracia" afirmaram que os consumos de produtos têm sido regulares. Os hospitais "Indiferentes" verificam que o consumo dos seus produtos não é regular.

Relativamente à frequência de consumos regulares de "produtos farmacêuticos" a totalidade dos "Medianamente burocratizados" afirmou que se verifica "algumas vezes", enquanto que os hospitais "Anti-burocracia" referem que essa situação se verifica desde "algumas vezes" (referido por 3 hospitais) ou "sempre" (apontado por 2 hospitais). Metade dos "Indiferentes" referiu que os consumos dos produtos farmacêuticos são regulares "algumas vezes" e a outra metade que são "sempre", como se pode visualizar no Quadro 5.2:

Quadro 5.2 – Consumos regulares por armazém / Tipo de contrato

	Nunca (1)	**Poucas Vezes** (2)	**Algumas Vezes** (3)	**Bastantes Vezes** (4)	**Sempre** (5)
Produtos Farmacêuticos					
Medianamente burocratizados			12		
Anti-burocracia			3	2	2
Indiferentes			1		1
Material de Manutenção e Conservação					
Medianamente burocratizados				12	
Anti-burocracia		1	1	3	2
Indiferentes				1	1

A regularidade de consumo do "material de manutenção e conservação" verifica-se "bastantes vezes" nos hospitais do cluster dos "Medianamente burocratizados", ao passo que a posição dos "Anti-burocracia" não é unânime (1 refere que essa situação ocorre "poucas vezes", 1 "algumas vezes", 3 "bastantes vezes" e 2 que ocorre "sempre"). A mesma situação se passa com os hospitais "Indiferentes", em que metade aponta que os consumos do "material de manutenção e conservação" se verifica "bastantes vezes" e a outra metade que é "sempre",

Os dados apresentados permitem afirmar que, mais uma vez, os hospitais "Medianamente burocratizados", registam um comportamento consensual, ou seja verificam consumos regulares nos "Produtos Farmacêuticos" e no "Material de Manutenção e Conservação" Os "Anti-burocracia" dividem-se por várias opções e os "Indiferentes" fornecem respostas não coincidentes.

No que diz respeito à quantidade económica de encomenda (QEE), todos os "Medianamente burocratizados", apesar de saberem o que é, não acham necessário a sua utilização, não apresentando todavia qualquer justificação para tal. O mesmo acontece com quatro dos "Anti-burocracia" e um dos "Indiferentes". Os restantes 3 hospitais "Anti-burocracia", apontam diversas situações: 1 utiliza mas não encontra benefícios na sua utilização, 1 está a tentar introduzir e 1 tem dificuldades em termos de capacidade de armazém. O outro hospital dos "Indiferentes" sabe o que é a QEE, mas não vê nenhuma necessidade na sua utilização (Quadro 5.3).

Quadro 5.3 – Quantidade Económica de Encomenda / Tipo de contrato

	Medianamente burocratizados	**Anti-burocracia**	**Indiferentes**
Sei o que é mas não acho necessário utilizar	12	4	1
Utilizo e beneficio disso			1
Utilizo mas não beneficio		1	
Começou-se a utilizar muito recentemente			
Houve dificuldades - capacidade do armazém		1	
Estão a tentar introduzir		1	
Total	12	7	2

Assim, pode afirmar-se que os hospitais "Medianamente burocratizados", não utilizam a QEE, enquanto que alguns dos "Anti-burocracia" o fazem. Os "Indiferentes" não tiverem uma resposta consensual.

Os stocks de segurança são calculados em função dos consumos mensais por todos os "Medianamente burocratizados", por todos os "Indiferentes" e pela quase totalidade (6) dos "Anti-burocracia". O outro hospital deste cluster efectua o cálculo dos stocks de segurança com base na rotação de stocks.

O resultado da análise ABC é fornecido aos respectivos serviços utilizadores por todos os hospitais "Medianamente burocratizados" e "Indiferentes", mas só 4 dos hospitais "Anti-burocracia" é que o fazem. Mais uma vez, se constata que a análise ABC é do conhecimento geral. Além disso ela é utilizada como ferramenta de apoio à tomada de decisão e, a cada serviço utilizador, é dado a conhecer qual a classificação dos produtos que consome.

2.4.3. Tipo de Contrato versus Fornecedores do Hospital

Uma vez que os diferentes tipos de contrato, como já foi referido, possuem diferentes características e exigem diferentes procedimentos, é de esperar que possam condicionar comportamentos e relacionamentos diferentes com os fornecedores. O relacionamento com os fornecedores é, em qualquer organização, muito importante, o mesmo acontece com os hospitais. Visto que as características dos contratos para efectuar as aquisições no sector público são diferentes, será conveniente averiguar se o relacionamento com os fornecedores é dependente da frequência de utilização dos diferentes tipos de contratos, assim foi formulada a hipótese seguinte (H_{32}):

Hipótese H_{32} - Não existe relação entre o tipo de relacionamento estabelecido com os fornecedores e o tipo de contrato, como forma de aquisição de bens e serviços, no Hospital;

Visto que nenhuma das variáveis não dicotómicas obedecia aos pressupostos da análise da ANOVA, aplicou-se o teste não-paramétrico de Kruskal-Wallis. Assim, os resultados da análise a que aquelas variáveis foram sujeitas apresentam-se no Quadro nº III.11 em anexo.

Com base nos resultados do teste de Kruskal-Wallis, verifica-se que existem seis variáveis cujo comportamento varia consoante o cluster a que pertence, para nível de significância de 5%: "fornecimento atempado de materiais - ter vários fornecedores", "justificação dos atrasos" ("problemas nas matérias-primas", "problemas de qualidade" e "mudança de pedido") e "que penalizações são eficazes". Se em vez de 5%, forem considerados 10% verifica-se que as variáveis: "fornecimento atempado de materiais - contratos de longo prazo com os fornecedores", "data prevista de entrega" ("entrega antecipada + 1 mês" e "entrega atrasada de 2 a 4 semanas") e "justificação dos atrasos - pagamentos em atraso", são também significantes.

Os resultados do teste do Qui-Quadrado aplicado às variáveis dicotómicas são os apresentados no Quadro nº III.11 em anexo. Verifica-se que duas variáveis são estatisticamente significantes: "fornecedores por armazém" e "existência de contratos de fornecimento em exclusivo", para um nível de significância de 5%.

Em resumo, as variáveis, cujo comportamento é estatisticamente diferente consoante o cluster a que pertencem (nível de significância de 5% e de 10%) são as que constam do quadro seguinte (Quadro 5.1):

Quadro 5.1 – Variáveis significantes para a hipótese H_{32}

Fornecedores	Qui-Quadrado	Sig.
Fornecedores por armazém	41,643	**0,000** **
Existência de contratos de fornecimento em exclusivo	12,239	**0,007** **
Fornecimento atempado de materiais		
Contratos de longo prazo com os fornecedores	6,984	0,072 *
Ter vários fornecedores	15,750	**0,001** **
Data prevista de entrega		
Entrega antecipada + 1 mês	6,792	0,079 *
Entrega atrasada de 2 a 4 semanas	6,418	0,093 *
Justificação dos atrasos		
Problemas nas matérias-primas	13,759	**0,003** **
Problemas de qualidade	14,580	**0,002** **
Mudança de pedido	19,000	**0,000** **
Pagamentos em atraso	6,976	0,073 *
As penalizações são eficazes	15,596	**0,001** **
Penalizações existentes	7,953	**0,047** **

** Significante a um nível de significância de 5%
* Significante a um nível de significância de 10%

Após a realização dos diversos testes estatísticos, é possível concluir que existem diferenças em termos do relacionamento estabelecido com os fornecedores devido à frequência de utilização dos diferentes tipos de contratos, por parte destes hospitais. Analisando mais em pormenor o comportamento destas variáveis por cluster, obtêm-se os resultados dos quadros Quadro 5.2 e 5.98.

Os hospitais "Medianamente burocratizados" têm 4 fornecedores por armazém e celebram contratos de fornecimentos em exclusivo com eles. Os hospitais "Anti-burocracia" têm 3 fornecedores por armazém, apenas 4 celebram contratos de fornecimentos em exclusivo com eles. O número de fornecedores por armazém, para os "Indiferentes" é de 1 para um dos hospitais e de 7 para o outro. Não existe qualquer contrato de fornecimento em exclusivo com qualquer fornecedor dos 2 hospitais.

As formas utilizadas para garantir o fornecimento atempado dos produtos - contratos de longo prazo com os fornecedores e ter vários fornecedores - revelam o seguinte comportamento em cada um dos "clusters": os hospitais "Medianamente burocratizados" "raramente" recorrem a "contratos de longo prazo com os fornecedores" como forma de garantir o fornecimento atempado dos materiais; a maioria dos "Anti-burocracia" efectua "algumas vezes" ou "com frequência" e 3 "nunca" os efectuam e o mesmo acontece com a totalidade dos "Indiferentes" (Quadro 5.2).

Quadro 5.2– Técnicas de fornecimento atempado de materiais / Tipo de contrato

	Nunca (1)	**Raramente** (2)	**Algumas Vezes** (3)	**Com frequência** (4)	**Sempre** (5)
Contratos de longo prazo com os fornecedores					
Medianamente burocratizados		12			
Anti-burocracia	3		2	2	
Indiferentes	2				
Ter vários fornecedores					
Medianamente burocratizados				12	
Anti-burocracia				7	
Indiferentes		1		1	

Se se analisar as respostas de "ter vários fornecedores" como forma de garantir o fornecimento atempado dos produtos, pode visualizar-se o seguinte: a totalidade dos hospitais "Medianamente burocratizados" e dos "Anti-burocracia" afirmaram que "com

frequência" recorrem a esta medida. O mesmo acontece com metade dos "Indiferentes". A outra metade deste cluster afirmou que "raramente" o faze.

Assim sendo, pode ser afirmado que, das duas técnicas utilizadas para garantir o fornecimento atempado dos produtos, a que é mais utilizada é o recurso a diversos fornecedores por item. Este procedimento não está de acordo com as novas tendências em termos de número de fornecedores, isto é, a sua progressiva diminuição. A utilização de contratos de longo prazo com os fornecedores, como forma de garantir o fornecimento atempado dos materiais, é feita mais frequentemente pelos hospitais "Anti-burocracia" e menos pelos "Indiferentes".

Relativamente ao cumprimento dos prazos de entregas, por parte dos fornecedores, pode dizer-se, este nem sempre ocorre. Os fornecedores dos hospitais "Medianamente burocratizados" "nunca" entregam as encomendas com mais de um mês de antecedência relativamente à da data de entrega. O mesmo acontece em 4 hospitais dos "Anti-burocracia" "nunca" e em metade dos "Indiferentes". Os restantes hospitais "Anti-burocracia" e aos "Indiferentes" "raramente" têm a entrega das encomendas antecipadamente mais de um mês relativamente à data de entrega (Quadro 5.3):

Quadro 5.3 – Data prevista de entrega / Tipo de contrato

	Nunca (1)	**Raramente** (2)	**Algumas Vezes** (3)	**Com frequência** (4)	**Sempre** (5)
Antecipada + 1 mês					
Medianamente burocratizados	12				
Anti-burocracia	4	3			
Indiferentes	1	1			
Atrasada de 2 a 4 semanas					
Medianamente burocratizados			12		
Anti-burocracia	1	1	2	3	
Indiferentes	1	1			

Verifica-se que os Hospitais "Medianamente burocratizados" respondem unanimemente quanto à não antecipação das encomendas em mais de um mês. Por outro lado, nos restantes hospitais essa situação não ocorre.

No que diz respeito à entrega com atraso entre 2 a 4 semanas, os hospitais "Medianamente burocratizados" só "algumas vezes" se regista esta situação, assim como em 2 dos "Anti-burocracia". Os restantes hospitais deste cluster distribuíram as respostas por "nunca" (um hospital), "raramente" (um hospital) e "com frequência" (três hospitais). Os fornecedores dos hospitais "Indiferentes" "nunca" ou "raramente" entregam as encomendas com um atraso de 2 a 4 semanas.

Assim, pode afirmar-se que os "Medianamente burocratizados" apresentam, mais uma vez, uma resposta consensual, em como as entregas das encomendas chegam com atraso de 2 a 4 semanas. Ao contrário dos outros dois clusters.

As justificações apresentadas para os atrasos ocorridos com os hospitais "Medianamente burocratizados" prendem-se mais com pagamentos em atraso e mudanças do pedido. Os "Anti-burocracia" apresentam justificações relativas à mudança de pedido e os "Indiferentes" destacam os pagamentos em atraso (Quadro 5.4).

Quadro 5.4 - Justificação dos atrasos / Tipo de contrato

	0%	5%	10%	20%	30%	55%
Pagamentos em atraso						
Medianamente burocratizados					12	
Anti-burocracia		1	1		3	2
Indiferentes				1	1	
Mudança de pedido						
Medianamente burocratizados			12			
Anti-burocracia	6	1				
Indiferentes	1	1				
Problemas nas matérias-primas						
Medianamente burocratizados	1	9	2			
Anti-burocracia	6	1				
Indiferentes		2				
Problemas de qualidade						
Medianamente burocratizados	1	9	2			
Anti-burocracia	6	1				
Indiferentes		1	1			

Todos os hospitais do cluster "Medianamente burocratizados" afirmam possuir cláusulas de penalização nos seus cadernos de encargos, apesar de as considerarem ineficazes, e que se traduz, para todos, na exclusão dos fornecedores em consultas futuras. Os hospitais "Anti-burocracia" afirmam possuir cláusulas de penalização nos seus cadernos de

encargos, mas não as considerar eficazes. As penalizações utilizadas são: exclusão em futuras consultas (3), multas (2), e custos acrescidos do incumprimento (2). As penalizações fazem parte dos cadernos de encargos dos 2 hospitais do cluster "Indiferentes", nomeadamente, rescisão de contratos e custos acrescidos e são consideradas eficazes (Quadro 5.5).

Quadro 5.5 – Tipos de Penalizações / Tipo de contrato

	Medianamente burocratizados	**Anti-burocracia**	**Indiferentes**
Cadernos de Encargos incluem penalizações	**12**	**7**	**2**
Penalizações aplicadas			
Exclusão em Consultas Futuras	**12**	**3**	**1**
Multas		**2**	
Pagamento dos custos acrescidos		**2**	**1**

2.4.4. Tipo de Contrato versus Práticas de Compras no Hospital

A hipótese que se formula seguidamente prende-se com a relação que poderá existir entre a frequência de utilização dos diferentes contratos e as práticas de compras. Ir-se-à averiguar se essa relação existe, ou não e com que importância se verifica, assim a hipótese formulada é a seguinte:

Hipótese H_{33} - Não existe relação entre as práticas de compras e o tipo de contrato, como forma de aquisição de bens e serviços, no Hospital;

Para estudar esta hipótese, as variáveis consideradas são todas não dicotómicas. Uma vez que nenhuma variável respeitava os pressupostos subjacentes à aplicação da ANOVA, aplicou-se o teste não-paramétrico de Kruskal-Wallis, cujos resultados são os apresentados no Quadro nº III.12 em anexo. Com base nos resultados do teste de Kruskal-Wallis verifica-se que existem várias variáveis cujo comportamento está relacionado com o tipo de contrato, a um nível de significância de 5%. e de 10%. Essas variáveis constam no Quadro 5.1. É pois possível concluir que existem diferenças em termos das práticas de compras devido à frequência de utilização dos diferentes tipos de contratos, por parte destes hospitais.

Quadro 5.1 – Variáveis significantes para a hipótese H 33

Compras	Qui-Quadrado	Sig.
Documentos		
Ficha artigo	10,000	**0,019** **
Guia de entrada	17,615	**0,001** **
Rectificação de existências	7,105	0,069 *
Mapa comparativo das propostas recebidas	10,000	**0,019** **
Guia de saída	12,514	**0,006** **
Tempos Médios - Ajuste Directo	10,874	**0,012** **
Decidir em comprar		
Custo de efectivação da encomenda	10,480	**0,015** **
Dificuldades em efectuar cada encomenda	8,060	**0,045** **
Descontos de quantidade	6,983	0,072 *
Quantidades necessárias para as solicitações dos serviços utilizadores	7,875	**0,049** **
Distância de transporte	12,494	**0,006** **
Espaço de armazenamento	6,401	0,094 *
Dimensão do equipamento de transporte	9,583	**0,022** **
Condições requeridas pelos materiais	6,689	0,083 *
Elaboração de nota de encomenda.		
In-loco quando o fornecedor visita o serviço	11,100	**0,011** **
Entrega da nota de encomenda quando o fornecedor visita o serviço	9,130	**0,028** **
E-mail	9,905	**0,019** **

** Significante a um nível de significância de 5%
* Significante a um nível de significância de 10%

Uma das variáveis, estatisticamente, significantes é a que se relaciona com os documentos utilizados, na área de compras e que se apresenta no Quadro 5.2.

Quadro 5.2 – Documentos utilizados na área de compras / Tipo de contrato

	Medianamente burocratizados		Anti-burocracia		Indiferentes	
	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não
Ficha artigo	12		3	4	2	
Guia de entrada		12	6	1	2	
Rectificação de existências	12		4	3	2	
Mapa comparativo das propostas recebidas	12		7		2	
Guia de saída		12	5	2	1	1

Pela observação dos dados constantes neste quadro, pode-se concluir que os documentos utilizados pelos hospitais de todos os "clusters" são: "rectificação de existências" e "mapa comparativo das propostas recebidas". Para além deste, os hospitais "Medianamente burocratizados" utilizam a "ficha artigo". Os "Anti-burocracia" utilizam a "guia de entrada" e a "guia de saída". Os hospitais "Indiferentes" utilizam a "ficha artigo" e a "guia de entrada". Assim, verifica-se que são os hospitais "Indiferentes" que utilizam um

conjunto de documentos que lhes permite identificar e controlar os materiais que se pretendem comprar e que se têm em armazém. Em diferente posição, encontram-se os hospitais "Anti-burocracia".

Outra das variáveis, estatisticamente, significantes está relacionada com os tempos médios de duração do tipo de contrato "ajuste directo". Os hospitais "Medianamente burocratizados" e os "Indiferentes" utilizam este tipo de contrato e registam uma demora de 2 semanas. No que diz respeito aos "Anti-burocracia" essa demora é de 1, 2 e 4 semanas, respectivamente para 5, 1 e 1 hospitais. Como se verifica, os hospitais "Anti-burocracia" têm uma duração menor nos contratos efectuados através de ajuste directo.

Os motivos que condicionam a tomada de decisão de comprar, os produtos hospitalares, estatisticamente significantes, são vários. Os "Medianamente burocratizados" utilizam "com frequência": as quantidades necessárias para as solicitações dos serviços utilizadores, o espaço de armazenamento e as condições requeridas pelos materiais. São tidos em conta, "algumas vezes" os descontos de quantidade e a distância de transporte, mas "raramente" são considerados o custo de efectivação da encomenda, a dimensão do equipamento de transporte e as dificuldades em efectuar cada encomenda (Quadro 5.3)

Quadro 5.3– Decisão de comprar – "Medianamente burocratizados"

Factores condicionantes	Nunca (1)	Raramente (2)	Algumas Vezes (3)	Com frequência (4)	Sempre (5)	Média
Quantidades necessárias para as solicitações dos serviços utilizadores				12		4,00
Espaço de armazenamento				12		4,00
Condições requeridas pelos materiais				12		4,00
Descontos de quantidade			12			3,00
Distância de transporte			12			3,00
Custo de efectivação da encomenda		12				2,00
Dimensão do equipamento de transporte		12				2,00
Dificuldades em efectuar cada encomenda		12				2,00

Os hospitais "Anti-burocracia" baseiam a sua decisão de aquisição dos produtos, fundamentalmente, nas quantidades necessárias para as solicitações dos serviços utilizadores, no espaço de armazenamento e nas condições requeridas pelos materiais (Quadro 5.4).

Quadro 5.4 – Decisão de comprar – "Anti-burocracia"

Factores condicionantes	Nunca (1)	Raramente (2)	Algumas Vezes (3	Com frequência (4)	Sempre (5)	Média
Quantidades necessárias para as solicitações dos serviços utilizadores			1	5	1	4,00
Espaço de armazenamento			3	3	1	3,71
Condições requeridas pelos materiais			3	3	1	3,71
Descontos de quantidade	2	1	3	1		2,43
Distância de transporte	2	2	3			2,14
Custo de efectivação da encomenda	5	1		1	1	2,00
Dificuldades em efectuar cada encomenda	4	2	1			1,57
Dimensão do equipamento de transporte	5	1	1			1,43

A decisão de comprar os produtos é condicionada, para os hospitais "Indiferentes", pelas quantidades necessárias para as solicitações dos serviços utilizadores, pelo espaço de armazenamento e pelas condições requeridas pelos materiais (Quadro 5.5).

Quadro 5.5– Decisão de comprar – "Indiferentes"

Factores condicionantes	Nunca (1)	Raramente (2)	Algumas Vezes (3	Com frequência (4)	Sempre (5)	Média
Espaço de armazenamento				2	1	4,33
Quantidades necessárias para as solicitações dos serviços utilizadores			1	1	1	4,00
Condições requeridas pelos materiais			1	1	1	4,00
Custo de efectivação da encomenda		1	1		1	3,33
Distância de transporte			2			3,00
Descontos de quantidade		1	1			2,50
Dificuldades em efectuar cada encomenda		1	1			2,50
Dimensão do equipamento de transporte	1	1				1,50

Analisando os motivos que condicionam a tomada de decisão de comprar os produtos, nos hospitais dos três "clusters", pode afirmar-se que os motivos mais utilizados foram os seguintes: espaço de armazenamento, quantidades necessárias para as solicitações dos serviços utilizadores e condições requeridas pelos materiais. A frequência com que estes motivos eram indicados foi idêntica nos três "clusters". As diferenças estão nos motivos que são utilizados menos vezes. A dimensão do equipamento de transporte, muito raramente, é indicada como condicionante da compra pelos hospitais dos três "clusters". Os hospitais "Medianamente burocratizados" e os "Anti-burocracia" acrescentam, ao

anterior, como motivos menos utilizados como base para comprar, os descontos de quantidade e as dificuldades em efectuar cada encomenda.

Relativamente, aos meios utilizados pelo hospital para comunicar as suas notas de encomenda, os vários "clusters" responderam da seguinte forma: os "Medianamente burocratizados", além de responderam sempre de uma forma consensual afirmaram que "nunca" efectuam a comunicação quando o fornecedor visita o serviço e que "raramente" o fazem por escrito aquando da visita do fornecedor ou por E-mail. Já os "Anti-burocracia" apesar de "nunca" ou "raramente" utilizarem o contacto pessoal do fornecedor para lhe comunicar as suas encomendas, "algumas vezes" fazem-no nesse momento por escrito. Um dos hospitais deste "clusters" afirmou que "com frequência" utiliza o E-mail para comunicar as notas de encomenda aos seus fornecedores. Os hospitais "Indiferentes" responderam de forma diversa ou seja "nunca" utilizam as visitas dos fornecedores para lhes comunicar as encomendas e "raramente" o fazem nesse momento por escrito. Um dos hospitais "Anti-burocracia" afirmou que é "com frequência" que utiliza o E-mail para enviar as notas de encomenda aos fornecedores (Quadro 5.6).

Quadro 5.6 – Meios utilizados para comunicar com os fornecedores / Tipo de contrato

	Nunca (1)	**Raramente** (2)	**Algumas Vezes** (3)	**Com frequência** (4)	**Sempre** (5)
In-loco quando o fornecedor visita o serviço					
Medianamente burocratizados	12				
Anti-burocracia	6	1			
Indiferentes	2				
Entrega da nota de encomenda quando o fornecedor visita o serviço					
Medianamente burocratizados		12			
Anti-burocracia	5	1	1		
Indiferentes		2			
E-mail					
Medianamente burocratizados		12			
Anti-burocracia	6			1	
Indiferentes	1	1			

Assim, verifica-se que os hospitais "Medianamente burocratizados", "nunca" ou "raramente" utilizam os meios referidos para comunicar com os fornecedores. Os hospitais "Indiferentes", apesar de terem uma resposta consensual, também "nunca" ou

"raramente" os utilizam. Os hospitais "Anti-burocracia" utilizam "algumas vezes" "Entrega da nota de encomenda quando o fornecedor visita o serviço" e um hospital refere que utiliza "com frequência" o "E-mail".

2.4.5. Tipo de Contrato versus Compras Centralizadas do Hospital

Como já foi referido no Capítulo 3, o sistema de compras em Portugal caracteriza-se, essencialmente, pela adjudicação mediante concurso público individual, por parte de cada unidade de consumo, assim pretende-se saber se a opinião e práticas de compras centralizadas estão condicionadas pela frequência de utilização dos diferentes tipos de contratos. A hipótese que traduz esta idéia é a seguinte:

Hipótese H_{34} - Não existe relação entre as práticas de compras centralizadas e o tipo de contrato, como forma de aquisição de bens e serviços, no Hospital;

As variáveis consideradas são não dicotómicas e após a verificação dos pressupostos da aplicação da ANOVA constatou-se que nenhuma das variáveis os respeitava, por essa razão utilizou-se o teste não-paramétrico de Kruskal-Wallis, para essas variáveis, cujos resultados são os apresentados no Quadro nº III.13 em anexo. Com base nos resultados deste teste, verifica-se que existem várias variáveis cujo comportamento varia consoante o cluster a que pertence (variáveis significantes a um nível de significância de 5% e de 10%).

As variáveis cujo o comportamento está, estatisticamente, associado ao tipo de contrato constam do quadro (Quadro 5.1). Pode pois concluir-se que existem diferenças em termos das práticas de compras centralizadas devido à frequência de utilização dos diferentes tipos de contratos, por parte destes hospitais.

Relativamente aos tipos de produtos adquiridos de forma centralizada pelos hospitais dos três "clusters", que se mostraram estatisticamente significantes, foram adquiridos com as frequências que se apresentam no Quadro 5.2.

Quadro 5.1– Variáveis significantes para a hipótese H_{34}

Compras Centralizadas	Qui-Quadrado	Sig.
Artigos comprados de forma Centralizados		
Produtos da Classe C	6,813	0,078 *
Produtos Farmacêuticos	10,511	**0,015** **
Material de Consumo Clínico	10,390	**0,016** **
Produtos Alimentares	15,710	**0,001** **
Material de Manutenção e Conservação	8,792	**0,032** **
Outro Material de Consumo	10,483	**0,015** **
Outro (Qual ?)	12,000	**0,007** **
Centralizações Promovidas por Outras Entidades. - Quais	9,900	**0,019** **
A resposta dada às solicitações/reclamações considera-a	6,956	0,073 *
O cumprimento dos contratos pode considerar-se	10,500	**0,015** **
As Comp. Central. que vai efectuar irão divergir das estimativas dadas	9,392	**0,025** **
Não, porquê	24,667	**0,003** **
Central de Compras		
CC - Escolha dos produtos	11,887	**0,008** **
CC - Elaboração dos contratos	10,000	**0,019** **
CC - Distribuição	13,569	**0,004** **
CC - Facturação	6,986	0,072 *
Hospital Central de Compras		
Lista de necessidades	7,833	**0,050** **
Elaboração do concurso	8,614	**0,035** **
Elaboração dos contratos	10,815	**0,013** **
Adjudicação	6,384	0,094 *
Armazenamento	7,155	0,067 *
Distribuição	7,655	0,054 *
Transporte	11,182	**0,011** **
Facturação	8,110	**0,044** **
Central de Compras do Estado		
Escolha dos produtos	11,382	**0,010** **
Armazenamento	7,761	0,051 *
Distribuição	7,761	0,051 *
Transporte	7,761	0,051 *
Facturação	8,832	**0,032** **
Adesão a uma Central de Compras	11,278	**0,010** **

** Significante a um nível de significância de 5%
* Significante a um nível de significância de 10%

Os Produtos Farmacêuticos e o Material de Consumo Clínico são adquiridos centralmente, "sempre" pelos "Indiferentes", "com frequência", pela totalidade dos "Medianamente burocratizados" e por alguns dos "Anti-burocracia". Os "produtos alimentares e material de manutenção e conservação" "raramente" são adquiridos de forma centralizada pelos "Medianamente burocratizados" e por alguns "Anti-burocracia", já os "Indiferentes" "nunca" os adquirem dessa forma. O "outro material de consumo" "nunca" é adquirido centralmente pela totalidade dos hospitais "Medianamente burocratizados" e "Indiferentes"; e pela maioria dos "Anti-burocracia".

Quadro 5.2 – Produtos a adquirir de forma centralizada / Tipo de contrato

	Nunca (1)	Raramente (2)	Algumas Vezes (3)	Com frequência (4)	Sempre (5)
Tipos de Produtos					
Produtos Farmacêuticos					
Medianamente burocratizados				12	
Anti-burocracia	1			3	3
Indiferentes					2
Material de Consumo Clínico				12	
Medianamente burocratizados					
Anti-burocracia	1			4	2
Indiferentes					2
Produtos Alimentares					
Medianamente burocratizados		12			
Anti-burocracia	4	3			
Indiferentes	2				
Material de Manutenção e Conservação					
Medianamente burocratizados		12			
Anti-burocracia	3	2	2		
Indiferentes	2				
Outro Material de Consumo					
Medianamente burocratizados	12				
Anti-burocracia	6	1			
Indiferentes	2				
Classes de Produtos					
Produtos da Classe C					
Medianamente burocratizados		12			
Anti-burocracia	4	1			2
Indiferentes	2				

No que diz respeito, à classificação dos produtos segundo a análise ABC, os produtos da Classe C "nunca" são adquiridos de forma central pelos "Indiferentes" e pela maioria dos "Anti-burocracia" (apesar de um deles ter afirmado que "sempre" os adquire dessa forma). Os "Medianamente burocratizados" "raramente" o fazem.

Verifica-se que os produtos adquiridos, mais frequentemente, de forma centralizada são os que, em termos económicos, têm um papel mais relevante: produtos farmacêuticos e material de consumo clínico.

A entidade que promove a totalidade das compras centralizadas a que os "Medianamente burocratizados" e os Indiferentes" aderem é o IGIF, os Anti-burocracia" aderem a compras centralizadas promovidas pelo IGIF, DGPE e CCE, conforme se pode visualizar no Quadro 5.3.

Quadro 5.3 – Entidades que promovem Compras Centralizadas / Tipo de contrato

	Medianamente avessos à burocracia	Anti-burocracia	Indiferentes
Instituto de Gestão Informática e Financeira (IGIF)	12	3	2
Instituto de Gestão Informática e Financeira (IGIF) e Direcção Geral do Património do Estado (DGPE)		2	
Instituto de Gestão Informática e Financeira (IGIF) e Central de Compras do Estado (CCE)		2	

Uma das variáveis que foi considerada, estatisticamente, significante foi a "resposta que tem sido dada às reclamações efectuadas". Assim, cada um dos "clusters" respondeu da seguinte forma: por um lado, os "Medianamente burocratizados" e os "Indiferentes" consideraram-na "aceitável". Por outro lado, os hospitais "Anti-burocracia" deram respostas diferentes: 3 hopsitais afirmaram que a resposta tem sido "boa", 3 hospitais classificaram-na como "aceitável e 1 como sendo "má".

Respostas diversas foram também obtidas, no que concerne ao cumprimento dos contratos. Todos os Medianamente burocratizados" e os "Indiferentes" o classificaram como sendo "aceitável", assim como 5 dos "Anti-burocracia". Os outros 2 afirmaram que o cumprimento dos contratos tem sido "bom".

Ao analisar-se em pormenor o porquê do não cumprimento dos contratos, encontram-se justificações bastante diferentes segundo cada cluster (Quadro 5.4). Todos os hospitais "Medianamente burocratizados" e 3 dos "Anti-burocracia" apontam que o que tem falhado são as "entregas dos concursos". Dois dos "Anti-burocracia" e um dos "Indiferentes" referem os "atrasos na realização dos concursos" e um hospital de cada um destes "clusters" afirmou que o nº de artigos considerados nas compras centralizadas é insuficiente.

Quadro 5.4– Justificação para o não cumprimento de contratos / Tipo de contrato

	Medianamente burocratizados	Anti-burocracia	Indiferentes
Atrasos na entrega dos concursos	12	3	
Atrasos na realização dos concursos		2	1
Nº de artigos insuficiente		1	1
Todos os anteriores		1	

Assim, verifica-se que os hospitais "Medianamente burocratizados", mais uma vez, apresentam para a justificação do não cumprimento de contratos a mesma razão, os atrasos na entrega dos contratos. Uma vez mais, os outros dois "clusters" distribuem as suas respostas por várias opiniões.

Dos vários cenários propostos, relativamente a quem deveria competir cada uma das "tarefas" de todo o processo de compras centralizadas, os três "clusters" responderam de forma diferente. A totalidade dos hospitais "Medianamente burocratizados" e aos "Indiferentes" afirmaram que quem deve assumir as tarefas de "escolha dos produtos" e a "facturação" é o hospital que adere à compra centralizada; a "elaboração dos contratos" deve ser assumida pelo organismo central de compras. Relativamente à "distribuição", os "Medianamente burocratizados" afirmaram que deve competir a ambos e para os "Indiferentes" será o hospital aderente que deve assumir esta tarefa. Os hospitais "Anti-burocracia" não tiveram uma opinião consensual relativamente a estas tarefas e as respostas verificadas são muito diversificadas, como se pode visualizar no Quadro 5.5.

Quadro 5.5– Cenário de compras centralizadas - Central de Compras / Tipo de contrato

	Medianamente burocratizados			Anti-burocracia				Indiferentes	
	1	2	3	1	2	3	4	1	2
Escolha dos produtos		12		6		1			2
Elaboração dos contratos	12			3	4			2	
Distribuição			12		6		1		2
Facturação		12		1	5		1		2

1 – Entidade que funciona como Central de Compras 2 – Hospital Utilizador 3 – Ambos4 - Nenhum

No cenário em que um hospital assume o papel de central de compras, os "Medianamente burocratizados" consideram que nenhuma tarefa em especial deve competir ao organismo que funciona como central de compras; o hospital que adere a essa compra centralizada deve "elaborar os concursos", "os contratos" e a "adjudicação". Ambos partilharão as outras tarefas: "lista de necessidades", "armazenamento", "distribuição", "transporte" e "facturação". Os hospitais "Anti-burocracia" não produziram respostas uniformes, como se pode visualizar no Quadro 5.6. Os "Indiferentes" são de opinião que a central de compras deve responsabilizar-se pela "elaboração do concurso", dos contratos e da "adjudicação". Os hospitais aderentes à compra centralizada devem proceder à

"elaboração da lista de necessidades", ao "armazenamento", à "distribuição" e ao "transporte".

Quadro 5.6 – Cenário de compras centralizadas – Hospital Central de Compras / Tipo de contrato

	Medianamente burocratizados		Anti-burocracia				Indiferentes	
	2	**3**	**1**	**2**	**3**	**4**	**1**	**2**
Lista de necessidades		12		4	1	2		2
Elaboração do concurso	12		5			2	2	
Elaboração dos contratos	12		1	3	1	2	2	
Adjudicação	12		4		1	2	2	
Armazenamento		12	1	3	1	2		2
Distribuição		12	1	3	1	2		2
Transporte		12	1		1	5		2
Facturação		12		5		2		2

1 – Entidade que funciona como Central de Compras 2 – Hospital Utilizador 3 – Ambos 4 - Nenhum

O último cenário proposto é que todos os produtos hospitalares sejam adquiridos numa Central de Compras do Estado (semelhante à que funciona para os equipamentos). Os hospitais "Anti-burocracia", à semelhança do que acontece nos outros cenários, responderam de forma muito diversa (Quadro 5.7). A totalidade dos hospitais "Medianamente burocratizados" e "Indiferentes" são de opinião que deverá competir aos hospitais aderentes a uma compra centralizada, "a escolha dos produtos". Nas outras tarefas, têm uma opinião um pouco divergente, isto é, os "Medianamente burocratizados" afirmam que deve competir a ambos (central de compras do estado e ao hospital aderente) as tarefas de "armazenamento", "distribuição", "transporte" e "facturação" e os "Indiferentes" afirmaram que estas tarefas devem ser da competência, unicamente, do hospital utilizador.

Quadro 5.7– Cenário de compras centralizadas - Central de Compras do Estado / Tipo de contrato

	Medianamente burocratizados			Anti-burocracia				Indiferentes	
	1	**2**	**3**	**1**	**2**	**3**	**4**	**1**	**2**
Escolha dos produtos		12		6			1		2
Armazenamento			12	4	1		2		2
Distribuição			12	4	1		2		2
Transporte			12	4	1		2		2
Facturação			12		4	1	2		2

1 – Entidade que funciona como Central de Compras 2 – Hospital Utilizador 3 – Ambos 4 – Nenhum

Para os hospitais "Medianamente burocratizados" a adesão a qualquer tipo de compras efectuadas de forma centralizada deverá ser imposta, mas com diálogo. Dos hospitais "Anti-burocracia" 6 são de opinião que a adesão a qualquer tipo de compras efectuadas de forma centralizada deverá ser da iniciativa própria de cada hospital e 1 afirmou que deverá ser simplesmente imposta. A adesão às compras efectuadas de forma centralizada, na opinião de 1 dos hospitais "Indiferentes", deverá ser da iniciativa própria do hospital e o outro refere que deverá ser imposta mas com diálogo.

2.4.6. Conclusão

Resumidamente pode afirmar-se que existe um conjunto de variáveis, definidoras das práticas de aprovisionamento, cujo comportamento está estatisticamente relacionado com tipos de contrato, como se pode observar no Quadro 5.1:

Quadro 5.1 – Resumo das Variáveis significantes as hipóteses H_{31}, H_{32}, H_{33} e H_{34}

		Qui-Quadrado	Sig.
H_{31}	Qual é o critério de arrumação dos artigos em armazém	10,476	**0,015** **
	Verificam que os consumos são regulares	10,476	**0,015** **
	Calculo da QEE	39,563	**0,001** **
	Como são calculados os Stocks de Segurança	12,521	**0,006** **
	É dado conhecimento, aos serviços utilizadores, da respectiva Análise ABC	10,588	**0,014** **
H_{32}	Fornecedores por armazém	41,643	**0,000** **
	Existência de contratos de fornecimento em exclusivo	12,239	**0,007** **
	Fornecimento atempado de materiais		
	Contratos de longo prazo com os fornecedores	6,984	0,072 *
	Ter vários fornecedores	15,750	**0,001** **
	Data prevista de entrega		
	Entrega antecipada + 1 mês	6,792	0,079 *
	Entrega atrasada de 2 a 4 semanas	6,418	0,093 *
	Justificação dos atrasos		
	Problemas nas matérias-primas	13,759	**0,003** **
	Problemas de qualidade	14,580	**0,002** **
	Mudança de pedido	19,000	**0,000** **
	Pagamentos em atraso	6,976	0,073 *
	As penalizações são eficazes	15,596	**0,001** **
	Penalizações existentes	7,953	**0,047** **
H_{33}	Produtos Farmacêuticos	12,334	**0,006** **
	Material de Manutenção e Conservação	6,632	0,085 *
	Documentos		
	Ficha artigo	10,000	**0,019** **
	Guia de entrada	17,615	**0,001** **
	Rectificação de existências	7,105	0,069 *
	Mapa comparativo das propostas recebidas	10,000	**0,019** **
	Guia de saída	12,514	**0,006** **
	Tempos Médios - Ajuste Directo	10,874	**0,012** **
	Decidir em comprar		
	Custo de efectivação da encomenda	10,480	**0,015** **
	Dificuldades em efectuar cada encomenda	8,060	**0,045** **
	Descontos de quantidade	6,983	0,072 *
	Quantidades necessárias para as solicitações dos serviços utilizadores	7,875	**0,049** **
	Distância de transporte	12,494	**0,006** **
	Espaço de armazenamento	6,401	0,094 *

	Dimensão do equipamento de transporte	9,583	**0,022** **
	Condições requeridas pelos materiais	6,689	0,083 *
	Elaboração de nota de encomenda.		
	In-loco quando o fornecedor visita o serviço	11,100	**0,011** **
	Entrega da nota de encomenda quando o fornecedor visita o serviço	9,130	**0,028** **
	E-mail	9,905	**0,019** **
H_{34}	Artigos comprados de forma Centralizados		
	Produtos da Classe C	6,813	0,078 *
	Produtos Farmacêuticos	10,511	**0,015** **
	Material de Consumo Clínico	10,390	**0,016** **
	Produtos Alimentares	15,710	**0,001** **
	Material de Manutenção e Conservação	8,792	**0,032** **
	Outro Material de Consumo	10,483	**0,015** **
	Outro (Qual ?)	12,000	**0,007** **
	Centralizações Promovidas por Outras Entidades. - Quais	9,900	**0,019** **
	As Comp. Central. que vai efectuar irão divergir das estimativas dadas	9,392	**0,025** **
	A resposta dada às solicitações/reclamações considera-a	6,956	0,073 *
	O cumprimento dos contratos pode considerar-se	10,500	**0,015** **
	Não, porquê	24,667	**0,003** **
	Central de Compras		
	Escolha dos produtos	11,887	**0,008** **
	Elaboração dos contratos	10,000	**0,019** **
	Distribuição	13,569	**0,004** **
	Facturação	6,986	0,072 *
	Hospital Central de Compras		
	Lista de necessidades	7,833	**0,050** **
	Elaboração do concurso	8,614	**0,035** **
	Elaboração dos contratos	10,815	**0,013** **
	Adjudicação	6,384	0,094 *
	Armazenamento	7,155	0,067 *
	Distribuição	7,655	0,054 *
	Transporte	11,182	**0,011** **
	Facturação	8,110	**0,044** **
	Central de Compras do Estado		
	Escolha dos produtos	11,382	**0,010** **
	Armazenamento	7,761	0,051 *
	Distribuição	7,761	0,051 *
	Transporte	7,761	0,051 *
	Facturação	8,832	**0,032** **
	Adesão a uma Central de Compras	11,278	**0,010** **

** Significante a um nível de significância de 5%
* Significante a um nível de significância de 10%

Face a estes resultados pode afirmar-se que existe um conjunto de características que distinguem os hospitais "clusters" formados tendo em atenção a frequência de utilização dos diferentes tipos de contrato de aquisição.

	Dimensão do equipamento de transporte	9,583	**0,022** **
	Condições requeridas pelos materiais	6,689	0,083 *
	Elaboração de nota de encomenda.		
	In-loco quando o fornecedor visita o serviço	11,100	**0,011** **
	Entrega da nota de encomenda quando o fornecedor visita o serviço	9,130	**0,028** **
	E-mail	9,905	**0,019** **
H_{34}	Artigos comprados de forma Centralizados		
	Produtos da Classe C	6,813	0,078 *
	Produtos Farmacêuticos	10,511	**0,015** **
	Material de Consumo Clínico	10,390	**0,016** **
	Produtos Alimentares	15,710	**0,001** **
	Material de Manutenção e Conservação	8,792	**0,032** **
	Outro Material de Consumo	10,483	**0,015** **
	Outro (Qual ?)	12,000	**0,007** **
	Centralizações Promovidas por Outras Entidades. - Quais	9,900	**0,019** **
	As Comp. Central. que vai efectuar irão divergir das estimativas dadas	9,392	**0,025** **
	A resposta dada às solicitações/reclamações considera-a	6,956	0,073 *
	O cumprimento dos contratos pode considerar-se	10,500	**0,015** **
	Não, porquê	24,667	**0,003** **
	Central de Compras		
	Escolha dos produtos	11,887	**0,008** **
	Elaboração dos contratos	10,000	**0,019** **
	Distribuição	13,569	**0,004** **
	Facturação	6,986	0,072 *
	Hospital Central de Compras		
	Lista de necessidades	7,833	**0,050** **
	Elaboração do concurso	8,614	**0,035** **
	Elaboração dos contratos	10,815	**0,013** **
	Adjudicação	6,384	0,094 *
	Armazenamento	7,155	0,067 *
	Distribuição	7,655	0,054 *
	Transporte	11,182	**0,011** **
	Facturação	8,110	**0,044** **
	Central de Compras do Estado		
	Escolha dos produtos	11,382	**0,010** **
	Armazenamento	7,761	0,051 *
	Distribuição	7,761	0,051 *
	Transporte	7,761	0,051 *
	Facturação	8,832	**0,032** **
	Adesão a uma Central de Compras	11,278	**0,010** **

** Significante a um nível de significância de 5%
* Significante a um nível de significância de 10%

Face a estes resultados pode afirmar-se que existe um conjunto de características que distinguem os hospitais "clusters" formados tendo em atenção a frequência de utilização dos diferentes tipos de contrato de aquisição.

VI - CONCLUSÕES

1 CONCLUSÕES GERAIS

Os serviços de aprovisionamento revestem-se de uma grande importância para o sector da saúde, uma vez que envolvem investimentos consideráveis, que, embora não directamente produtivos, são um importante encargo financeiro. Por outro lado, estes serviços não podem ser vistos como uma função isolada do hospital, mas sim como a função que, primeiramente, condiciona todo o processo produtivo hospitalar.

De um modo geral, os serviços de aprovisionamento não detêm capacidade técnica suficiente que lhes permita uma intervenção autónoma e decisiva na gestão dos materiais. Essa intervenção deveria exercer-se num duplo sentido: junto da própria organização e seus técnicos utilizadores e junto do mercado fornecedor. Assim, os serviços de aprovisionamento, recolhendo e trocando informações com ambos os pólos da sua acção, poderiam constituir o centro da negociação e das decisões, emprestando à fundamentação destas decisões perspectivas próprias. Poderia assim, falar-se de logística hospitalar, situação que está muito longe de ser alcançada em Portugal.

Pode, ainda, referir-se que as dificuldades financeiras e as carências de previsão conduzem a que as actividades de aprovisionamento se desenvolvam sob a pressão das necessidades, de modo casuístico, com significativa incidência de situações urgentes e sem obediência a princípios essenciais de administração (fixação de objectivos, planeamento, avaliação).

Com esta investigação efectuou-se uma caracterização geral dos serviços de aprovisionamento dos hospitais públicos de carácter geral (Hospitais Centrais, Distritais e Centros Hospitalares) existentes em Portugal.

Os Hospitais Centrais e os Centros Hospitalares foram as unidades que, no inquérito, registaram uma taxa de resposta mais elevada. Uma justificação, para estes valores poderá estar relacionada com os recursos humanos que cada serviço tem. Isto quer dizer que, numa estrutura que disponha de mais vastos e mais qualificados recursos humanos é mais fácil encontrar a pessoa adequada e com tempo disponível para responder ao questionário.

Os hospitais respondentes estão concentrados em três regiões: Norte, Centro e Lisboa e Vale do Tejo, o que corresponde às regiões com maior concentração populacional. Relativamente à sua dimensão, a amostra apenas reflecte a realidade nacional, isto é, em termos de dimensão, os hospitais respondentes registam uma grande diversidade de tamanho. De facto, eles variam entre um Hospital Distrital com 58 camas e um Hospital Central com 1.341 camas.

Dado o reduzido número de hospitais respondentes, apenas 22, os resultados da análise estatística poderiam ser questionáveis. Ainda mais questionáveis seriam se o conjunto dos hospitais respondentes não fosse representativo da população e se, com base nela, se pretendesse efectuar qualquer extrapolação. No entanto, qualquer conclusão retirada com base nesta análise teria maior validade na medida em que a amostra fosse representativa da população.

A fim de efectuar o estudo da representatividade da amostra, realizou-se um conjunto de comparações em termos do número de camas, dos indicadores de produção e dos valores médios da amostra, com as médias nacionais conhecidas. No que diz respeito, ao número de camas dos vários tipos de hospital, os hospitais respondentes parecem ser claramente representativos da população em estudo. Em termos de indicadores de produção, pode afirmar-se que embora a percentagem de respostas seja baixa, a sua representatividade é substancialmente elevada. Apesar de se ter verificado diferenças entre as médias dos hospitais respondentes e as médias nacionais, para alguns indicadores, pode concluir-se que a amostra pode ser considerada representativa da população.

Em termos de caracterização dos serviços de aprovisionamento dos hospitais, aqueles foram analisados tendo em conta os seguintes aspectos: custos, empenho da gestão de topo, práticas de gestão de materiais, relacionamento com fornecedores, práticas de compras e de compras centralizadas.

No que diz respeito às características dos serviços de aprovisionamento dos hospitais respondentes, verifica-se que, a maioria dos órgãos de gestão, dos hospitais respondentes, demonstra alguma preocupação, em relação à função aprovisionamento. Em todos os hospitais existem meios informáticos nessa área, verificando-se ainda que, a grande maioria utiliza os sistemas de informação próprios para as diversas áreas.

Em termos da utilização das ferramentas da gestão de materiais, pode referir-se que o critério de arrumação dos artigos em armazém utilizado é por família de produtos e é utilizado o sistema de inventário permanente. Verificam-se consumos regulares nos produtos que, em termos económicos, têm um papel muito importante: produtos farmacêuticos, material de consumo clínico, material de consumo administrativo e material de consumo hoteleiro.

Apesar de afirmarem conhecer o modelo da QEE, os hospitais não sentem, na generalidade, qualquer necessidade em utilizar esta ferramenta de gestão de materiais. Os hospitais, geralmente, trabalham com stocks de segurança, e estes são calculados com base nos consumos mensais registados. A situação de ruptura de stocks é considerada como sendo algo grave e até muito grave pelos hospitais respondentes. Uma outra ferramenta muito utilizada, e que contribui para uma boa gestão de materiais nos hospitais, é a análise ABC.

Foi também analisado o relacionamento estabelecido entre os hospitais investigados e os seus fornecedores. Constatou-se que os hospitais têm efectuado um esforço a fim de abandonarem a situação tradicional de muitos fornecedores, o que implica a existência de relações, sempre, complicadas e, tradicionalmente, de dependência, para passarem a manter uma relação de confiança com um número bastante mais reduzido de fornecedores. Alguns hospitais afirmaram, mesmo, que possuem contratos de fornecimento em exclusivo com alguns dos seus fornecedores.

Os hospitais apontam como um dos motivos, de manterem o elevado número de fornecedores, o facto de esta ser uma forma de garantir o fornecimento dos produtos. Apesar de os hospitais tentarem reforçar os laços de confiança com os seus fornecedores, alguns continuam, no entanto, a não ser merecedores dessa confiança. De facto, continuam a verificar-se algumas situações de não cumprimento de condições de contrato, nomeadamente, o não cumprimento das datas de entrega das encomendas.

Os atrasos registados são justificados, na maioria dos casos, por pagamentos em atraso, problemas de transporte, capacidade de produção e mudanças na data prevista de entrega, mudança de pedido, problemas com matérias-primas e problemas de qualidade. Para estes incumprimentos existem penalizações nos cadernos de encargos, que se traduzem em

exclusão em consultas futuras, multas e pagamento dos custos acrescidos, mas que são consideradas pouco eficazes.

Relativamente às práticas de compras, os contratos mais utilizados são o de ajuste directo e o de concurso limitado sem apresentação de candidaturas. Esta situação ocorre, entre outros motivos, pela tentativa de redução da burocracia e pelo facto do tempo médio de duração destes procedimentos ser mais reduzido. Os tipos de contrato mais longos são o concurso limitado por prévia qualificação e o concurso público, como era de esperar. Daí, também, se entender que este seja um dos contratos menos utilizados. A política de colocação das ordens de compra é feita atendendo, fundamentalmente, a dois factores: o nível de existências e as listas de faltas de materiais.

De uma forma geral, os hospitais investigados não utilizam as novas tecnologias, para comunicar com os fornecedores. Assim, verificou-se que o correio electrónico raramente é utilizado e não existe nenhum hospital que esteja em comunicação directa com qualquer fornecedor através de ligação informática. Os meios de comunicação mais utilizados, na transmissão das notas de encomenda aos fornecedores, são o fax e o correio normal.

Um outro aspecto analisado, foi a compra centralizada. Dada a natureza das compras centralizadas, os custos associados são, para cada instituição compradora, menores. Foram referidos, os produtos farmacêuticos e o material de consumo clínico, como sendo os produtos que devem ser adquiridos de forma centralizada. Este facto, leva a concluir que, os produtos que preferencialmente devem ser adquiridos de forma centralizada são os que implicam os maiores investimentos por parte dos hospitais. Se se fizer a mesma análise, mas por classes de produtos, decorrente da análise ABC, os produtos que deveriam ser adquiridos mais vezes de forma centralizada são os produtos da classe B e A e por último os da classe C. De facto, denota-se, uma vez mais, a preocupação com os produtos de maior importância económica.

As compras centralizadas que os hospitais efectuam, são promovidas por várias entidades, a saber: Instituto de Gestão Informática e Financeira (IGIF), Central de Compras do Estado (CCE) e Direcção Geral de Património do Estado. Os produtos que, se adquirem com maior frequência através desta forma de aquisição (compras centralizadas) são os produtos farmacêuticos e o material de consumo clínico. Os produtos que nunca foram

adquiridos, desta forma, foram os produtos alimentares e outro material de consumo. De uma forma geral, os hospitais identificam vantagens nas compras realizadas de forma centralizada.

Os produtos adquiridos através de uma compra centralizada são considerados como produtos de qualidade. As reclamações efectuadas, relativamente a estas compras, na maioria dos hospitais que já registaram essa situação, foram provocadas por atrasos nas entregas e por defeitos nos produtos. Mais uma vez, se constata que, em termos de qualidade, os produtos se apresentam nas condições exigidas pelos hospitais. O problema que as compras centralizadas colocam, e que acontece demasiadas vezes, é os atrasos nas entregas, o que causa descontentamento.

As quantidades dos produtos a comprar de forma centralizada, que efectivamente são necessárias, divergem das estimativas realizadas. Esta situação justifica-se, por um lado, pela grande antecedência com que são pedidos aos hospitais as previsões de compras dos produtos a adquirir de forma centralizada, e por outro lado, pelos atrasos consecutivos que os órgãos centrais, que efectuam a grande maioria das compras centralizadas, provocam em todo o processo.

Os serviços centrais de aprovisionamento dos hospitais públicos (IGIF) canalizam a maioria das compras centralizadas dos Hospitais Públicos Portugueses. Os hospitais investigados consideram que aquele serviço não tem dado resposta adequada relativamente ao que se pode esperar de um serviço dessa natureza. Foram apontadas, como principais razões para tal, os atrasos na realização dos concursos e atrasos na entrega dos concursos.

O papel dos hospitais aderentes a uma compra efectuada de forma centralizada, deve passar pela participação nas comissões técnicas e de codificação dos artigos, e nos júris, pela proposta de novos artigos e pela definição dos prazos de pagamento. De acordo com a opinião dos hospitais respondentes, a adesão a uma central de compras, deve ser imposta mas com diálogo, todavia em algumas situações a adesão deveria ser da iniciativa de cada hospital. As compras efectuadas têm decorrido com alguns problemas ao nível dos prazos de entrega dos produtos, contudo as reclamações efectuadas, geralmente, são

resolvidas de forma aceitável. O motivo que predomina nas justificações destes atrasos é o atraso de pagamento a fornecedores.

Atendendo às três questões científicas colocadas, a primeira estando relacionada com a tipologia hospitalar, a segunda com a região de localização dos hospitais e a terceira com a frequência de utilização de cada um dos tipos de contratos existentes em Portugal para aquisição de bens e serviços, passa-se de seguida à apresentação das principais conclusões respeitantes a estas questões.

De acordo com a tipologia hospitalar anteriormente apresentada, os Hospitais Distritais, Centrais e Centros Hospitalares distinguem-se uns dos outros, quer por um conjunto de características em termos de meios humanos, técnicos que têm ao seu dispor, quer pelos cuidados de saúde mais ou menos especializados que prestam.

No que diz respeito à gestão de materiais, os Hospitais Distritais apresentam como elemento distintivo, o facto de não utilizarem uma das ferramentas, mais conhecidas, a QEE. Para além disso estes hospitais não sentem qualquer necessidade em utilizá-la.

No que diz respeito ao relacionamento com os fornecedores, os Hospitais Distritais, são hospitais com um elevado número de fornecedores por armazém. Esta situação pode encontrar justificação no facto de a maioria dos Hospitais Distritais não se encontrar nos grandes centros, ou seja, situa-se longe de alguma concentração de fornecedores e das principais vias de comunicação. Assim, ter vários fornecedores funciona, para eles também, como forma de garantir o fornecimento atempado dos materiais. Os Hospitais Distritais penalizam os fornecedores excluindo-os de consultas futuras, quando não cumprem os compromissos.

Os Hospitais Distritais utilizam, frequentemente, a lista de faltas de materiais como base para a sua política de compras. Relativamente aos factores em que a decisão de comprar é baseada, pode afirmar-se que os mais utilizados, pelos Hospitais Distritais são as quantidades necessárias para as solicitações dos serviços utilizadores e as condições requeridas pelos materiais. O factor de decisão que é menos utilizado é a dificuldade em efectuar cada encomenda.

Relativamente às compras realizadas de forma centralizada, pode afirmar-se que os Hospitais Distritais não vêem vantagens na sua utilização. Em termos gerais pode afirmar-se que os hospitais efectuam poucas reclamações junto dos fornecedores de produtos adquiridos de forma centralizada.

Analisando as características pelas quais os Hospitais Centrais se distinguem dos Hospitais Distritais e dos Centros Hospitalares, pode afirmar-se que, e relativamente à gestão de materiais, os Hospitais Centrais conhecem a ferramenta de gestão de materiais - QEE, mas a sua utilização, como apoio à decisão, é muito diversa de hospital para hospital

No que diz respeito ao relacionamento que os Hospitais Centrais estabelecem com os seus fornecedores, pode afirmar-se que estes recorrem a um elevado número de fornecedores por armazém. Esta situação pode encontrar justificação, na necessidade de garantir o fornecimento atempado dos materiais. Os Hospitais Centrais utilizam vários tipos de penalizações, quando os seus fornecedores não cumprem os contratos. As mais usuais são: exclusão em consultas futuras, multas e pagamento dos custos acrescidos.

Analisadas as práticas ao nível das compras, verifica-se que, a política de compras dos Hospitais Centrais, frequentemente, se baseia na lista de faltas de materiais. Relativamente aos factores em que a decisão de comprar é baseada, pode afirmar-se que os mais utilizados pelos Hospitais Centrais são as quantidades necessárias para as solicitações dos serviços utilizadores e as condições requeridas pelos materiais. Enquanto que o outro factor, a dificuldade em efectuar cada encomenda, poucas vezes é utilizado.

Analisando as compras realizadas de forma centralizada promovidas por outras entidades, verifica-se que os Hospitais Centrais utilizam, com frequência, este tipo de compras para os produtos farmacêuticos, não vendo, todavia, vantagens na utilização desta forma de compras embora efectuem poucas reclamações.

Analisando as características dos Centros Hospitalares, pode verificar-se que, de uma forma geral, não é possível detectar uma tendência nas respostas. Esta situação deve-se, provavelmente, ao facto de se terem registado, apenas dois Centros Hospitalares

respondentes. Apesar dessa situação, poder-se-á referir um conjunto de aspectos caracterizadores, deste tipo de hospital.

Assim e, relativamente às práticas de gestão de materiais, verifica-se que, os Centros Hospitalares ou não utilizam a QEE, apesar de conhecerem esta ferramenta de gestão, ou estão com dificuldades para a implementar, devido à falta de capacidade do armazém.

No que diz respeito às relações existentes entre os Centros Hospitalares e os seus fornecedores, pode afirmar-se que são os que têm menos fornecedores por armazém. Mas, mesmo assim, ainda dispõe de muitos fornecedores. Os Centros Hospitalares utilizam a variabilidade de fornecedores para fazer face a qualquer eventualidade que surja e que comprometa o fornecimento atempado dos materiais. Os Centros Hospitalares aplicam dois tipos de penalizações aos fornecedores, na situação de incumprimento de compromissos: a exclusão em consultas futuras e o pagamento dos custos acrescidos.

Na sua caracterização, em termos de práticas ao nível das compras, verifica-se que estas unidades hospitalares se contradizem, uma vez que, por um lado, utilizam muito poucas vezes a lista de faltas de materiais como base para a sua política de compras e por outro, apontam que um dos factores para a decisão de comprar, é as quantidades necessárias para as solicitações dos serviços utilizadores.

Analisando o seu comportamento, face às compras centralizadas, promovidas por outras entidades, estes hospitais compram de forma centralizada, na maioria das vezes, os produtos farmacêuticos. Todavia e de uma forma geral, os Centros Hospitalares não vêm vantagens na utilização de compras centralizadas e efectuam muito poucas reclamações junto dos fornecedores de produtos adquiridos através de compras feitas dessa forma.

Em face de toda a análise efectuada aos Hospitais públicos investigados, e em termos da sua tipologia, verificou-se que, relativamente a aspectos das práticas de aprovisionamento, existem diferenças. Estas diferenças consubstanciam-se, na constatação diferenciada da utilidade que é reconhecida a algumas ferramentas da gestão de materiais, como sejam a QEE e a análise ABC, do número de fornecedores, dos factores em que se baseiam as quantidades a comprar e da posição face às compras centralizadas.

Assim, verificou-se que os Hospitais Centrais mostraram mais abertura à utilização daquelas ferramentas de apoio à gestão. São, também, eles que se encontram mais próximos das visões mais recentes, em termos de número de fornecedores por item, ou seja a sua progressiva diminuição. Os Hospitais Distritais são aqueles que menos diversidade de penalizações utilizam para com os seus fornecedores. De uma forma geral, os Centros Hospitalares são os hospitais que menos uso fazem dos métodos rudimentares, e até ultrapassados, para realizarem as suas compras, como seja comprar nas listas de materiais.

Assim, pode afirmar-se que existe um conjunto de características que distinguem os Hospitais Distritais, dos Centrais e dos Centros Hospitalares, em termos de práticas de aprovisionamento.

Relativamente à segunda questão desta investigação, relacionada com a Região de localização dos hospitais, foram consideradas as sete Regiões Administrativas de Saúde que existem em Portugal (Norte, Centro, Lisboa e Vale do Tejo, Alentejo, Algarve, Açores e Madeira). Dado um conjunto de disparidades regionais, e tendo em atenção estudos anteriores, embora desenvolvidos em ambientes diferentes, formulou-se um conjunto de hipóteses de existência de relação entre as práticas de aprovisionamento e a região de localização do hospital.

Em jeito de resumo, pode afirmar-se que existem algumas variáveis definidoras das práticas de aprovisionamento, que estão estatisticamente relacionadas com a Região Administrativa de localização do Hospital. Essas variáveis prendem-se com a gestão de materiais e com as compras.

Relativamente à gestão de materiais pode afirmar-se que o critério de arrumação predominante é arrumação por família de produtos, apenas 1 hospital da ARS – Alentejo utiliza outro critério: o movimento do artigo. Foi esse mesmo hospital, o único que afirmou não verificar os consumos regular dos seus produtos.

No que diz respeito às práticas de compras, mais especificamente quanto à periodicidade das encomendas, verificou-se que os hospitais da Região Norte têm maioritariamente uma periodicidade baixa (igual ou inferior a um mês). A totalidade dos hospitais das regiões

Centro, Açores e Madeira e a maioria dos hospitais da região de Lisboa e Vale do Tejo têm uma periodicidade das encomendas intermédia (entre 5 a 8 semanas). Os dois hospitais da região do Alentejo dividem-se entre uma periodicidade de encomendas de 5 a 8 semanas e de mais de 8 semanas.

Em face do exposto será adequado afirmar que a Região de localização do hospital não pode ser considerada como um factor importante que condiciona as práticas de aprovisionamento.

A questão colocada em terceiro lugar relaciona-se com a frequência de utilização dos diversos tipos de contrato, como forma de aquisição de bens e serviços, no Hospital, e procura averiguar se ela está relacionada com as práticas de Aprovisionamento. Utilizando a análise cluster foi possível identificar três tipos de hospitais que se designaram por: "Medianamente burocratizados", "Anti-burocracia" e "Indiferentes", de acordo com a frequência de utilização dos diversos tipos de contrato.

Os hospitais "Medianamente burocratizados", foram unânimes nas respostas em todo o questionário, com excepção de uma questão relativa às justificações apresentadas pelos fornecedores para os atrasos registados nas entregas dos produtos. Estes 12 hospitais são maioritariamente (75%) Hospitais Distritais, seguidos pelos Centrais (16,7%) e por fim dos Centros Hospitalares que representam apenas 8,3%. Apresentam comportamentos diferenciados dos outros "clusters", no que diz respeito às práticas de aprovisionamento, nomeadamente, na área da gestão de materiais, no relacionamento com fornecedores, nas práticas de compras e nas práticas de compras centralizadas.

Relativamente à gestão de materiais, estes hospitais distinguem-se dos outros por verificarem consumos regulares nos Produtos Farmacêuticos e no Material de Manutenção e Conservação e por não utilizarem a QEE e não sentirem necessidade de o fazer. Os stocks de segurança são calculados em função dos consumos mensais por todos os hospitais. A análise ABC é utilizada como ferramenta de apoio à tomada de decisão e, a cada serviço utilizador, é dado a conhecer qual a classificação dos produtos que consome.

No que ao relacionamento com os fornecedores concerne, este "cluster" caracteriza-se por ter vários fornecedores, por item, como forma de garantir o fornecimento atempado dos produtos. Como se verificou pela revisão da literatura, este procedimento vai contra as novas tendências em termos de número de fornecedores, isto é, a sua progressiva diminuição. Os contratos de longo prazo com os fornecedores, como forma de garantir o fornecimento atempado dos materiais são muito pouco utilizados.

No que diz respeito à data prevista de entrega, constata-se que estes hospitais têm situações em que se verificam atrasos (2 a 4 semanas), e que a situação da antecipação de mais de um mês da data prevista de entrega das encomendas, não ocorre. As justificações apresentadas para os atrasos prendem-se com pagamentos em atraso e mudanças do pedido. Estes hospitais penalizam os seus fornecedores excluindo-os de consultas futuras, quando não cumprem os compromissos.

Relativamente às questões relacionadas com as compras, os hospitais destes "cluster" não utilizam muitos dos documentos que lhes permitiriam identificar e controlar os materiais que se pretende comprar e que se têm em armazém. Os motivos mais referidos como condicionantes da tomada de decisão de comprar, foram os seguintes: espaço de armazenamento, quantidades necessárias para as solicitações dos serviços utilizadores e condições requeridas pelos materiais. A dimensão do equipamento de transporte, dificuldades em efectuar cada encomenda e o custo de efectivação da encomenda, muito raramente são indicados como condicionantes da compra.

Quanto às formas de comunicar com os fornecedores que se mostraram diferenciadoras deste "cluster" foram a entrega da nota de encomenda pessoalmente ao fornecedor e o E-mail. Estas formas de comunicação são muito pouco utilizadas por estes hospitais.

E no que diz respeito às compras centralizadas, os hospitais dos "Medianamente burocratizados", distinguem-se dos outros porque os produtos adquiridos, mais frequentemente, através de compras centralizadas, promovidas por outras entidades, são os que, em termos económicos, têm um papel muito importante: produtos farmacêuticos e material de consumo clínico. A entidade que promove a totalidade das compras centralizadas a que estes hospitais aderem é o IGIF. Relativamente ao não cumprimento

dos contratos de compras centralizadas, estes hospitais referiram que a razão se prende com os atrasos na entrega dos contratos.

Os hospitais do "cluster" "Anti-burocracia", distinguem-se, de uma forma geral, dos outros por, nas respostas não existir, na grande maioria das questões, unanimidade e até, em alguns casos, posições antagónicas. Os "Anti-burocracia", são constituído por 57,1% de Hospitais Distritais, por 28,6% de Centrais e por 14,3% Centros Hospitalares.

Os 7 hospitais deste "cluster" têm comportamentos diferenciados na área da gestão de materiais, no relacionamento com fornecedores, nas práticas de compras e nas práticas de compras centralizadas.

No que diz respeito à gestão de materiais, os hospitais "Anti-burocracia" dividem-se por várias opções relativamente à verificação dos consumos regulares nos "Produtos Farmacêuticos" e no "Material de Manutenção e Conservação". Relativamente à QEE, as respostas não são unânimes quanto à sua utilização. Os stocks de segurança são calculados em função dos consumos mensais verificados. A análise ABC é do conhecimento geral, mas não é dado a conhecer qual a classificação dos produtos, aos serviços utilizadores, que os consomem.

No que diz respeito ao comportamento de algumas variáveis relacionadas com os fornecedores dos hospitais, pode afirmar-se que das duas técnicas utilizadas para garantir o fornecimento atempado dos produtos, a mais utilizada é ter diversos fornecedores por item. Este procedimento vai contra as novas tendências em termos de número de fornecedores, isto é, a sua progressiva diminuição. A utilização de contratos de longo prazo com os fornecedores, como forma de garantir o fornecimento atempado dos materiais é feita de forma diferenciada entre os hospitais "Anti-burocracia".

A situação de antecipação das encomendas em mais de um mês ocorre muito poucas vezes, ao contrário do que se passa com a situação do atraso das encomendas entre 2 e 4 semanas. As justificações apresentadas, pelos fornecedores, para os atrasos ocorridos, aos hospitais "Anti-burocracia" prendem-se com os pagamentos em atraso. Raramente são apontadas justificações como sejam a mudança de pedido, problemas com as matérias-primas e problemas relacionados com a qualidade. Estes hospitais penalizam os

fornecedores excluindo-os de consultas futuras, multas e pagamento dos custos acrescidos, quando não cumprem os compromissos.

No que concerne às compras, pode afirmar-se que os hospitais pertencentes a este cluster têm comportamentos diferenciados. Verifica-se que os hospitais "Anti-burocracia" utilizam muito poucos documentos que lhes permitem identificar e controlar os materiais que se pretendem comprar e que se têm em armazém.

Um dos meios pouco utilizado pelos hospitais "Anti-burocracia", para comunicar com os fornecedores, é a entrega da nota de encomenda quando o fornecedor visita o serviço e o outro é o e-mail. Apesar disso, de todos os hospitais respondentes, o único que afirmou utilizar frequentemente o e-mail pertence a este "cluster".

Analisando os motivos que condicionam a tomada de decisão de comprar, pode afirmar-se que os mais utilizados foram os seguintes: espaço de armazenamento, quantidades necessárias para as solicitações dos serviços utilizadores e condições requeridas pelos materiais. De acrescentar que a dimensão do equipamento de transporte, os descontos de quantidade e a dificuldade em efectuar cada encomenda, muito raramente são indicados como condicionantes da compra.

Este "cluster", na área das compras centralizadas, distingue-se dos outros pelo facto de, os hospitais a ele pertencentes, adquirirem, mais frequentemente, através de compras centralizadas, promovidas por outras entidades, os produtos que, em termos económicos, têm um papel muito importante: produtos farmacêuticos e material de consumo clínico. As entidades promotoras das compras centralizadas, a que estes hospitais aderem são o IGIF, o DGPE e a CCE. Uma das justificações mais apontadas para o não cumprimento dos contratos de compras centralizadas é o atraso na entrega dos contratos.

Relativamente aos hospitais pertencentes ao cluster 3, designado por "Indiferentes", verifica-se que não deram respostas unânimes, na maioria das questões. Este "cluster" é constituído por um Hospital Distrital e um Central. Distinguem-se dos hospitais do cluster 1 pois, quando os dois hospitais respondem da mesma forma, esta não é idêntica à do cluster 1. Se se analisarem em pormenor as respostas, pode afirmar-se que os hospitais

deste cluster se distinguem, dos outros, na área da gestão de materiais, no relacionamento com fornecedores, nas práticas de compras e nas práticas de compras centralizadas.

No que diz respeito à gestão de materiais e relativamente ao consumo regular dos produtos, os "Indiferentes" não registaram um comportamento consensual, mas no seu conjunto verificaram alguma regularidade de consumos nos Produtos Farmacêuticos e no Material de Manutenção e Conservação. Quanto à utilização da QEE verificam-se posições antagónicas, ou seja um hospital utiliza e vê benefícios na sua utilização e o outro, apesar de saber o que é, não vê qualquer benefício na sua utilização.

Os stocks de segurança são calculados por todos os "Indiferentes" em função dos consumos mensais. O resultado da análise ABC é fornecido aos respectivos serviços utilizadores por todos os hospitais. Além disso, a análise ABC é utilizada como ferramenta de apoio à tomada de decisão e, a cada serviço utilizador, é dado a conhecer qual a classificação dos produtos que consome.

No que diz respeito, ao relacionamento com os fornecedores, os hospitais deste "cluster" distingue-se dos outros por utilizarem muito pouco os contratos de longo prazo com os fornecedores, como forma de garantir o fornecimento atempado dos materiais. Verifica-se ainda, que têm vários fornecedores por item, mas só ocasionalmente este factor é usado como uma forma de garantir o fornecimento de materiais.

Os Hospitais "Indiferentes" não registam situações de entregas antecipadas das encomendas. Das justificações apresentadas para os atrasos ocorridos destacam-se os pagamentos em atraso. Os fornecedores são penalizados, por estes hospitais, através de exclusão em consultas futuras e de pagamento dos custos acrescidos.

As conclusões a que se pode chegar quanto às práticas de compras são várias. Assim verifica-se que os hospitais "Indiferentes" utilizam um conjunto de documentos que lhes permite identificar e controlar os materiais que se pretendem comprar e que têm em armazém. Os meios referidos para comunicar com os fornecedores, muito poucas vezes são utilizados, apesar de ter sido uma resposta consensual.

Analisando os motivos que condicionam a tomada de decisão de comprar, pode afirmar-se que os motivos mais referidos foram os seguintes: espaço de armazenamento, quantidades necessárias para as solicitações dos serviços utilizadores e condições requeridas pelos materiais. De acrescentar que, a dimensão do equipamento de transporte, muito raramente é indicado como condicionante da compra.

E no que diz respeito às compras centralizadas, os hospitais "Indiferentes", referem que os produtos adquiridos, mais frequentemente, através de compras centralizadas promovidas por outras entidades são os que, em termos económicos, têm um papel muito importante: produtos farmacêuticos e material de consumo clínico. Estes hospitais referem que se deveria adquirir, dessa forma, os produtos da classe C, ou seja os produtos que apesar de serem em número elevado, no seu total representam pouco valor. Poder-se-á constatar aqui alguma contradição.

A entidade que promove a totalidade das compras centralizadas a que os "Indiferentes" aderem é o IGIF. As justificações apresentadas para o não cumprimento dos contratos, de compras centralizadas, são os atrasos na realização dos contratos e o número de artigos insuficientes que esses contratos integram.

Depois da análise efectuada à frequência de utilização dos diversos tipos de contrato, como forma de aquisição de bens e serviços, podem ser identificadas elementos diferenciadores dessa prática. Assim, encontram-se comportamentos diferenciados ao nível da gestão de materiais, ou seja, no que diz respeito ao consumo de produtos que economicamente são mais importantes, à utilização de algumas das ferramentas de apoio à decisão, como sejam, a QEE e a análise ABC.

Em termos de relacionamento com os fornecedores, verificou-se que, os Hospitais "Anti-Burocracia" ainda mantêm uma atitude tradicional de dependência de muitos fornecedores e até de exclusividade, que vai contra as novas tendências de existência de número reduzido. Apesar de, uma das justificações para o elevado número de fornecedores, ser uma garantia de que os materiais não faltam nos hospitais, estes registam situações de atrasos de encomendas, que chegam a ser de 4 semanas. Os fornecedores têm apresentado um conjunto, bastante diversificado de justificações, para os atrasos verificados. São os Hospitais "Anti-Burocracia" os que registam maior

incidência de justificações associadas a pagamentos em atraso. São, igualmente, aqueles hospitais que utilizam diferentes penalizações para com os fornecedores que não cumprem os compromissos.

Relativamente às diferenças em termos das práticas de compras verificou-se que, apesar de os Hospitais "Anti-burocracia" serem os que menos documentos utilizam nesta área, são aqueles que mostram alguma abertura, para a utilização de novas tecnologias, nomeadamente, na forma de comunicar com os fornecedores. Existiram outras diferenças, embora não tão acentuadas, relacionadas com as práticas de compras como sejam ao nível dos tempos médios dos diferentes tipos de contrato e dos elementos tidos em consideração, no momento de comprar.

As práticas de compras centralizadas registaram também comportamentos diferenciados, dependentes do tipo de contrato. Assim, verificou-se que essas diferenças existem ao nível dos produtos adquiridos dessa forma, ou seja, os Hospitais "Anti-Burocracia" compram de forma centralizada os produtos que, em termos económicos, têm um papel mais relevante. A entidade que tem a responsabilidade de promover, a grande parte, das compras centralizadas é o IGIF. Este organismo detém o exclusivo das compras realizadas, de forma centralizada, pelos Hospitais "Medianamente burocratizados" e os "Indiferentes". Outra diferença identificada prende-se com as justificações apresentadas para o não cumprimento dos contratos deste tipo de compras. Assim, são aos Hospitais "Medianamente burocratizados" que é apresentado, apenas, uma justificação para esse incumprimento e que se relaciona com os atrasos na entrega dos concursos.

Em face destes resultados pode afirmar-se o tipo de contrato de aquisição de bens e serviços pode ser considerado como condicionante em termos de práticas de aprovisionamento.

2 SUGESTÕES PARA FUTURAS INVESTIGAÇÕES

Procurou-se, com este estudo, aprofundar os conhecimentos da Função Aprovisionamento nos Hospitais Públicos Portugueses. Apesar das preocupações de rigor, que permitissem a realização de um trabalho de investigação válido e pudesse contribuir para o

aprofundamento desta área de estudo, o mesmo não está isento de falhas. Para tal muito contribuiu o facto de a população em estudo ser reduzida. Esta realidade associada ao facto de o questionário administrado se ter revelado algo extenso, levou a que o número de respostas válidas, em que este estudo se sustenta, tenha, também ele, sido reduzido.

Daqui decorrem algumas pistas para investigação futura, de forma a corrigir as deficiências detectadas. Assim, parece adequado desenvolver estudos de casos, com a escolha criteriosa dos elementos a seleccionar, de forma a pode corroborar-se, ou não, as conclusões sugeridas por este estudo.

Em termos de metodologia, seria também muito interessante, e após algum tempo, pode aplicar-se um novo questionário, com apenas algumas das questões agora colocadas, a fim de identificar a evolução efectuada e de aumentar a taxa de resposta.

Nesta investigação optou-se por se estudar apenas os hospitais públicos não especializados. Parece adequado estender este estudo a outros hospitais. Será particularmente interessante comparar o comportamento dos hospitais públicos com o dos hospitais privados, nesta área, onde as diferenças das lógicas de funcionamento de uns e de outros se fazem, porventura, sentir de forma mais profunda.

Outro aspecto que pode ser proposto, é aprofundar certos conceitos da Gestão de Materiais que se têm vindo a revelar extremamente importantes para um bom desempenho da função Aprovisionamento, nas organizações. Estes conceitos prendem-se com *just-in-time*, logística, utilização de novas tecnologias, tanto a nível de hardware e software, como de movimentação física dos materiais e identificar algumas variáveis de avaliação de desempenho e estudá-las.

Outro tipo de abordagem pode ser realizada é o de classificar os hospitais segundo o nº de camas, que apesar de o nº de camas estar implícito no tipo de hospital, esta classificação pode não conduzir a resultados iguais.

BIBLIOGRAFIA

A.P.A.H. (1993) "Gestão Hospitalar*", Revista da Associação Portuguesa de Administradores Hospitalares*, Vol. A 1, Nº 1, Pág. 7 – 9.

ABELLA, Antonio (1998) "La Gestión de Compras en el Laboratório", II Jornadas de Logística Hospitalaria, Mesa - La Gestión de Compras en el Laboratório, Menarini Diagnósticos. S.A., Madrid.

ABRANTES, Alexandre Vieira; TAVARES, António e GODINHO, Joana (1989) "Manual de métodos de investigação em saúde", Associação Portuguesa dos Médicos de Clínica Geral, Lisboa.

Agency for Health Care Policy and Research - The department of health and Human Services (1998) "*Healthcare Cost & Utilization Database*", Government, Gaithersburg.

Agency Sales (1997) "Purchasing Pratices Changing Dramatically"; *Agency Sales*; Vol.27; Nº 3; Pág. 17 – 19.

ÁGUILA, V.L.A. (1998) "Gestión del Material Sanitario: Participación e Intervención del Farmacéutico"; *Farmácia Hospitalar*; Vol. 22.

AISA, B.S. et al. (1998) "? Es Posible Eliminar el Estoc en la Unidad de Enfermaria?"; *Farmácia Hospitalar*; Vol. 22.

ALMEIDA, Anabela A. (1995) "Os Modelos de gestão de stocks - case study: Nova Penteação e Fiacção da Covilhã. Lda.", Dissertação de Mestrado em Gestão, Universidade da Beira Interior, Covilhã.

ALMEIDA, João Ferreira e PINTO, José M. (1995) "A Investigação nas Ciências Sociais", Nº 14, Editorial Presença, Ld, Lisboa.

ALT, Susan (2001) "Review shows safety needles leave hospitals in quandary", *Hospital Materials Management*, Vol. 26, Nº 9, Pág. 1 – 10.

AMMER, Dean S. (1979) "*Administração de Material*", Dunod, Rio de Janeiro.

ANDERSON, Jack (1982) "Selecting the Right Group Purchasing Program", *Hospital Materiel Management Quarterly*, Vol. 3, Nº 3, Pág. 21 –27.

ANDRELINI, Giuseppe F.M. (s/d) "Técnica dos Aprovisionamentos", Direcção de Empresas, Nº 49, Pórtico, Lisboa.

APES (1997) "Financiamento da Saúde em Portugal", Resumo de um debate, APES, Lisboa.

Arthur Anderson (1990) "Stockless Materials Management - How it fits into the Healthcare Cost Puzzle", Arthur Anderson.

ASSIS, Rui e FIGUEIRA, Mário (1991) "Microstocks:, Apoio à decisão em gestão económica de stocks", Colecção Decisão Empresarial, Nº 1, IAPMEI, Lisboa.

ASSIS, Rui e FIGUEIRA, Mário (1992) "Microflow: Produção Just - in – Time", Colecção Decisão Empresarial, Nº 2, IAPMEI, Lisboa.

AVERY, Susan (1993) "Buyers rein in big ticket 'onesies'", *Purchasing*, Vol. 115, Nº 2, Pág.53.

AVERY, Susan (1999) "Team approach to buying improves precess efficiency"; *Purchasing*; Vol. 126; Nº 6; Pág. 55 – 57.

AVIV, Yossi e FEDERGRUEN, Awi (2001) "Design for postponement: A comprehensive characterization of its benefits under unknown demand distributions", *Operations Research*, Vol. 49, Nº 4, Pág. 578 – 598.

AZEVEDO, Susana M.P.G. (1999) "Práticas de Gestão da Produção e das Operações em Empresas Industriais da Beira Interior e o seu Impacto no Desempenho da Função Produção", Dissertação de Mestrado em Gestão, Universidade da Beira Interior, Covilhã.

BAKER, T.L. (1988) "Doing Social Research", Mc Graw Hill, New York.

BARATA, António A.P.C. (1987) "Proposta Organizativa e de Procedimento para o Serviço de Instalações e Equipamentos do Hospital Geral de Santo António", ENSP, Lisboa.

BARATA, Maria Dulce (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.

BARBOSA, P.M. (s/d) "Administração - Economia e Financiamento da Saúde".

BARNES, Nancy D.; BRITTON, Lynn; CANTIN, Robert A.; MILAM, Sherri A. e MIRANDA, Annalisa (1999) "Riding the Waves of change in health system material management - Team building in times of uncertainty", *Health Care Supervisor*, Vol. 17, Nº 4, Pág. 49 – 53.

BARRETO, António (1995) "A Situação Social em Portugal. 1960- 1995 - A saúde", Instituto de Ciências Sociais - Universidade de Lisboa, Lisboa.

BARROS, Pedro Pita (1997) "Eficiência e modos de Pagamento aos Hospitais", Documentos de Trabalho, nº 3/97, APES, Lisboa.

BARRULAS, Maria Joaquina (1998) "Sistemas de Informação para a Saúde - Texto de *Apoio às aulas do Mestrado em G. U. Saúde*", Universidade da Beira Interior, Covilhã.

BEECH, Alfred (2001) "Market-based demand forecasting promotes informed strategic financial planning", *Health Financial Management*, Vol. 5, Nº 11, Pág. 46 – 56, Westchester.

BEIER, Frederick J. (1995) "The management of the supply chain for hospital pharmacies: A focus on inventory management practices", *Journal of Business Logistics*, Vol. 16, Nº 2, Pág. 153.

BELLIZZI, Joseph A. e BELONAX, Joseph J. (1982) "Centralized and Decentralized Buying Influences"; *Industrial Marketing Management*; Vol. 11; Nº 2.

BERNARDINO, Mário (2000) "Aquisições de Bens e Serviços na Administração Pública", Almedina.

BERNATÉNÉ, H. (1965) "Prática de Compras na Empresa, Direcção de Empresa", 12, Editorial Pórtico, Lisboa.

BESTE, Jon T. e REED, Sheila (1989) "Group purchasing in health care: Whose agenda?", *Hospital Materiel Management Quarterly*, Vol. 10, Nº 4, Pág.25 – 35.

BICHO, João Pedro B.F. (1995) "Planeamento e Sistemas de Informação na Área de Saúde", Dissertação de mestrado em Geografia Regional, Faculdade de Letras da Universidade de Coimbra, Coimbra.

BIDLAKE, Suzanne (1993) "CWS Centralises Marketing Power; *Marketing*; Vol. 25; Nº5.

BINGHAM, W.V.D. e MOORE, B.V. (1924) "How to interview", Harper and Row, Nova Iorque.

BORBA, Valdir Ribeiro (1985) "Administração Hospitalar", Princípios Básicos.

BORGES, Ana Paula Garcia (1988) "Avaliação e Perspectivas no Modelo de Gestão por áreas de administração nos HUC", XVII Curso de administração hospitalar, ENSP, Lisboa.

BRAGA, Miguel (1991) "Gestão do Aprovisionamento: Gestão de compras. stocks e armazéns", Biblioteca de Gestão Moderna, Nº 53, Presença, Lisboa.

BRITO, Carlos Melo e RAMOS, Carla (2001) "O Marketing das Compras"; Cáceres - 14 e 16 de Fevereiro de 2001 - XI Jornadas de Gestión Científica.

BRONZE, José António (1984) "Implantação do serviço central de esterilização do novo Hospital Central de Coimbra", XIII Curso de administração hospitalar, ENSP, Lisboa.

BROOKS, R. (1984) "Comment incorporer la qualité aux activités d'aproviaionnement", Acheteurs, Nº 360.

BRUEL, Olivier (1986) "Aprovisionamento das empresas", Espiral, Rés Editora. Lda..

BRYMAN, Alan e CRAMER, Duncan (1993) "Análise de dados em Ciências Sociais: Introdução às Técnicas Utilizando o SPSS", Celta Editora, Oeiras.

BRZEZICKI, Michael J e REED, Patricia A. (1982) "What Makes a Successful Group Purchasing Program?", *Hospital Materiel Management Quarterly*, Vol. 3, Nº 3, Pág.1 – 6.

BURKE, DE e DEJESUS, F. (1997) "Everybody wins!--nursing redesigns patient supplies"; *Nurs Econ*; Vol. 15; Nº 2; Pág. 102 – 104.

BURMAN, Richard (1995) "Manufacturing Management: Principles and systems", Mc Graw-Hill Book Company, England.

Business Owner (2000) "How to price quantity orders to increase your sales and profits", *Business Owner*, Vol. 24, Nº 3, Pág. 8 – 9.

CAETANO, Eduardo (1983) "O Problema das Centralizações no Hospital", Coimbra Editora Lda., Coimbra.

CALIMERI, Michele (1969) "Manual del Director de Compras", Ediciones Deusto.

CAMPOS, A.C. (1981) "O Controle dos Gastos em Saúde – Racionamento ou Redistribuição", Cadernos de Saúde, Nº 7, ENSP, Lisboa.

CAMPOS, A.C. (1984) "Os hospitais no sistema de saúde português", ENSP, Lisboa.

CAMPOS, A.C. (1990) "A Hora da Reforma: Linhas Gerais para a Revisão do Serviço Nacional de Saúde em Portugal", *Farmácia Portuguesa*, Nº 63, Pág. 45 – 49.

CAMPOS, A.C. (1991) "Estado-Providência - Perspectivas e Financiamento. O caso da Saúde", Sociologia - Problemas e Práticas, Nº 9, Pág. 9 – 26.

CAMPOS, A.C. et al. (1990) "Estado-Providência. Perspectivas e Financiamento – O caso da Saúde", I Congresso Luso-Africano-Brasileiro de Ciências Sociais, Coimbra.

CANCELO, Ángel (1999) "Algunas Propuestas para Mejorar la Eficiencia de las Organizaciones publicas de servicios sanitarios", III Jornadas de Logística Hospitalaria - Las Sinergias de la Gestión Logística en el Área de Salud, Menarini Diagnósticos, S.A., Madrid.

CANTARERO PRIETO, David (2001) "Gasto Público y Financiación en la Sanidad Espanola: Especial Referencia a la Valoración de las Necesidades de Gasto por Comunidades Autónomas", Actas das XXI Jornadas de Economia de la Salud - Coordinación e Incentivos en sanidad, Asociación de Economía de la Salud, Oviedo.

CAROCO, Maria Margarida Sanches (1988) "Reposição automática de stocks de material de consumo clinico irrecuperável nos HUL", XVII Curso de Administração Hospitalar, ENSP, Lisboa.

CARTER, Joseph R. e NARASIMHAN, Ram (1996) "Is Purchasing Really Strategic ?"; *International Journal of Purchasing and Materials Management*; Vol. 32; Nº 1; Pág. 20 – 28.

CARUANA, Albert (2001) "Steps in forecasting with seasona regression: a case study from the carbonated soft drink market", *Journal of Product and Brand Management*, Vol. 10, Nº 2, Pág. 94 – 102.

CARVALHO, Lourdes de Freitas (1973) "Serviço de arquivo médico e estatística de um hospital", Ed. da Universidade de São Paulo, São Paulo.

CARVALHO, Sabino dos Santos Sobral de (1973) "A centralização das lavandarias hospitalares do Grande Porto para 1980", Curso de Administração Hospitalar 1971/1972, ENSP, Lisboa.

CASTAÑO, A.D.; GUARRO, M. e VILÁS, F. (1997) "Evaluación de la Gestión de Stocks de Productos Sanitários por el Servicio de Farmacia"; XLII Congreso de la SEFH - GESTIÓN; Vol I; Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria.

CASTELLS, A. e BOSCH, N. (1999) "Desequilibrios territoriales en España y Europa", Ariel Economía, Barcelona.

CHASE, R. e AQUILANO, N. (1995) "Gestão da Produção e das Operações", Editora Monitor - Projectos e Edições Lda., Lisboa.

CHÉU, João H.B. (1976) "Criação de uma Divisão de Aprovisionamento Distrital", ENSP, Lisboa.

CHIAVENATO, Idalberto (1990) "Iniciação ao Planejamento e Controle da Produção", Mc Graw Hill.

CHIAVENATO, Idalberto (1991) "Iniciação à Administração da Produção", Mc Graw Hill.

CIPOLLA, C.M. (1991) "Between Two Cultures: An Introduction to Economic History", W.W. Norton & Company.

CLEVELAND, Harlan (1982) "Information as a resource", *The Futurist*, Dezembro, Pág.34 – 39.

Club Orgaconseil Sud-Est (1995) "Mâitriser ses Achats pour Reduice ses Côuts", *Léxpansion Management Review*, Março.

COLLINS, Charles e GREEN, Andrew (1999a) "Public sector hospitals and organizational change: na agenda for policy analysis", *The International Journal of Health Planning and Management*, Vol. 14, Nº 2, Pág. 107 – 128.

COLLINS, David; NJERU, Grace; MEME, Julius e NEWBRANDER, William (1999b) "Hospital autonomy: the experience of Keny atta National Hospital", *The International Journal of Health Planning and Management*, Vol. 14, Nº 2, Pág. 129 – 153.

COLOMB, Paul (s/d) "Gestion des Stocks et des Pieces de Rech".

COMCOWICH, Delores (1991) "Managing materiel in a multidivisional corporation", *Hospital Materiel Management Quarterly*, Vol. 13, Nº 2, Pág. 22 – 26.

Comissão das Comunidades Europeias (1994) "Programa de acção comunitária de promoção, informação, educação e formação para a Saúde no âmbito do quadro de acção no domínio da Saúde Pública", Serviço de Publicações Oficiais das Comunidades Europeias, Bruxelas.

CONCHEIRO SANTOS, Pilar G. e DIEGUEZ BENITO, José A. (s/d) "Politica y Gestión de Compras".

Conselho de Reflexão para a Saúde (1997) "Opções para um debate Nacional", Porto.

CORBETT, Charles J. (2001) "Stochastic inventory systems in a supply chain with asymmetric information: Cycle stocks, safety stocks, and consignment stock", *Operations Research*, Vol. 49. Nº 4, Pág. 487 – 500.

COREY, Raymond E. (1978) "Should Companies Centralize Procurement?", *Harvard Business Review*, Vol. 56, Nº 6.

COSIALLS, D. (1999) "La Reforma Logística del Complejo Hospitalario de Albacete: Una Aproximación al Proceso Productivo"; *Gestión Hospitalaria*; Vol. 10; Nº 3; Pág. 133 – 135.

COSTA, António Paulo Teixeira; MACHADO, Altamiro Barbosa e ALMEIDA, Orlando Henriques (1987) "Gestão de stocks - Relatório de estágio", U.M., Braga.

COSTA, Carlos (1994) "Os DRG (Diagnosis Related Groups) e a Gestão do Hospital"; *Revista Portuguesa de Gestão*; Nº III/IV; Pág. 47-65.

COSTA, José Duarte (1977) "O Serviço de Aprovisionamento no H.G.S.A. - Contributo para uma reestruturação Administrativa", ENSP, Lisboa.

COURTOIS, Alan; PILLET, Maurice e MARTIN, Chantal (1991) "Gestão da Produção", Ed. Técnicas, Biblioteca da Indústria, Lidel, Lisboa.

CROLAIS, Michel (1989) "Gestão Integrada dos Stocks", Espiral, Rés Editora. Lda..

CUF (1972a) "As tarefas dos diversos membros da função Aprovisionamento", Acheteurs (Trad.), Junho in MANSO, Ana Maria Sequeira (1980) "Contributo para a implementação de técnicas de gestão no Hospital Distrital de Braga", ENSP, Lisboa.

CUF (1972b) “Como o Aprovisionamento contribui para a Gestão”, Purchasing Magazine (Trad.), Janeiro in MANSO, Ana Maria Sequeira (1980) “Contributo para a implementação de técnicas de gestão no Hospital Distrital de Braga”, ENSP, Lisboa.

CUNHA, José Maria V.D.D. (1991) “A Experiência Portuguesa na Centralização de compras Hospitalares”, XX Curso de administração hospitalar, ENSP, Lisboa.

DADZIE, Kofi, Q.; JOHNSTON, Wesley J.; DADZIE, Evelyn W. e YOO, Bonghee (1999) “Influence in the organizational buying center and logistics automation technology adoption”; *Journal of Business & Industrial Marketing*; Vol. 14; Nº 5/6; Pág. 433 – 444.

DAVID, Deolinda (1988) “Distribuição de Produtos no Hospital”, II Encontro Nacional sobre Aprovisionamento Hospitalar.

DAWES, Philip L.; DOWLING, Grahame R. e PATTERSON, Paul G. (1992) “Factors Affecting the Structure of Buying Centers for the Purchase of Professional Business Advisory Services”; *International Journal of Research in Marketing*; Vol. 9; Nº 3; Pág. 269 – 279.

DEJOHN, Paula (1999a) “Outsourced department streamlines contract use”; *Hospital Materials Management*; Vol. 24; Nº 9; Pág. 1,9 – 11.

DEJOHN, Paula (1999b) “Group hunts for weak links in member's supply chains”; *Hospital Materials Management*; Vol. 24; Nº 6; Pág. 1, 8.

DEJOHN, Paula (2000a) “This is real integration: CHW centralizes buying”, *Hospital Materials Management*, Vol. 25, Nº 5.

DEJOHN, Paula (2000b) “Capitated deal improves utilization, standardization”, *Hospital Materials Management*, Vol. 25, Nº 1, Pág. 1,9.

DEJOHN, Paula (2001) “St. Louis IDN reinvents supply chain step by step”, *Hospital Materials Management*, Vol. 26, Nº 11, Pág. 2 – 14.

DELGADO, Manuel (1989) “Gestão Hospitalar em Portugal: a Evolução dos Últimos 20 anos; *Revista Portuguesa de Saúde Pública*; Vol. 7; Nº 2; Pág. 47-54.

DELGADO, Manuel (1999) "O presente e o futuro dos Hospitais Portugueses: Algumas notas para reflexão", 6º Encontro da APES - livro de Homenagem a Augusto Mantas, APES, Lisboa.

DELLAERT, Nico e POEL, Erik Van (1996) "Global inventory control in an academic hospital"; *International Journal of Production Economics*; 46-47; Nº 1 – 3; Pág. 277 – 284.

DELMAR, Donald (1982) "Operations and Industrial Management - Designing and managing for productivity", McGraw-Hill Book Co..

DEMIEN, Kent (2001) "On Wisconsin: Collversion nets big bucks", *Hospital Materials Management*, Nº Out, Pág. 14 – 16.

DEMONCHY, A. (1979) "*L'a Gestion des Approvisionnements à L'Hopital - 2ª Parte*", Gestions Hospitalières, Nº 183, Pág. 129-134.

Departamento de Estudos e Planeamento da Saúde (1989) "Normas para o planeamento de equipamento de saúde", Ministério da Saúde, Lisboa.

Departamento de Estudos e Planeamento da Saúde (1995) "A Saúde em Portugal", Ministério da Saúde.

Departamento de Estudos e Planeamento da Saúde (1997) "Estabelecimentos Hospitalares", Portugal - 1996, Ministério da Saúde.

Departamento de Gestão Financeira (2000) "Serviço Nacional de Saúde - Contas Globais 1998", IGIF.

Departamento de Recursos Humanos do Ministério da Saúde (1990) "Aprovisionamento", Departamento de Recursos Humanos do Ministério da Saúde, Lisboa.

DIABY, Moustapha; BAHL, Harish C.; KARWAN, Mark H. e ZIONTS, Stanley (1992) "A Lagrangean Relaxation Approach for Very-large-scale Capacitated Lot-sizing"; *Management Science*; Vol. 38; Nº 9; Pág. 1329 – 1340.

DILWORTH, James B. (1996) "Operations Management", Mc Graw Hill International Editions, New York.

Direcção Geral da Saúde (1998a), "O Hospital Português".

Direcção Geral da Saúde (1998b), "Proposta de enquadramento e Organização dos Sistemas Locais de Saúde/Unidades Funcionais de Saúde", Seminário Regional: Sistemas Locais de Saúde – Constituição, Organização e Funcionamento, Direcção Geral da Saúde, Covilhã.

DUARTE, A. Meneses (1971a) "A Função Aprovisionamento nos Hospitais Regionais", ENSP/Direcção Geral dos Hospitais, Lisboa.

DUARTE, A. Meneses (1971b) "Aprovisionamento", Documento de Trabalho da disciplina de Teoria de Administração Hospitalar.

DUARTE, A. Meneses (1982) "Balanço de Actividades - Período 1976- 1982", Serviços de Aprovisionamento da Secretaria Geral do Ministério dos Assuntos Sociais, Lisboa.

DUARTE, A. Menezes; SANTOS, Correia; BORGES, J.P.; REIS, R. Lopes (1981) "A Questão da Centralização das Compras nos Serviços de Saúde", I Encontro Nacional sobre Aprovisionamento Hospitalar, Lisboa.

DUARTE, A.Menezes (1995) "As Compras Públicas no Sector da Saúde"; *Revista da Associação Portuguesa de Administradores Hospitalares - Gestão Hospitalar*; Nº 31; Pág. 12-15.

DUNLOP, David W e MARTINS, Jo M. (1995) "An International Assessment of Health Care Financing - Lessons for Developing Countries", EDI Seminar Series, The World Bank, Washington.

EGBELU, PJ; HARMONOSKY, CM; VENTURA, JA; OBRIEN, WE e SOMMER; HJ (1998) "Cost analysis of hospital material management systems"; *Journal of Soc Health Syst*; Vol. 5; Nº 4; Pág. 1 – 10.

ESCOVAL, Ana (1999) "Sistemas de Financiamento da Saúde", Análise de Tendências, Lisboa.

European Observatory on Health Care Systems (1999) "Helath Care Systems in Transition – Portugal", European Observatory on Health Care Systems.

FAYOL, Henri (1981) "Administração Industrial e Geral - Programação, organização, comando, coordenação e controle", Editora Atlas, S. Paulo.

FEARON, Harold E. (1988) "Organizational Relationships in Purchasing"; *International Journal of Purchasing and Materials Management*; Vol. 24; Nº 4; Pág. 2 – 12.

FERGUSON, Kevin (1999) "Purchasing in Packs: How companies can cut costs by joining buying pools", Business Week, Nov, Nº 3653, Pág. EB32-EB38, New York.

FERGUSON, Wade C. ; HARTLEY, Mark F.; TURNER, Gregory B. e PIERCE, Edward M. (1996) "Purchasing's role in corporate strategic planning; *International Journal of Physical Distribution & Logistics Management*; Vol. 26; Nº 4; Pág. 51 – 62.

FERNANDÉZ, José Luis Díaz (1997) "Algunos tópicos sobre la gestión hospitalaria"; *Revista de Administración Sanitaria*; Vol. I; Nº 2.

FERREIRA, F.A.G. (1989a) "Sistemas de Saúde e seu Funcionamento", Fundação Calouste Gulbenkian, Lisboa.

FERREIRA, F.A.G. (1989b) "Moderna Saúde Pública", Fundação Calouste Gulbenkian, Lisboa.

FERREIRA, F.A.G. (1990) "História da Saúde e dos Serviços de Saúde em Portugal", Fundação Calouste Gulbenkian, Lisboa.

FERRINHO, Paulo (1999) "Políticas e Sistemas de Saúde", Textos de Apoio às aulas do Mestrado em G. U.Saúde, Universidade da Beira Interior, Covilhã.

FETTER, Robert B. (1991) "Diagnosis Related Groups - Understanding Hospital Performance", *Interfaces*, Vol. 21, Nº 1, Pág. 6 – 26.

FILIPPINI, Roberto (1997) "Operations Management Research: Some Reflections on Evolution, Models and Empirical Studies in OM", *International Journal of Operations & Production Management*, Vol. 17, Nº 7, Pág. 655 – 670.

FISHER, Adrian (1983) "Copying Costs - A Systems Approach"; *Management Services*; Vol. 27; Nº 3; Pág. 8 – 14.

FLINT, Perry (1993) "Wake up Faster"; *Air Transport World*; Vol. 30; Nº 10; Pág. 62 – 64.

FOLLAND, Sherman T. e HOFLER, Richard A. (2001) "How reliahle are hospital efficiency estimates ? Exploiting the dual to homothetic production", *Health Economics*, Vol. 10, Nº 8, Pág. 683 – 698.

FROST, Scott (2001a) "Buying in: IDN reaps GPO benefits", *Hospital Materials Management*, Vol. 26, Nº 7, Pág. 11 – 13.

FROST, Scott (2001b) "Santa Clara auditors verify GPO savings", *Hospital Materials Management*, Vol. 26, Nº 8, Pág. 2 – 14.

FUNG, Patrick (1999) "Managing purchasing in a supply chain context - evolution and resolution"; *Logistics Information Management*; Vol. 12; Nº 5; Pág. 362 – 366.

Gabinete do Secretario de Estado da Administração de Saúde (1998) "Gestão de Materiais no Hospital", Curso de Formação, GSEAS, Lisboa.

GALLOWAY, R.L. (1993) "Principles of Operations Management", Routledge, London.

GEUNES, Joseph P.; RAMASESH, Ranga V. e HAYYA, Jack C. (2001) "Adapting the newsvendor model for infinite-horizon inventory systems", *International Journal of Production Economics*, Vol. 72, Nº 3, Pág. 237 - 250

GHIGLIONE, Rodolph e MATALON, Benjamin (1992) "O Inquérito - Teoria e Prática", Celta Editora, Oeiras.

GILBERT, Steven B. (2001) "New Millennium Strategic Initiatives for health are Purchasing", *Hospital Materiel Management Quarterly*, Vol. 22, Nº 3, Pág.71 – 78.

GILMAN, Boyd H. (2000) "Hospital response to DRG refinements: the impact of multiple reimbursement incentives on inpatient length of stay", *Health Economics*, Vol. 9, Nº 4, Pág. 277 – 294.

GIUNIPERO, Larry C. e MONCZKA, Robert M. (1990) "Organisational Approacbes to Managing International Sourcing", *International Journal of Physical Distribution & Logistics Management*, Vol. 20, Nº 4, Pág. 3 – 12.

GIUNIPERO, LarryC. e LAW, Wai K. (1989) "Inventory production practices of hopsital materiel magagers"; *Hospital Materiel Management Quarterly*; Vol. 10; Nº 3; Pág. 15 – 22.

GOMES, Diogo Santos e DIAS, José Lopes (1987) "O serviço Nacional de saúde: Descrição sumária do seu potencial", Direcção Geral dos Cuidados de Saúde Primários.

GOMES, Manuel Rodrigues (1998) "Nota Prévia - Fórum de Lisboa de Administração de Saúde - Ciclo de conferências: 1997/1998", Org. Fundação Calouste Gulbenkian, Escola Nacional de Saúde Pública e Associação Portuguesa de Administradores Hospitalares, Fundação Calouste Gulbenkian, Lisboa.

GONZÁLEZ BENITO, Javier e SUÁREZ GONZÁLEZ, Isabel (1999) "Factores Determinantes del Aprovisionamiento Ajustado: Evidencia Empírica en la Industria Espanola de Fabricantes de Componentes de Automoción", IAM - PRIMER Congresso Internacional, Madrid.

GOSSON, W.J. (1983) "Control of Purchasing, Control of Projects - Purchasing and Materials", Penwell Books, Tulse.

GOULD, M. e JONES, K. (1996) "Analyzing perceived limiting long term illness using U.K. Census microdata", Social Science and Medicine, Vol. 42, Nº 96, Pág. 857 - 869.

GRASHOF, John F. (1979) "Sharing the Purchasing Decision"; *Journal of Purchasing and Materials Management*; Vol. 15; Nº 2; Pág. 26.

GRONROOS, Christian (1982) "An applied service marketing theory", *European Journal of Marketing*, Vol. 16, Nº 7, Pág. 30 – 41.

GROSSMAN, M. (1972) "The Demand for Health", NBER Occasional Paper, 119, Columbia University Press, New York.

Grupo de trabalho para a elaboração da carta de equipamentos de saúde (1998) "Carta de equipamentos de saúde", Ministério da saúde.

Grupo de Trabalho sobre o Estatuto Jurídico do Hospital (1997) "Relatório Final".

GUDER, Faruk e ZYDIAK, James L. (2000) "Fixed cycle ordering policies for capacitated multiple item inventory systems with quantity discounts", *Computers & Industrial Engineering*, Vol. 38, Nº 1, Pág. 67 – 77.

GUERREIRO, Manuela e MENDES, Júlio (2000) "Gerir a comunicação e imagem de um hospital público", 2º Encontro do INA, Lisboa.

GUIMARÃES, Rui e CABRAL, José (1997) "Estatística", Mc Graw Hill de Portugal, Lisboa.

GUMANI, Haresh e TANG, Christopher S. (1999) "Note: Optimal ordering decisions with uncertain cost and demand forecast updating", *Management Science*, Vol. 45, Nº 10, Pág.1456 – 1462.

GUTH, Paul J. (1988) "Purchase Order Contents, Receiving and Accounts Payable"; *Hospital Materials Management* Quarterly; Vol. 10; Nº 2; Pág. 29 – 34.

HAIR, Joseph F.; ANDERSON, Roph E.; TATHAM, Ronald L. e BLACK, William C. (1995) "Multivariate Data Analysis with Reading", 4ª Ed., Prentice Hall Intemational Editions, USA.

HARDING, H.A. (1987) "Administração da Produção", Editora Atlas, S. Paulo.

HARRIGAN, Kathryn Rudie (1985) "An Application of Clustering for Strategic Group Analysis", *Strategic Management Journal*, Vol. 6, Pág. 55 – 73.

HARTWELL, R.M. (1974) "The Economic History of Medical Care", The Economics of Healtb and Medical Care.

Health Management Technology (2001) "Linking the Right System - Efficient use of resources may be as simple as adding one solution to another", *Health Management Technology*, Vol. 22, Nº 7, Pág. 56 – 57.

HENNING, William K. (1987) "The materiel manager; chief financial officer alliance"; *Hospital Materiel Management Quarterly*; Vol. 9; Nº 1; Pág. 78 – 86.

HENNING, Willian H. (1980) "Utilizing Suppliers to the Hospital's Best Interests", *Hospital Materiel Management Quarterly*, Fevereiro.

HERRANZ, A. (1998) "Actividades de Gestión del Producto Sanitario en el Servicio de Farmacia"; *Farmácia Hospitalar*; Vol. 22.

HITOMI, Katsundo (1995) "Comment on Optimum Constrained EOQs for Multiple Products with espace Restriction", *Journal of Manufacturing Systems*, Vol. 14, Nº 2, Pág. 126 – 129.

HOBBS, John A. (1976) "Controles de estoques e de produção", Mc Graw Hill – Brasil.

HOFFHINE, Charles E. (1987) "Financial trends bringing finance and materiel management together"; *Hospital Materiel Management Quarterly*; Vol. 9; Nº 1; Pág. 28 – 34.

HOLMES, M. e SHAND, D. (1995) "Management Reform - Some Practitioner Perspectives on the Past Tem Years", *Governance*, Vol. 18, Nº 4.

HORTON, F.W. , Jr. (1988) "Mapping Corporate Information Resources", *International Journal of Information Management*, Vol. 9, Pág. 91 – 95.

Hospital Materials Management (2000) "Hospital Purchasing hospital labs taking Abbott Labs decl'ee in stride: CLMA wins extra time to convert"; *Hospital Materials Management*; Nº Jan; Pág. 3.

HOUSLEY, Charles E. (1987) "Building a oompetitive advantage"; *Hospital Materiel Management Quarterly*; Vol. 9; Nº 2; Pág. 19 – 28.

HOWSON, T.G. e DALE, B.G. (1991) "An Examination of the Purchasing Function in a Sales-oriented Company"; *International Journal of Operations & Production Management*; Vol. 11; Nº 5.

HUARNG, Fenghueih (1998) "Hospital Material Management in Taiwan: A Survey", *Hospital Materiel Management Quarterly*, Vol. 19, Nº 4, Pág. 71 – 81.

HUDSON, T. (1999) "Buy vs. bye."; *Hospital Health Network*; Vol. 73; Nº Jul; Pág. 42 – 44.

IMPERATORI, Emilio (1984) "Indicadores de qualidade e serviços de cuidados de saúde primários em Portugal: uma abordagem para a sua utilização", Dissertação para concurso a um lugar de professor auxiliar da Escola Nacional de Saúde Pública, ENSP, Lisboa.

INE (1998) "Estatísticas de Saúde – 1997", INE.

INGRAM, Bob (1993) "A&P's central purchasing: Evolution through revolution?", *Supermarket Business*, Vol. 48, Nº 4, Pág. 59 – 60.

JENNINGS, Richard G. e PLANK, Richard E. (1995) "When the Purchasing Agent is a Committee: Implications for Industrial Marketing"; *Industrial Marketing Management*; Vol. 24; Nº 5; Pág. 411 – 419.

JOHNSON, Fraser; LEENDERS, Michiel R. e FEARON, Harold E. (1998) "The Influence of Organizational Factors on Purchasing Activities"; *International Journal of Purchasing and Materials Management*; Vol. 34; Nº 3; Pág. 10 – 19.

JOHNSTON, Wesley J. e BONOMA, Thomas V. (1981) "The Buying Center:; Structure and Interaction Patterns"; *Journal of Marketing*; Vol. 45; Nº 3; Pág. 143 – 156.

JONINEAU, C. (s/d) "L'analyse de la valeur", Ed. Lavoisier, Paris.

KALDOR, Dennis C. (1981) "Purchase on Y our Terms, Not Theirs"; *Hospital Materiel Management Quarterly*; Vol. 2; Nº 3; Pág. 57.

KELLER, G. e NOORI, H. (1988) "Impact of Investing in Quality Improvement on the Lot Size Model"; *Omega*; 16; Vol. 6; Pág. 595 – 601.

KETCHEN, David J. e SHOOK, Christopher L. (1996) "The Application of Cluster Analysis in Strategic Management Research - An Analysis and Critique", *Strategic Management Journal*, Vol. 17, Pág. 441 – 458.

KHOUJA, Moutaz (2001) "The effect of large order quantities on expected profit in the single-period model", *International Journal of Production Economics*, Vol. 72, Nº 3, Pág. 227 – 235.

KLUNK, Sarah Wenzel e ROSE, Steve (2000) "Building StrategIc Alliances: A Case Study"; *Hospital Materiel Management Quarterly*; Vol. 21; Nº 4; Pág. 40 – 46.

KOHLI, Ajay (1989) "Determinants of Influence in organizational Buying: contingency approach"; *Journal of Marketing*; Vol. 53; Nº July; Pág. 50 – 65.

KOWALSKI, Jaime C. (1991) "Materials management Crucial to Overall Efficiency", *Health Financial Management*, Vol. 45, Nº 1, Pág. 40 – 44.

KRISHNAN, Rachna Singal (1999) "Without nurses, inventory control impossible"; *Hospital Materials Management*; Vol. 24; Nº 6; Pág. 10 – 11.

KUNSELMAN, Robert B. (1999) "Hospital finds many reasons to outsource forms"; *Hospital Materials Management*; Vol. 24; Nº 7; Pág. 10 – 11.

KWAK, NK; DURBIN, E. e STANLEY, D. (1991) "An inventory model for optimizing purchasing of intravenous fluids for hospitaIs: a case study"; *Journal of Medicine System*; Vol. 15; Nº 2; Pág. 171 – 181.

KWAK, NK; DURBIN, E. e STANLEY, D. (1991) “An inventory model for optimizing purchasing of intravenous fluids for hospitals: a case study”, *Journal of Medicine System*, Vol. 15, Nº 2, Pág. 171 – 181.

LAIOS, Lambros G. e MOSCHURIS, Socrates J. (2001) “The influence of enterprise type on the Purchasing decision process”, *International Journal of Operations & Production Management*, Vol. 21, Nº 3, Pág. 351 – 372.

LAKATOS, Imre; WORALL, John; CURRIE, Gregory; ZAPATERO, Juan Carlos e CASTRILLO, Pilar (1996) “La metodología de los programas de investigación científica”, Alianza Editorial, Madrid.

LAMBERT, David R.; BOUGHTON, Paul D. e BANVILLE, Guy R. (1986) “Conflict ResoIution in OrganizationaI Buying Centers”; *Academy of Marketing Science*; Vol. 14; Nº 1; Pág. 57 – 62.

LAN, Shaw-Ping; CHU, Peter; CHUNG, Kun-Jen; WAN, Wun-Jung e LO, Ricky (1999) “A simple method to locate the optimal solution of the inventory model with variable lead time”, *Computers & Operations Research*, Vol. 26, Nº 6, Pág. 599 - 605.

LANDEROS, Robert e PLANK, Richard E. (1996) “How Ethical are Purchasing Management Professionals ?”, *Journal of Business Ethics*, Vol. 15, Pág. 789 – 803.

LAPLANTE, Alice (1992) “Inventory solution from Henry Ford's day is just as valid today”, *Infoworld*, Vol. 23, Nov., Nº 52.

LARSON, Paul D. (1999) “Logistics improvement programs: The dynamics between people and performance”; *International Journal of Physical Distribution & Logistics Management*; Vol. 29; Nº 2; Pág. 88 – 102.

LARSON, Paul D. e KULCHITSKY, Jack D. (1998) “Single Sourcing and Supplier Certification: Performance and Relationship Implications”; *Industrial Marketing Management*; Vol. 27; Pág. 73 – 81.

LAU, Geok-Theng; GOH, Mark e PHUA, Shan Lei (1999) “Purchase-Related Factors and Buying Center s«struture: Na Empirical Assessment”; *Industrial Marketing Management*; Vol. 28; ; Pág. 573 – 587.

LAW, Wai K. e OOTEN, Homer (1993) "Materiel Management Practoces and Inventory Productivity", *Hospital Materiel Management Quarterly*, Vol. 15, Nº 1, Pág. 63 – 74.

LEE, Hau L. (1992) "Lot Sizing to Reduce Capacity utilization in a Production Process with Defective Items, Process Corrections, and Rework"; *Management Science*; Vol. 38; Nº 9; Pág. 1314 – 1328.

LEE, Sang M. et al. (1985) "*Management Science*", Wm. C. Brown Publishers, Iowa.

LEESE, Brenda e MAHON, Ann (1999a) "The information requirements of total purchasing projects: Implication for primary care gropus"; *Journal of Management in Medicine*; Vol. 13; Nº 1; Pág. 13 – 22.

LEESE, Brenda e MAHON, Ann (1999b) "Management and relationships in total purchasing pilots: Relevance for primary care groups"; *Journal of Management in Medicine*; Vol. 13; Nº 3; Pág. 154 – 163.

LEJEUNE, Michel e BIED-CHARRETON, Denis (1992) "Comparaison des Modes Postal et en face à fece dans une enquête lourde in La Qualité de L'information dans les Enquêtes", Dunod, Paris.

LEVIN, Nissan e ZAHAVI, Jacob (2001) "The economics of selection of mail orders", Journal of Interactive Marketing, Vol. 15, Nº 3, Pág. 53 – 71.

LI, Lode (1992) "The role of inventory in Delivery-Time Competition", *Management Science*, Vol. 38, Nº 2, Pág. 182 – 197.

LIGEIRO, Manuel Sousa (1979) "Proposta de descentralização organico-funcional para os serviços de aprovisionamento dos HCL", ENSP, Lisboa.

LIKER, Jeffrey K.; KAMATH, Rajan R. e WASTI, S. Nazli (1998) "Supplier involvement in design: a comparative survey of automotive suppliers in the USA, UK and Japan"; *International journal of Quality Science*; Vol. 3; Nº 3; Pág. 214 – 238.

LILIEN, Gary L. e WONG, M. Anthony (1984) "An Exploratory Investigation of the Structure of the Buying Center in the Metalworking Industry"; *Journal of Marketing Research*; Vol. 21; Nº 1; Pág. 1 – 11.

LIMA, Maria Elvira Costa (1993) "A economia dos cuidados de saúde: Um contributo para o estudo dos custos do subsector hospitalar", Dissertação de Mestrado em Economia, Faculdade de Letras da Universidade do Porto, Porto.

LINE, Maurice B. (2000) "Opinion paper: Is national planning for acquisitions and document supply still valid ?", *Interlending & Document Supply*, Vol. 28, Nº 4, Pág. 192 – 195.

LOGAN, R.; KLEIN, R. e ASHLEY, J. (1971) "Effective Management of Health", *British Medicine JournaL*, Vol. 2, Pág. 519 – 521.

LÓPEZ-CASASNOVAS, Guillem (2001) "La Financiación Autonómica y la Financiación de la Sanidad: Algunas Claves", Actas das XXI Jornadas de Economia de la Salud - Coordinación e Incentivos en sanidad, Asociación de Economía de la Salud, Oviedo.

LOURENÇO, Luís A.N. "Setting Planned lead times in Material Requirements Planning using Earliness and Tardiness Cost Information", Tese de Doutoramento, Clemson University, Clemson.

LUBBEN, Richard T. (1989) "Just-In-Time - Uma Estratégia Avançada de Produção", S.Paulo, Mc Graw Hill.

LUCAS, J.Santos (1984) "Avaliar para garantir a eficácia do Sistema de Saúde"; *Revista Portuguesa de Saúde Pública*; Vol. 2; Nº 3; Pág. 38 – 47.

LUCAS-GABRIELLI, V. e TONNELLIER, F. (1998) "Une typologie des paysages socio-sanitaires en France", Questions d'économie de Ia santé, Bulletin d'informationen economiede Ia santé, Nº 10, Avril.

LUNN, Terry (2000) "Ways to reduce Inventory", *Hospital Materiel Management Quarterly*, Vol. 21, Nº 4, Pág. 1 – 7.

LYSONS, C.K. (1990) "O Aprovisionamento na Empresa", Biblioteca de Gestão Moderna, Presença, Lisboa.

MACHADO, Maria L.H.V. e CONCEIÇÃO, Maria L.C. (2000a) "Transparência e desburocratização no sistema de contratação pública", 2º Encontro do INA, Lisboa.

MACHADO, Maria Luísa H.V. e CONCEIÇÃO, Maria Lourdes c. (2000b) "Transparência e desburocratização no sistema de contratação pública", org. Instituto Nacional de Administração, Fundação Calouste Gulbenkian, Lisboa.

MADEIRA, Maria do Céu Dias (1990) "Contributo para a aplicação de novas técnicas de Gestão no IPO - Distribuição de Materiais por níveis de reposição", XIX Curso de Administração Hospitalar.

MAGRO, Acacio (1986) "Gestão do Aprovisionamento na sua Empresa", Caixa Geral de Depósitos, Lisboa.

MAJOR, Michael J. (1989) "Latest Purchasing Trends: Centralization, Bulk Buying, Electronic Data Interchange"; *Bank Administration*; Vol. 65; Nº 11; Pág. 66 – 67.

MAKRIDAKIS, Spyros e WHEELWRIGHT, Steven C. (1989) "Forecasting Methods for Management", 5ª Edição, John Wiley & Sons, Singapura.

MALHOTRA, Naresh (1993) "Marketing Research - An Applied Orientation", Prentice Hall International, Nova Jérsia.

MALONI, Michael e BENTON, W.C. (2000) "Power influences in tbe supply chain", *Journal of Business Logistics*, Vol. 21, Nº 1, Pág. 49 – 74, Oak Brook.

MALONI, Michael J. e BENTON, W.C. (1997) "Supply chain partnerships: Opportunities for operations research"; *European Journal of Operational Research*; Vol. 101; ; Pág. 419 – 429.

MANSO, Ana Maria Sequeira (1980) "Contributo para a implementação de técnicas de gestão no Hospital Distrital de Braga", ENSP, Lisboa.

MANTAS, Augusto (1984) "Serviço Nacional de Saúde. Quanto Custa? Como se Gasta?", *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, Vol. 2, Nº 3, Pág. 7 – 14.

MANTAS. A.; SÁ, J. Silva; TRANQUADA, Suzete; SILVA, Fernando e SANTOS, Manuel Roque (1985) "Financiamento hospitalar: implementação de critérios"; *Revista Portuguesa de Saúde Pública*; Vol. 2; Nº 3; Pág. 19 –26.

MARCONI, Marina Andrade e LAKATOS, Eva Maria (1986) "Técnicas de Pesquisa - Planejamento e execução de pesquisas, amostragens e técnicas de pesquisa, elaboração, análise e interpretação de dados", Editora Atlas, S.A., São Paulo.

MARÍN POZO, J.F.; CABA PORRAS, I. e MORA MORA, M.A. (1998) "Programa de Control de Gestión Hospitalaria: Costes del Servicio de Farmacia", *Farmácia Hospitalar*, Vol. 22.

MARQUES, Ana P. (1992) "Gestão da Produção", Texto Editora.

MARQUES, Fernando M. (1981) "O Serviço de Aprovisionamento do CHC: Sectores de aquisições e armazéns gerais (análise estrutural e de funcionamento integrado)", ENSP, Lisboa.

MARTÍN MARTÍN, José Jesús e PÉREZ LÓPEZ, María del Carmen (2001) "Reformas organizativas en el sistema nacional de salud español", Cáceres 14 e 16 de Fevereiro de 2001 - XI Jornadas de Gestión Científica.

MATOS, Maria do Rosário Abreu (1995) "Sistemas de stocks com incerteza: Modelo de ponto de encomendas modelo de calendário".

MATTIONI, Pablo (1998) "Modelos de Gestión Logistica Hospitalaria - Propuestos por el Grupo BOMI", II Jornadas de Logística Hospitalaria. Mesa - Las plataformas Logisticas - su Futuro en el Sector Sanitario, Menarini Diagnósticos. S.A., Madrid.

MAYER, Raymond R. (1982) "Production and Operations Management", Mc Graw Hill.

McALLISTER, James C. (s/d) "Managing Purchasing and Inventory Control Function in Hospital Pharmacy Management", American Society of Hospital Pharmacists.

McCABE, Donald L. (1987) "Buying Group Structure:; Constriction at the Top"; *Journal of Marketing*; Vol. 51; Nº Oct; Pág. 89 – 98.

McCAMPBELL, Atefeh S. e SLAICH, Lucy Light (1995) "Purchasing efficiency and staffing benchmarks: A county govermment study"; *International Journal of Purchasing & Materials Management*; Vol. 31; Nº 1.

McWILLIAMS, Robert D.; NAUMANN, Earl e SCOTT, Stan (1992) "Determining Buying Center Size"; *Industrial Marketing Management*; Vol. 21; Nº 1; Pág. 43 – 49.

MENDO, Paulo (1995) "Falando de Saúde", Lisboa.

Ministério da Saúde (1995) "Financiamento do Sistema de Saúde em Portugal", Documento de Trabalho - LUCENA, Diogo; GOUVEIA, Miguel; BARROS, Pedro P., Ministério da Saúde, Ministério da Saúde, Lisboa.

MINTZBERG, Henry (1996) "Gestión prática de farmacia hospitalaria, Perfeccionamiento de la labor del directivo", Bayer. D.L., Barcelona.

MONKS, Joseph G. (1987) "Administração da Produção", Schaum, Mc Graw Hill, S. Paulo.

MONTES TEMES, J.L. (1999) "El modelo 'Córdoba': Una nueva forma de comprar en los Hospilales", III Jornadas de Logística Hospitalaria - Las Sinergias de la Gestión Logística en el Área de Salud, Menarini Diagnósticos. S.A., Madrid.

MONTGOMERY, Douglas C. (1997) "Design and Analysis of Experiments", 4ª Ed., John Wiley & Sons, New York.

MOODY, Michael C. (2000) "Achieve lnventory Reduction and Improve Customer Service?"; *Hospital Materiel Management Quarterly*; Vol. 21; Nº 4; Pág. 8 – 12.

MOON, Mark A.; MENTZER, John T. e THOMAS Jr, Dwight E. (2000) "Customer demand planning at Lucent Technologies: A case study in continuous improvement through sales forecast auditing", *Industrial Marketing Management*, Vol. 29, Nº 1, Pág. 19 – 26, New York.

MOREIRA, Carlos (1993) "Passado, Presente e futuro dos cuidados de saúde Primários no distrito de Braga", ARS - Braga, Dezembro, Pág. 11 – 46.

MOREIRA, J.; NEVES, J. e PINTO, M. (1988) "Condicionantes à Implementação do Sistema Automático de Reposição de Stocks", II Encontro Nacional sobre Aprovisionamento Hospitalar.

MOREIRA, João (1989) "Implementação do sistema de Reposição Automática de Stocks", Documento de Trabalho.

MOREIRA, João (1999) "Gestão de Materiais - Sistemas de Distribuição de stocks", Hospital da Figueira da Foz, Figueira da Foz.

MOREIRA, João (s/d 1) "Plano de Classificação da Documentação Técnica", Documento de Trabalho.

MOREIRA, João (s/d 2) "Proposta de Organização das Zonas de armazenagem", Documento de Trabalho, Macau.

MOREIRA, João (s/d 3) "Proposta de Organização do Serviço de Aprovisionamento do HSC".

MOREIRA, João e BARATA, José (1988) "A Reposição Automática de Stocks".

MOTA, Vitor Manuel (1996) "Importância dos Sistemas de Informação e das Tecnologias de Informação e Comunicação para as Unidades de Saúde - Estudo Preliminar para a Cova da Beira", Dissertação de Mestrado em Gestão, Covilhã.

NAUERT, Roger C. (2000) "The New Millennium: Health Care Evolution in the 21st Century", *Journal Health Care Finance*, Vol. 26, Nº 3, Pág. 1-14.

NEW, Stephen J. (1996) "A framework for analysing supply chain improvement"; *International Journal of Operations & Production Management*; Vol. 16; Nº 4; Pág. 19 – 34.

NORUSIS, Marija (1993) "SPSS Professional Statistics", SPSS Inc., Chicago.

NUTT, Paul (s/d) "Evaluation concepts and methods. Shaping policy for the health administration", Spectrum Publications, New York.

O.M.S. (1986) "As Metas da Saúde para todos", Organização Mundial de Saúde, D.E.P.S., Lisboa.

OCDE (1992) "The Reform of Health Care Systems - A Comparative Analysis of Seven OECD Countries", OECD, Paris.

OCDE (1996) "OECD Health Data - A Software package for the cross-national comparison of health systems", OECD, Paris.

OZCAN, Y.A. e LUKE, R.D. (1993) "A National Study of the Efficiency of Hospitals in Urban Markets"; *Health Services Research*; Vol. 27; Nº 6; Pág. 719 –739.

PAIVA, Rui B. Leote (1993a) "A medição da eficiência no sector hospitalar: o caso português", Tese de Doutoramento, Universidade Tecnica de Lisboa, Lisboa.

PAIVA, Rui B. Leote (1993b) "Eficiência Técnica e Eficiência de Afectação no Sistema Hospitalar Português", III Encontro de Economia da Saúde, APES, Lisboa.

PATTISON, R.V. e KATZ, H.M. (1983) "Investor-Owned and Not-for-profits", *New England Journal of Medicine*, Vol. 309.

PATTON, M.Q. (1990) "*Qualitative Evaluation and Research Methods*", Sage Publications, California.

PAULINO, António (1999) "Gestão de Stocks", Acção de Formação realizada no Hospital Distrital Amato Lusitano, Instituto Nacional de Administração - Divisão de Formação, Técnico-Administratica, Castelo Branco.

PEREIRA, João e PINTO, Carlos G. (1992) "Equidade no Financiamento da Saúde em Portugal"; *Economia*; Separata.

PÉREZ LÁZARO, J.J. (1999) "Futuro de la Gestión Clinica", *Gestión Hospitalaria*, Vol. 10, Nº 3, Pág. 114 – 120.

PÉREZ MARCOS, B.P.; VÁZQUEZ VÁSQUEZ, I.; MARGUSINO FRAMIÑÁN, L.; FEAL CORTIZAS, B. e CALVÍN LAMAS (1998) "Análisis de GRDs Relacionados com problemas derivados de la Utilización de Medicamentos"; *Farmácia Hospitalar*; Vol. 22.

PÉREZ, Alfredo (1998) "Las Plataformas Logisticas - su Futuro en el Sector Sanitário", II Jornadas de Logística Hospitalaria. Mesa - Las Plataformas Logisticas; su Futuro en el Sector Sanitário, Menarini Diagnósticos. S.A., Madrid

PERRIN, Richard A. (1985) "Central Processing and Other Materiel Management Functions", *Hospital Materiel Management Quarterly*, Vol. 6, Nº 4, Pág. 56 –63.

PESTANA, Maria Helena e GAGEIRO, João Nunes (1998) "Análise de dados para ciências sociais: a complementaridade do SPSS", 1ªed., Sílabo, Lisboa.

PIASECKJ, Dave (2001) "Optimizing Economic order quantity", *IIE Solutions*, Vol. 33, Nº 1, Pág.30 – 39.

PINTO, Rui António S.R. (1972) "Centralização de Compras Hospitalares", ENSP, Lisboa.

PIRES, Carlos Alberto Colaço (1997) "Centralização de Compras Hospitalares - Estudo da viabilidade de se criar um processo de centralização de Compras hospitalares que pudesse servir os HGO, HNSR, HDM E HSB", XXV Curso de administração hospitalar: 1995-1997, ENSP, Lisboa.

PITTS, William (1989a) "A materiel manager's perspective of group purchasing", *Hospital Materiel Management Quarterly*, Vol. 10, Nº 3, Pág. 4 – 10.

PITTS, William (1989b) "Group purchasing in the 1990s", *Hospital Materiel Management Quarterly*, Vol. 10, Nº 4, Pág. 1 – 5.

POETA, Alexandre D. NOGUEIRA, Fernanda e ANDRADE, José M. (2000) "Entre a inovação e o planeamento novos modelos de gestão das compras hospitalares", 2º Encontro do INA, Lisboa.

PORTER, Anne Millen (1999) "Firms give Purchasing more central control", *Purchasing*, Vol. 127, Nº 1.

PORTER, Michael E. e MILLAR, Victor E.(1985) "How information gives you competitive advantage", *Harvard Business Review*, Vol. 60, Nº 4, Pág. 149 – 160.

PÓVOA, Ana Paula Barbosa (1998) Gestão da Produção, Apontamentos do módulo Gestão da Produção, Inst.Sup.Técnico, Lisboa.

PRASAD, Sameer; BABBAR, Sunil e CALIS, Ayhan (2000) "International operations management and operations management research: a comparative analysis"; *Omega*; Vol. 28; ; Pág. 97 – 110.

QUEIRÓZ, António M.P. (1977) "Estudo da Função Compra nos Hospitais - O caso do H.S.M.", ENSP, Lisboa.

QUELLET, Roch; ROY, Jacques, CARDINAL, Claude e ROSCONI, Yves (1982) "EOQ Apllication in a Pharmaceutical Enviromment: A Case Study", *Journal of Operations Management*, Vol. 3, Nov, Pág. 49 – 55.

QUINN, Richard A. (2001) "Before you buy", *Document Processing Technology*, Vol. 9, Nº 2, Pág. 30 – 31, Madison.

QUIVY, Raymond e CAMPENHOUDT, Luc Van (1992) "Manual de Investigação em Ciências Sociais",Trajectos,1ª Ed.,Gradiva, Lisboa.

QURESHI, Azhar (1999) "How to prepare, forecasts using eda tools: a hospital-based case study", *The Journal of Business Forecasting*, Vol. 18, Nº 2, Pág. 19 –23.

RAMBAUX, A. (1964) "Gestão Económica dos Stocks", Direcção de Empresa, Nº 4, Editotial Pórtico, Lisboa.

RAMOS, Francisco e AMARAL, Maria João (1994) "Despesas de saúde em Portugal", *Revista Gestão Hospitalar*, Associação Portuguesa de Administradores Hospitalares, Vol. 30, Nº Dez/Jan, Pág. 28 –32.

RAPOSO, Mário L. (1994) "Análise da Internacionalização das actividades das empresas: Evidências empíricas do sector têxtil português", Tese de doutoramento no ramo de Gestão, UBI, Covilhã.

RAZAKABOANA, Razy (1969) "La gestion du magasin central d'approvisionnement des services sanitaires et medicaux de Madagascar", ENSP, Lisboa.

REILY, Jeffrey B.; CAMPBELL, Arlene e CARMON, R. Park (2001) "An Outsourcing Approach to Personnel, Capital Equiment, and Inventory Management for Perfusion Services in Cardiovascular Surgery Programs", *Hospital Materiel Management Quarterly*, Vol. 22, Nº 3, Pág. 17 – 23.

REIS, Dayr Américo (1978) "Administração da Produção", Atlas, S. Paulo.

REIS, Elizabeth (1991) "Análise de Clusters: um método de classificação sem preconceitos", Temas em Métodos Quantitativos para a Gestão, Edições Giesta, Nº 6.

REIS, Elizabeth (1997) "Estatística Multivariada Aplicada", Edições silabo, Lda., Lisboa.

REIS, Elizabeth e MOREIRA, Raúl (1993) "Pesquisa de Mercados", Editora Sílabo, Lisboa.

REIS, José (2000) "Anuário Sanitário Portugal", Edição conjunta de Citécnica, Notícias Médicas, Mediprensa e Pioneiro e Líder, 1999.

REIS, R.L. e PAULINO, A. (1994) "Gestão dos stocks e compras", Editora Internacional, Lisboa.

REIS, Rui Lopes (1975) "Os Serviços de Aprovisionamento nos HCL", ENSP, Lisboa.

REIS, Rui Lopes (1978) "O impacto das Tecnologias Médicas Avançadas nos custos hospitalares", ENSP, Lisboa.

REIS, Rui Lopes (1981) "A Gestão económica dos stocks nos hospitais", Cadernos de Saúde, nº6, ENSP, Lisboa.

REISMAN; Arnold (1983) "Materiel Management: Tbe Need for a Systems Approach"; *Hospital Materiel Management Quarterly*; Vol. 5; Nº 2; Pág. 13 – 18.

RICE, N. e SMITH, P. (1999) "Approaches to capitation and risk adjustment in health care: An international survey", Centre for *Health Economics*, University of York.

RICHARDSON, James C. (1989) "Group purchasing", *Hospital Materiel Management Quarterly*, Vol. 10, Nº 4, Pág. 51 – 55.

RIGGS, James Lear (1976) "Administração da Produção", Atlas, S. Paulo.

ROAN, Jinshyang; GONG, Linguo e TANG, Kwei (2000) "Joint determination of process mean, production run size and material order quantity for a container-filling process", *International Journal of Production Economics*, Vol. 63, Nº 3, Pág. 303 – 317.

ROCHA, José Nogueira (1984) "A Actual Organização Interna do Hospital Público Português"; *Revista Portuguesa de Saúde Pública*; Vol. 2; Nº 1; Pág. 55 – 62.

ROCHA, José Nogueira (1985) "As Prestações Hoteleiras no Hospital", *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, Vol. 2, Nº 3, Pág. 48 – 53.

RODRIGUES, António (1999) "Desigualdades Regionais na Qualidade dos Serviços do SNS: Alguns exemplos ilustrativos...", 6º Encontro da APES - livro de Homenagem a Augusto Mantas, APES, Lisboa.

ROLDÃO, Victor Sequeira (1993) "Programação da Produção e Gestão de Materiais"; *Revista Portuguesa de Gestão*; Vol. II; Pág. 29 – 37.

ROUNDY, Robin O. (1993) "Efficient, Effective Lot Sizing for Multistage Production Systems"; *Operations Research*; Vol. 41; Nº 2; Pág. 371 – 385.

ROWLAND, H.S. e ROWLAND, B.L. (1988) "Gerencia de Hospitales: organización y funciones de sus departamentos", Diaz de Santos. D.L., Madrid.

RUIZ, José António Moreno (s/d) "La Funcion de Aprovisionamento en el Hospital", Temas Administracion Hospitaleria III.

SALOMON, Marc;; KROON, Leo G. KUIK, Roelof e WASSENHOVE, Lunk N. Van (1991) "Some Extensions of the Discrete Lotsizing and Scheduling Problem", *Management Science*, Vol. 37, Nº 7, Pág. 801 – 812.

SÁNCHEZ, Maria Dolores Silva (1998) "Bases cooceptuales en la empresa moderna. Experiencias de innovación en el sector sanitario", *Revista de Administración Sanitaria*, Vol. II, Nº 5.

SANDERS, Nada R. e MANRODT, Karl B. (1994) "Forecasting Practices in Corporations: Survey Results", *Interfaces*, Vol. 24, Nº 2, Pág. 92 – 100.

SANDLEBACK, Eugene (1980) "Centralized Purchasing and Materials Management - an Aid to cost containment" , *Hospital Financial Management*, Vol. 34, Nº 8, Pág. 50.

SANTANA, Paula (1999) "Geografia das desigualdades em Saúde e no Estado de Saúde", 6º Encontro da APES - livro de Homenagem a Augusto Mantas, APES, Lisboa.

SANTOS, Joaquim C. (1979) "Contributo para a Implementação de uma Central Distrital de Compras no Hospital de Castelo Branco", ENSP, Lisboa.

SANTOS, José Miguel Silva (1984) "Gestão de Stocks", Dir.Ger.Emp.Form.Adm.Púb., Lisboa.

SARKER, Bhaba R.; JARNAL, A.M.M. e WANG, Shaojun (2000) "Supply chain models for perishable products under inflation and permissible delay in payment", *Computers & Operations Research*, Vol. 27, Nº 1, Pág. 59 - 75.

SCHALLER, JEAN; DELVAQUE, B.; DUCELLIER, R.; JOUHAUD, G.; KLASEN, J.; RAMBAUX, A. e RIEU, J. (s/d) "Abastecimentos - Manutenções – Transportes", Editora Inova Limitada, Porto.

SCHIFF, Samuel (2001) "High-Limit Specialists for the real estate industry", *Marketing*, Fevereiro, Pág. 37 – 42.

SCHONBERGER, Richard J. e SCHNIEDERJANS, Marc J. (1984) "Reinventing Inventory Control", *Interfaces*, Vol. 14, Nº 3, Pág. 76 – 83.

SCHROEDER, Roger G. (1993) "Operations Management: - Decision Making in The Operations Function", Mc Graw Hill International Editions, New York.

SCHWARTZ, Mathew (1998) "Extending the suppty chain", *Software Magazine*, Vol. 18, Nº 15, Pág. 44 – 48.

SEGURA, Antonio M. Solanes (1998) "Empresarialización de la Gestión Sanitaria: Aplicabilidad de las normas ISO serie 9000", *Revista de Administración Sanitaria*, Vol. III, Nº 9, Pág. 125 – 140.

SEQUEIRA, João M. Bilstein M.L. (1994a) "Gestão da Produção - O Gestor - Área da Produção", IAPMEI.

SEQUEIRA, João M. Bilstein M.L. (1994b) "Gestão dos Aprovisionamentos - O Gestor - Área da Produção", IAPMEI.

Serviços de Aprovisionamento (1979) "A função aprovisionamento nos serviços de saúde", Ministério dos Assuntos Sociais, Lisboa.

SHEPLEY, Bill (2001) "A Different Way to serve Customers", *Health Executive*, Nº May/June, Pág. 72 – 73.

SHIMKO, C.T. (1988) "Future Trends in Hopsital Materiel Management", *Hospital Materiel Management Quarterly*, Vol. 9, Nº 2.

SIEGEl, Donald J. (1981) "Evaluation of Group Purchasing Programs: A Proposed Methodology"; *Hospital Materiel Management Quarterly*; Vol. 3; Nº 2; Pág. 47 – 54.

SILVA, Ana Maria Escoval (1986) "Sistema de informatização das compras no Hospital de Pulido Valente", ENSP, Lisboa.

SILVA, M. Manuela (1984) "Eficiência, Equidade e Participação: Coordenadas de uma Política de Saúde em contexto de Crise Económica"; *Revista Portuguesa de Saúde Pública*; Vol. 2; Nº 3; Pág. 31 – 37.

SILVA, M.C. Gomes (1994) "Sistema Misto de Financiamento do Sistema de Saúde Portugal? - A Pertinência da Experiência dos Países Baixos", 4° Encontro Nacional de Economia da Saúde, APES, Coimbra.

SIMÕES, Jorge Almeida e PINTO, Manuela Mota (1993) "Clínica Privada em hospitais Públicos: Estudo de um caso", III Encontro de Economia da Saúde, APES, Lisboa.

SNOW, Charles C. (1994) "Field Research Methods in Strategic Management: Contributiuons to Theory Building and Testing", *Journal of Management Studes*, Nº 31.

SONG, Jing-Sheng (1994) "The Effect of Leadtime Uncertainty in a Simple Stochastic Inventory Model", *Management Science*, Vol. 40, Nº 5, Pág. 603 – 613.

SPANG, Heather Radach; BAZZOLI, Gloria J. e AMOULD, Richard J. (2001) "Hospital mergers and savings for consumers: Exploring new evidence", Health Affairs, Vol. 20, Nº 4, Pág. 150 – 158.

SPECHT, James; KAGAN, Albert e LAU, Kin-Nam (1994) "Inventory Valuation Under Cyclical Demand: A Modelling Approach", *Journal of Applied Business Research*, Vol. 10, Nº 4, Pág. 97 – 102.

STARR, M.K. et all (1966) "La Gestion des Stocks: Théorie et Pratique", Dunod, Paris.

STEANE, P.D e WALKER, D.H.T. (2000) "Competitive tendering and contracting public sector services in Australia - a facilities management issue", *Facilities*, Vol. 18, Nº 5/6, Pág. 245 - .

STUART, F. Ian e McCUTCHEON, David (1996) "Sustaining strategic supplier alliances Profiling the dynamic requirements for continued development"; *International Journal of Operations & Production Management*; Vol. 16; Nº 10; Pág. 5 – 22.

STUART, Ian F. (1993) "Supplier Partnerships: Influencing Factors and Strategic Benefits", *International Journal of Purchasing and Materials Management*, Vol. 29, Nº 4, Pág. 22 – 28.

Supply Management (1999) "Centralisatton ruled out In review"; Supply Management; Vol. 4; Nº 1; Pág. 10.

TAMAYO, P. (1999) "Equidad en la asignación territorial de recusos financieros destinados a la sanidad: Estudio de la situación en Espana", Tesis Doctoral, Dpto. de Economía Aplicada, UNED.

TEO, Chung-Piaw e BERTSIMAS, Dimitris (2001) "Multistage lot sizing problems via randomized rounding", *Operations Research*, Vol. 49, Nº 4, Pág. 599 – 608.

TERSINE, Richard J. (1982) "Principles of Inventory and Materials Management", Elsevier North-Holland, New York.

TERSINE, Richard J. (1994) "Production / Operation Management", Nort Holland.

TESTA, M. (1990) "Planejamento e Programação em Saúde – Um enfoque estratégico", Cortez Editora, São Paulo.

THILL, Mark D. (1989) "Group purchasing organizations: A presence guaranteed?", *Hospital Materiel Management Quarterly*, Vol. 10, Nº 4, Pág. 77 – 82.

TOYNE, Brian e RUMPEL, Charles H. (1978) "Buying Authority in Multinational Corporations", *International Journal of Purchasing and Materials Management*, Vol. 14, Nº 1, Pág. 26.

TRESCHER, M. (1978) "Coût Comparatif d'une centrale de Stérilisation et d'une stérilisation séparée", *Techniques Hospitalières*, Vol. 390, Março, Pág. 64 – 68.

TWIGG, David (1998) "Managing Product development within a design chain"; *International Journal of Operations & Production Management*; Vol. 18; Nº 5; Pág. 508 – 524.

URBAN, Timothy L. (2000) "Supply contracts with periodic, stationary commitment", *Production and Operations Management*, Vol. 9, Nº 4, Pág. 400 – 413.

URBANO, João (s/d) "Modelos de Financiamento"; *Gestão Hospitalar*; Vol. 28; Pág. 29 – 33.

VAN OYEN, H., TAFFOREAU, J. e ROELANDS, M. (1996) "Regional Inequities in Health Expectancy in Belguim", *Social Science and Medicine*, Vol. 43, Nº 11, Pág. 1673 - 1678.

VASCONCELOS, B. C. e MARQUES, M. P. (2000) "Reorder quantities for (Q,R) inventory models", *The Journal of the Operational Research Society*, Vol. 51, Nº 5, Pág. 635 – 638.

VASTAG, Gyula e WHYBARK, D. Clay (1993) "An Analitical Framework for Bilateral Comparisons" in the GMRG Data Base, in VASTAG, Gyula e WHYBARK, D. Clay (1993) "Global Manufacturing Practices: A worldwide Survey of Practices in Production Planing and Control", Elsevier, Amesterdão.

VELOCCI, Anthony L. (2000) "Bizjet Demand Robust; Asian Market Taking Off ", *Aviation Week & Space Technology*, Vol. 153, Nº 15, Pág. 131 – 132.

VERAL, Emre e ROSEN, Harry (2001) "Can a Focus on Costs Increase Costs; *Hospital Materiel Management Quarterly*; Vol. 22; Nº 3; Pág. 28 – 35.

VERISSIMO, Teresa e FONSECA, Victor (1995) "Manual de Operações", Hospital Prof. Fernando Fonseca – Serviço de. Aprovisionamento.

VICENTE, Luís Moura e SANTOS, M. Cardoso (1976) "Aprovisionamento: Gestão de Stocks. Compras. Recepção", nº 21, Inst.Nac.de Invest.Indus..

VIEIRA, Miguel (1997) "Eficiência Técnica Hospitalar: Estudo Comparativo, Discussão Metodologica"; *Revista Portuguesa de Saúde Pública*; Vol. 15; Nº 1; Pág. 53 – 63.

VIEIRA, Miguel João Sousa (1994) "Organizações Hospitalares - Estudo Comparativo", ISEG, Lisboa.

VOLLMAN, K. SPRUNG, P.; POSA, S.; LADIN, D. e KACHHAL, SK (1998) "Strategies for reducing material costs through Implementation of clinical guidelines"; *Journal of Soc Health Syst*; Vol. 5; Nº 4; Pág. 69 – 73.

VOLLMAN, Thomas E,; BERRY, William L. e WHYBARK, Clay D. (1997) "Manufacturing Planning and Control Systems", 4ª Edição, Irwin Mc Graw-Hill.

VOLLMANN, Thomas E. e CORDON, Carlos (1998) "Building Successful Customer - Supplier Alliances"; *Long Range Planning*; Vol. 31; Nº 5; Pág. 684 – 694.

WALTER, Clyde Kenneth; ALLEN, Benjamin J. e ROUVIERE, Al (1991) "Inbound freight transportation management by state governments: extent and experience", *Journal of Business Logistics*, Vol. 12, Nº 2, Pág. 95 – 113.

WAMPOLD, Bruce e DREW, Clifford (1990) "Theory and Application of Statistics", McGraw Hill International Editions, New York.

WARREN Jr., George W. (1989) "The small GPO: A view for the 1990's", *Hospital Materiel Management Quarterly*, Vol. 10, Nº 4, Pág. 65 – 68.

WATERS, Hugh; ABDALLAH, Hany e SANTILLÁN, Diana (2001) "Application of activity-based costing (ABC) for a Peruvian NGO healthc are provider", *The International Journal of Health Planning and Management*, Vol. 16, Nº 1, Pág. 43 – 60.

WEINSTEIN, Steve (1994) "The best buy...and sell"; *Progressive Grocer*; Vol. 73; Nº 8; Pág. 40 – 44.

WHO (1995) "Global Programme on AIDS. The current global situation ol the HIV - AIDS pandemic", World Health Organisation, Geneva.

WIDMAN, Jerry P. (1981) "A Reexamination of Group Purchasing", *Hospital Materiel Management Quarterly*, Vol. 3, Nº 2, Pág. 25 – 32.

WILLIAMS, Blair R. (2000) "Advanced Supplier Partnership PractIces: A Case Study"; *Hospital Materiel Management Quarterly*; Vol. 21; Nº 4; Pág. 53 – 58.

WILLOCK, M. e MOTLEY, C (1998) "Financial and materiel management"; *Int Anesthesiol Clin*; Vol. 36; Nº Winter; Pág. 41 – 57.

WILSON, Elizabeth J. e WOODSIDE, Arch G. (1994) "A two-step Model of influence in Group Purchasing Decisions"; *International Journal of Physical Distribution & Logistics Management*; Vol. 24; Nº 5; Pág. 34 – 44.

WOODWARD, Kevin (2000) "Retailing: Cashing in on small orders", *Metal Center News*, Vol. 40, Nº 3, Pág. 22 – 30.

World Bank (1993) "World Development Report 1993 - lnvesting in Health", Oxford University Press, New York.

YOUNG, Scott T. (1989a) "Hospital Materials Management: Systems and Perfomence", *Journal os Purchasing and Materials Management*, Vol. 25, Nº 3, Pág. 31 – 35.

YOUNG, Scott T. (1989b) "Materials management in Investor-owned, nonprofit government, and other general hospitals", *Health Care Management Review*, Vol. 14, Nº 2, Pág. 57 – 62.

YOUNG, Scott T. (1992) "Multiple productivity measurement approaches for management", *Health Care Management Review*, Vol. 17, Nº 2, Pág. 51 – 58.

ZAIRI, Mohamed (1998) "Suppliel partnerships for effective advanced manufacturing technology implementation: a Proposed model"; *Integrated Manufacturing Systems*; Vol. 9; Nº 2; Pág. 109 –119.

ZENTY, Thomas F. e FALLON, Louise (1988) "Merging the Materiel Management Function of Two Hospitals", *Hospital Materiel Management Quarterly*, Vol. 10, Nº 1.

ZERMATI, Pierre (1987) "A gestão de stocks, Biblioteca de gestão moderna", Nº 11, Presença, Lisboa.

ZERMATI, Pierre (1990) "La pratique de la gestion des stocks", Dunod Économie.

ZILKMUND, William G. (1983) "Business Research Methods", CBS College Publishing.

De: Anabela Antunes de Almeida
Universidade da Beira Interior
Pólo IV - Departamento de Gestão e Economia
Estrada do Sineiro
6200 Covilhã
Telf: 275 319 600
Fax: 275 319 601
E-mail: aalmeida@alpha2.ubi.pt

Para: Administrador Delegado do
«Nome»
«Morada»

Covilhã - UBI, 20 de Junho de 2000

Nossa Referência:
AA- «Tipo» «N» /2000

Anabela Antunes de Almeida, Assistente no Departamento de Gestão e Economia da **Universidade da Beira Interio**r, aluna de **Doutoramento** na mesma universidade, está a realizar no âmbito do mesmo**,** um estudo sobre as ***Compras Centralizadas nos Hospitais Públicos Portugueses***.

Uma vez que se pretende dar a este estudo a maior abrangência possível foram considerados todos os Hospitais Públicos Portugueses Centrais e Distritais. Assim, é de extrema importância, mesmo indispensável ao êxito deste trabalho, a colaboração de V. Exa.

Este questionário está dividido em duas partes. Na Parte A encontrará perguntas de caracter geral desenhadas com o objectivo de obter informações que permita a caracterização do Hospital, em termos globais. Solicitamos pois que esta parte do questionário fosse respondido por V.Exa. ou por alguém com a responsabilidade e os conhecimentos adequados.

A Parte B é no fundo a substância do questionário e destina-se aos Serviços de Aprovisionamento do Hospital. Solicitamos pois a V.Exa. se digne encaminhar, com as recomendações adequadas, esta parte do questionário ao responsável pelo Serviço de Aprovisionamento.

Juntamos dois envelopes resposta, para o envio, uma vez que em principio, serão duas pessoas distintas a responder às duas partes que compõem o questionário.

As informações recebidas serão consideradas estritamente confidenciais, se assim o pretender e declararem no questionário.

Agradecemos antecipadamente a colaboração de V.Exa., ficando contudo na esperança de obter uma resposta positiva, e com alguma brevidade.

Com os melhores cumprimentos

De V.Exa.

Atentamente

(Anabela Antunes de Almeida)

O Orientador Científico	O Co-Orientador Cientifico
(Rui Lopes dos Reis)	(Luís Lourenço)
Professor Catedrático	Professor Associado
Universidade Nova de Lisboa	Universidade da Beira Interior

Reitoria e Serviços Centrais - Convento de Santo António - 6200-001 Covilhã - Portugal* ☎ 275319000 * Telefax 275319057 * http://www.ubi.p t
Centros e Serviços Académicos – Rua Marquês d'Ávila e Bolama – 6200 Covilhã – Portugal } 275319700 * Telefax 275319888 * http://www.ubi.pt
Unidade Científico-Pedagógica de Ciências Sociais e Humanas - Estrada do Sineiro - 6200-209 Covilhã – Portugal * ☎ 275319600 * Telefax 275319601* http://www.ubi.pt

QUESTIONÁRIO – PARTE A

Os dados deste questionário serão estritamente confidenciais e destinam-se apenas à realização de um estudo científico sobre os Hospitais Públicos Portugueses.

IDENTIFICAÇÃO DO HOSPITAL (facultativo):_____

IDENTIFICAÇÃO DE QUEM PREENCHER O QUESTIONÁRIO

Serviço:_____

Funções que desempenha:_____

Categoria Sócio-Profissional:_____

Habilitações Literárias:_____

HOSPITAL

1 Caracterização geral

1.1 Indique quantas Salas de Bloco Operatório o Hospital tem:

	1998	1999	2000 *
Salas de Bloco de Assistência ao serviço de ambulatório/Urgência			
Salas do Bloco Operatório Central			

1.2 O Hospital tem serviço de Hospital de Dia ? **Sim**❒ **Não**❒

1.2.1 Se respondeu Sim, indique as especialidades do Hospital de Dia

	1998	1999	2000 *		1998	1999	2000 *

1.3 Assinale, com uma cruz, os Serviços de Meios Complementares de Diagnóstico e de Terapêutica de que o Hospital dispõe

Serviços	1998	1999	2000 *	Serviços	1998	1999	2000 *
Radiologia				**Terapia Ocupacional**			
Análises Clinicas				**Terapia da Audição**			
Dietista				**Outras (Quais?)**			
Sangue							
Medicina Física e de Reabilitação							
Terapia da Fala							

1.4 O Hospital tem Serviço Domiciliário? **Sim**❒ **Não** ❒

1.4.1 Se respondeu Sim, indique as especialidades que possuem Serviço Domiciliário:

Serviços	1998	1999	2000 *	Serviços	1998	1999	2000 *

* Dados previstos para o ano

2 Caracterização geral em termos financeiros:

2.1 Indique, em contos, os seguintes elementos referentes ao Hospital

	1998	1999	2000 *
Orçamento			
Conta de Gerência			
Déficit de Exploração			
Receitas			
Receitas Próprias			
Receitas Subsidiarias			
Despesas do Exercício			
Volume de Compras			

3 Indicadores de Funcionamento

3.1 Indique a População da Área de Atracção do Hospital.

_____

3.2 Qual a Taxa de Ocupação do Hospital, em termos médios ?

1998	1999	2000 *

3.3 Quantos Centros de Saúde estão na área de atracção do Hospital _____

3.4 Quantos Centros de Saúde são polarizados pelo Hospital _____

3.5 Indique, alguns dados relativos à Produção do Hospital

	1998	1999	2000 *
Número de Internamentos			
Número de Doentes Tratados			
Número de Intervenções Cirúrgicas			
Nº de Consultas /médico			
Número de Partos			
Numero de Consultas Externas			
Número de Urgências			
Números de Exames efectuados pelos Serviços de Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica			
Custo cama por dia de internamento			
Demora Média Hospitalar			
Índice Camas por Médico			
Índice Camas por Enfermeiro			
Percentagem de internamentos através da Consulta Externa			
Percentagem de internamentos através da Urgência			

3.6 Aponte o número de doentes transferidos para outros hospitais

Hospital	Nº de transferências		
	1998	1999	2000 *

* Dados previstos para o ano

3.7 Assinale, com uma cruz, a frequência com que se verificam os motivos que originam a transferência para outros hospitais:

	Nunca	Poucas vezes	Algumas vezes	Bastantes vezes	Sempre
Falta de Recursos Humanos					
Falta de Recursos Humanos Especializados					
Falta de Equipamento					
Falta de Rotina na Técnica a utilizar					
Outros Motivos (Quais?)					

3.8 Indique os valores respeitantes à Mortalidade ocorrida no Hospital, por Serviços:

	1998	1999	2000 *
Internamento			
Bloco operatório			
Urgências			
Hospital de Dia			
Valores Totais			

4 Documentos a Anexar

4.1 Caracterização do Hospital.

4.2 Planta (enquadramento dos serviços com todo o Hospital).

4.3 Organograma (o mais completo possível).

4.4 Mapa Resumo dos Recursos Humanos que compõem o Hospital que contenha, os seguintes elementos: Idade; Sexo; Habilitações; Sector; Categoria; Vencimento; Anos de serviço; Taxa de Absentismo.

4.5 Listagem dos Serviços e Valências que o Hospital dispunha em 1998, 1999 e 2000* e as respectivas taxas de Ocupação Oficial e Praticada.

4.6 Listagem dos tipos de especialidades de Urgência fora da Urgência Geral e com continuidade de atendimento, nos anos de 1998, 1999 e 2000*.

4.7 Listagem das especialidades da Consulta Externa do Hospital , nos anos de 1998, 1999 e 2000*.

A sua contribuição é considerada essencial para os resultados desta investigação.

MUITO OBRIGADA PELA SUA COLABORAÇÃO e pelo tempo despendido.

Se pretender dar alguma sugestão agradeço que o faça a seguir.

* Dados previstos para o ano

QUESTIONÁRIO – PARTE B

Os dados deste questionário serão estritamente confidenciais e destinam-se apenas à realização de um estudo científico sobre os Hospitais Públicos Portugueses.

IDENTIFICAÇÃO DO HOSPITAL (facultativo):_____

IDENTIFICAÇÃO DE QUEM PREENCHER O QUESTIONÁRIO

Serviço:_____

Funções que desempenha:_____

Categoria Sócio-Profissional:_____

Habilitações Literárias:_____

SERVIÇOS DE APROVISIONAMENTO

1 Custos

1.1 Determinam: Orçamentos ? **Sim** ☐ **Não** ☐

Custos Totais ? **Sim** ☐ **Não** ☐

Previsão de Consumos ? **Sim** ☐ **Não** ☐

1.2 Conhece o custo total de aprovisionamento dos produtos (aquisição + outros custos)?

Nenhuns ☐ **Poucos** ☐ **Alguns** ☐ **Quase Todos** ☐ **Todos** ☐

1.3 Indique, em contos, o Valor Total de :

	1998	**1999**	**2000** *
Despesa Corrente do Hospital			
Custos de Aprovisionamento			

1.4 Tem conseguido reduzir o valor de capital investido em stocks?

Sim ☐ **- Como ?**_____

Não ☐ **- Porquê ?***_____

1.5 Existem orçamentos de compras atribuídos a cada utilizador/serviço? **Sim** ☐ **Não** ☐

2 Empenho da Gestão de topo

2.1 Qual o grau de preocupação, que denota por parte do(s) órgão(s) de gestão em relação à função gestão de stocks/aprovisionamento ?

Muito Pequeno ☐ **Pequeno** ☐ **Mediano** ☐ **Grande** ☐ **Muito Grande** ☐

2.2 Qual o tipo de informação que presta ao órgão de gestão e com que periodicidade?

_____

_____

3 Sistemas de Informação

3.1 Hospital utiliza computadores nas seguintes áreas:

3.1.1 Compra Sim ☐ Não ☐

3.1.2 Gestão de materiais **Sim** ☐ **Não** ☐

3.2 Utiliza sistema de informação próprios nas seguintes áreas:

3.2.1 Processo de Compra **Sim** ☐ **Não** ☐

3.2.2 Inventário **Sim** ☐ **Não** ☐

3.2.3 Gestão de materiais **Sim** ☐ **Não** ☐

3.2.4 Produtos Farmacêuticos **Sim** ☐ **Não** ☐

* Dados previstos para o ano

3.2.5 Ambulatório **Sim** □ **Não** □

3.2.6 Bloco Operatório **Sim** □ **Não** □

3.2.7 Outras □ - Quais?_____

4 Gestão de Materiais

4.1 Qual é o critério de arrumação dos artigos em armazém?

Família de Produtos □ **Outro?** □ **- Qual?**_____

4.2 Utiliza sistema de inventário permanente ? **Sim** □ **Não** □

4.2.1 Se respondeu **Não**, com que periodicidade confronta os stocks físicos com os escriturados?

Uma vez por Ano □ **Duas vezes por Ano** □ **De 3 em 3 meses** □
Todos os Meses □ **Todas as Semanas** □ **Todos os Dias** □

4.3 Pode considerar que, em termos gerais, se verifica que os consumos são regulares? **Sim** □ **Não** □

4.3.1 Se respondeu **Sim**, em que armazéns:

	Nunca	Poucas vezes	Algumas vezes	Bastantes vezes	Sempre
Produtos Farmacêuticos					
Material de Consumo Clínico					
Produtos Alimentares					
Material de Consumo Hoteleiro					
Material de Consumo Administrativo					
Material de Manutenção e Conservação					
Outro Material de Consumo					

4.4 Calculam a Quantidade Económica de Encomenda (QEE) ?

Nunca ouvi falar		**Sei o que é mas não acho necessário utilizar**	
Utilizo e beneficio disso		**Começou-se a utilizar muito recentemente**	
Utilizo mas Não beneficio		**Tentou-se introduzir, mas houve dificuldades (quais?)**	

4.5 Hospital trabalha com stocks de segurança?

Sim □ **- Como são calculados ?**_____

Não □ **- Porquê ?**_____

4.6 Como classifica o efeito de ruptura de stocks?

Muito Grave □ **Algo Grave** □ **Significativo** □ **Pouco Significativo** □ **Nada Grave** □

4.7 Utiliza a Análise ABC (lista de produtos A, B e C)

Nunca ouvi falar		**Sei o que é mas Não acho necessário utilizar**	
Utilizo e beneficio disso		**Começou-se a utilizar muito recentemente**	
Utilizo mas Não beneficio		**Tentou-se introduzir, mas houve dificuldades (quais?)**	

4.8 Se respondeu positivamente, é dado conhecimento, aos serviços utilizadores, da respectiva Análise ABC? **Sim** □ **Não** □

4.9 Utiliza a Análise ABC (lista de produtos A, B e C)

Nunca ouvi falar		**Sei o que é mas Não acho necessário utilizar**	
Utilizo e beneficio disso		**Começou-se a utilizar muito recentemente**	
Utilizo mas Não beneficio		**Tentou-se introduzir, mas houve dificuldades (quais?)**	

4.10 Se respondeu positivamente, é dado conhecimento, aos serviços utilizadores, da respectiva Análise ABC? **Sim** □ **Não** □

5 Fornecedores

5.1 Qual o número médio de fornecedores por item? _____

5.2 Quantos fornecedores por armazém, o Hospital tem?

[0 – 10] ☐ **] 10 – 50]** ☐ **] 50 – 100]** ☐ **] 100 – 150]** ☐

] 150 – 200] ☐ **] 200 – 300]** ☐ **Mais de 300** ☐

5.3 Utiliza notas de encomenda em branco ? **Sim** ☐ **Não** ☐

5.4 Utiliza notas de encomenda permanentes ? **Sim** ☐ **Não** ☐

5.5 Utiliza compras directas ? **Sim** ☐ **Não** ☐

5.6 Existem contratos de fornecimento em exclusivo ? **Sim** ☐ **Não** ☐

5.7 Com que frequência o Hospital recorre às seguintes acções para garantir o fornecimento atempado de materiais ?

	Nunca	Raramente	Algumas Vezes	Com Frequência	Sempre
Contratos de longo prazo com os fornecedores					
Ter um único fornecedor					
Ter vários fornecedores					
Comprar grandes quantidades de cada vez					
Contactos directos urgentes					

5.8 A data prevista de entrega dos bens constantes nas notas de encomenda é cumprida ?

	Nunca	Raramente	Algumas Vezes	Com Frequência	Sempre
Entrega antecipada mais 1 mês em relação à data prevista					
Entrega antecipada de 2 a 4 semanas em relação à data prevista					
Entrega antecipada de 1 semana em relação à data prevista					
Na data prevista					
Entrega atrasada de 1 semana em relação à data prevista					
Entrega atrasada de 2 a 4 semanas em relação à data prevista					
Entrega atrasada de 1 a 3 meses em relação à data prevista					
Entrega atrasada mais 3 meses em relação à data prevista					

5.9 Quando se verificam atrasos, qual a justificação apresentada para os mesmos:

	%		%
Capacidade de produção		**Mudanças na data prevista de entrega**	
Problemas de transporte		**Mudança do pedido**	
Problemas nas suas matérias-primas		**Pagamentos em atraso**	
Problemas de qualidade		**Outra (Qual ?)**	

5.10 Os Cadernos de encargos incluem clausulas de penalização? **Sim** ☐ **Não** ☐

5.10.1 Se respondeu **Sim**, as penalizações são eficazes ? **Sim** ☐ **Não** ☐

E quais são ? _____

6 Compras

6.1 Quais os documentos que o sector das compras utiliza ?

Elementos de:		Elementos de :	
Ficha artigo		**Ficha fornecedor**	
Consulta de fornecedores		**Mapa comparativo das propostas recebidas**	
Nota de encomenda		**Ficheiro de existência**	
Guia de entrada		**Guia de saída**	
Devolução de material aos armazéns pelos serviços utilizadores		**Devolução de material aos fornecedores**	
Rectificação de existências		**Outros (Quais ?)**	

6.2 Qual o nível médio de existências que o Hospital detém normalmente (em % do volume mensal de consumo)? _____

6.3 Em média qual a periodicidade, em semanas, de encomendas de um artigo?

_____

6.4 Com que frequência o Hospital recorre aos seguintes tipos de contrato para garantir o fornecimento atempado de materiais ?

	Nunca	Raramente	Algumas Vezes	Com Frequência	Sempre
Concurso público					
Concurso limitado por prévia qualificação					
Concurso limitado sem apresentação de candidaturas					
Por negociação com publicação prévia de anúncio					
Por negociação sem publicação prévia de anúncio					
Consulta prévia					
Ajuste directo					

6.5 Indique o número de concursos, o número de Items e o Volume Financeiro dos contratos

	1998			1999			2000 *		
	Nº Concursos	Nº Items	Volume Financeiro	Nº Concursos	Nº Items	Volume Financeiro	Nº Concursos	Nº Items	Volume Financeiro
Concurso público									
Concurso limitado por prévia qualificação									
Concurso limitado sem apresentação de candidaturas									
Por negociação com publicação prévia de anúncio									
Por negociação sem publicação prévia de anúncio									
Consulta prévia									
Ajuste directo									

6.6 Assinale com uma cruz, os contratos por especialidade, produtos e armazém, que em geral têm:

	Especialidade	Produtos	Armazém
Concurso público			
Concurso limitado por prévia qualificação			
Concurso limitado sem apresentação de candidaturas			
Por negociação com publicação prévia de anúncio			
Por negociação sem publicação prévia de anúncio			
Consulta prévia			
Ajuste directo			

6.7 Quais os tempos médios de realização desde a constatação da necessidade até à nota de encomenda:

	Tempos Médios (semanas)
Concurso público	
Concurso limitado por prévia qualificação	
Concurso limitado sem apresentação de candidaturas	
Por negociação com publicação prévia de anúncio	
Por negociação sem publicação prévia de anúncio	
Consulta prévia	
Ajuste directo	

6.8 Com que frequência o Hospital usa, cada uma das seguintes políticas, quando coloca as suas ordens de compra ?

	Nunca	Raramente	Algumas Vezes	Com Frequência	Sempre
Encomenda em intervalos periódicos					
Encomenda com base no nível de existências					
Encomenda com base no plano de actividades					
Encomenda com base nas listas de faltas de materiais					
Encomenda por solicitações dos serviços utilizadores					
Encomendas com base em experiência anterior					

6.9 Caracterize os Concursos por Produtos do mercado Nacional e internacional

	Nacional		Internacional	
	Nº	Valor	Nº	Valor
Concurso público				
Concurso limitado por prévia qualificação				
Concurso limitado sem apresentação de candidaturas				
Por negociação com publicação prévia de anúncio				
Por negociação sem publicação prévia de anúncio				
Consulta prévia				
Ajuste directo				

* Dados previstos para o ano

6.10 Em que medida, cada um dos seguintes factores, são considerados pelo Hospital para determinar as quantidades a comprar?

	Nunca	Raramente	Algumas Vezes	Com Frequência	Sempre
Custo de efectivação da encomenda					
Dificuldades em efectuar cada encomenda					
Descontos de quantidade					
Quantidades necessárias para as solicitações dos serviços utilizadores					
Custos de transporte					
Distância de transporte					
Custos de armazenagem					
Espaço de armazenamento					
Custo por unidade					
Dimensão do equipamento de transporte					
Condições requeridas pelos materiais					
Qualidade esperada					
Condições de entrega					
Experiência passada					

6.11 Como é que as notas de encomenda são efectuadas ?

	Nunca	Raramente	Algumas Vezes	Com Frequência	Sempre
In-loco quando o fornecedor visita o serviço					
In-loco quando alguém do serviço visita o fornecedor					
Envio da Nota de encomenda via correio					
Computador (programa ligado ao fornecedor)					
Entrega da N.Enc. quando o fornecedor visita o serviço					
Entrega da N.Enc quando alguém do serviço visita o fornecedor					
Telefone					
E-mail					
Fax					
Telegrama					
Outra forma (qual ?)					

7 Compras Centralizadas

7.1 O que entende por uma centralização de compras ?

_____

_____

_____

_____

7.2 Na sua opinião quais os artigos deviam ser comprados de forma centralizada?

	Nunca	Raramente	Algumas Vezes	Com Frequência	Sempre
Produtos da Classe A					
Produtos da Classe B					
Produtos da Classe C					
Produtos Farmacêuticos					
Material de Consumo Clínico					
Produtos Alimentares					
Material de Consumo Hoteleiro					
Material de Consumo Administrativo					
Material de Manutenção e Conservação					
Outro Material de Consumo					
Outro (Qual ?)					

7.3 Já aderiu a sistemas de compras promovidas de forma centralizada por:

7.3.1 Outros hospitais ? **Sim** □ **Não** □

7.3.1.1 Se respondeu **Sim**, assinale com uma cruz, em que produtos essa situação ocorreu?

	Nunca	Raramente	Algumas Vezes	Com Frequência	Sempre
Produtos Farmacêuticos					
Material de Consumo Clínico					
Produtos Alimentares					
Material de Consumo Hoteleiro					
Material de Consumo Administrativo					
Material de Manutenção e Conservação					
Outro Material de Consumo					

7.3.2 Outras entidades? **Sim** □ **Não** □

7.3.2.1 Se respondeu **Sim**:

7.3.2.1.1 Quais essas entidades ?_____

_____

_____

_____

7.3.2.1.2 Assinale com uma cruz, em que produtos essa situação ocorreu?

	Nunca	Raramente	Algumas Vezes	Com Frequência	Sempre
Produtos Farmacêuticos					
Material de Consumo Clínico					
Produtos Alimentares					
Material de Consumo Hoteleiro					
Material de Consumo Administrativo					
Material de Manutenção e Conservação					
Outro Material de Consumo					

7.4 Já promoveu sistemas de compras de forma centralizada com outros hospitais? **Sim** □ **Não** □

7.4.1 Se respondeu **Sim**, assinale com uma cruz, em que produtos essa situação ocorreu?

	Nunca	Raramente	Algumas Vezes	Com Frequência	Sempre
Produtos Farmacêuticos					
Material de Consumo Clínico					
Produtos Alimentares					
Material de Consumo Hoteleiro					
Material de Consumo Administrativo					
Material de Manutenção e Conservação					
Outro Material de Consumo					

7.5 Se aderiu a qualquer sistema de compras centralizadas indique qual a percentagem envolvida nessa forma de compra relativamente ao total de compras?

	1998	1999	2000 *
% de compras feitas de forma centralizada			

7.6 Acha que a compra centralizada poderia trazer vantagens para o Hospital ? **Sim** □ **Não** □

7.6.1 Se respondeu **Não**, diga Porquê?_____

_____

_____

_____

* Dados previstos para o ano

7.7 Das seguintes afirmações assinale, com uma cruz, as que classificaria como vantagens e desvantagens, para:**(A)** o Hospital, quando as compras centralizadas são feitas através do organismo central (IGIF); **(B)** o Hospital que funciona como Central de Compras; **(C)** os Hospitais aderentes uma Central de Compras de outro Hospital **(D)** os Hospitais aderentes a uma Central de Compras do Estado, semelhante à que funciona para equipamentos

	A			B			C			D		
	Desvantagem	Neutro	Vantagem	Desvantagem	Neutro	Vantagem	Desvantagem	Neutro	Vantagem	Desvantagem	Neutro	Vantagem
Formação dos profissionais												
Quantidade de trabalho dos serviços utilizadores												
Cumprimento das decisões de compra												
Sistema de codificação de produtos												
Gestão económica de stocks												
Selecção de fornecedores												
Variação do Custo Unitário												
Variação da Qualidade												
Organização Técnica												
Planificação Racional do Aprovisionamento												
Participação dos hospitais nas comissões técnicas de produtos / equipamentos												
Coligação de fornecedores												
Pequenas empresas do mercado												
Relação dos fornecedores com os serviços												
Independência dos serviços utilizadores												
Morosidade do processo												
Despersonalização dos Compradores												
Motivação dos Trabalhadores												
Nível de Serviço												
Eficácia nas transacções												
Tempo de Espera dos Produtos												
Segurança dos Aprovisionamentos												
Controlo Quantitativo e Qualitativo dos Produtos												
Inovação												
Poder de compra												
Morosidade da Tomada de decisão												
Custos administrativos												
Capacidades comuns												
Especialização do recursos humanos das compras												
Utilização dos diferentes talentos e especializações												
Sistemas integrados												
Integração da cadeia de fornecimento												
Implementação de soluções de comercio electrónico												
Influência sobre os fornecedores												
Portes												
Oportunidade dos compradores cometerem erros ou fraudes												

7.8 O Hospital dispõe de condições para aderir a uma compra centralizada? **Sim** □ **Não** □

7.9 Concorda com os actuais formas de compras centralizadas ? **Sim** □ **Não** □

7.9.1 Se respondeu **Não**,

Quais os produtos que excluiria ?_____

_____

Quais os produtos que incluiria ?_____

_____

7.10 Sobre os artigos adjudicados através dos concursos centralizados fornecidos no corrente ano:

7.10.1 Dentro dos parâmetros geralmente aceites pelo Hospital , acha que a sua qualidade é, de uma forma geral:

Má □ **Fraca** □ **Aceitável** □ **Boa** □ **Muito Boa** □ (Quais os motivos da insatisfação ?)

_____

_____

_____

7.10.2 As reclamações foram:

Muitas □ **Bastantes** □ **Algumas** □ **Poucas** □ **Nenhumas** □

7.10.2.1 Se respondeu positivamente, as reclamações deveram-se principalmente a:

Atrasos nas entregas □ **Diferenças entre escolhido/entregue** □

Defeitos nos produtos □ **Outras Razões** □ (especifique se possível)_____

_____

7.11 Sobre os adjudicatários das compras centralizadas:

7.11.1 No que respeita à resposta dada às solicitações/reclamações considera-a

Má □ **Fraca** □ **Aceitável** □ **Boa** □ **Muito Boa** □ (Quais os motivos da **insatisfação** ?)

_____

_____

7.11.2 O cumprimento dos contratos pode considerar-se :

Mau □ **Fraco** □ **Aceitável** □ **Bom** □ **Muito Bom** □ (Quais os motivos da **insatisfação** ?)

_____

_____

7.12 Relativamente às compras centralizadas a que aderiu para fornecimento no corrente ano, prevê que as compras que vai efectuar divirjam das estimativas de aquisição dadas ? **Sim** □ **Não** □

7.12.1 Se respondeu **Sim**, as divergências serão: **Para mais** □ **Para menos** □

7.13 Considera que os serviços centrais de aprovisionamento tem dado resposta adequada relativamente ao que se pode esperar de um serviço desta natureza ? **Sim** □ **Não** □

7.13.1 Se respondeu **Não**, porquê?

Atrasos na entrega dos concursos □ **Nº de artigos insuficiente** □

Atrasos na realização dos concursos □ **Outro** □_____

7.14 Qual a intervenção que os serviços aderentes poderão ter numa centralização de compras?

7.15 Aponte quais as operações que cada um dos serviços de aprovisionamento, deverá realizar, depois de aderir a um sistema de compras centralizadas, funcionando**:**

7.15.1 **com uma Central de Compras**:

	Central de Compras	Hospital Utilizador
Lista de necessidades		
Elaboração do concurso		
Escolha dos produtos		
Elaboração dos contratos		
Adjudicação		
Armazenamento		
Distribuição		
Transporte		
Facturação		
Pagamento		

7.15.2 **um dos Hospitais como Central de Compras**:

	Hospital Central de Compras	Hospital Utilizador
Lista de necessidades		
Elaboração do concurso		
Escolha dos produtos		
Elaboração dos contratos		
Adjudicação		
Armazenamento		
Distribuição		
Transporte		
Facturação		
Pagamento		

7.15.3 **com uma Central de Compras, semelhante á que existe para os equipamentos**:

	Central de Compras	Hospital Utilizador
Lista de necessidades		
Elaboração do concurso		
Escolha dos produtos		
Elaboração dos contratos		
Adjudicação		
Armazenamento		
Distribuição		
Transporte		
Facturação		
Pagamento		

7.16 Como encara a resolução do pagamento aos fornecedores? Tal operação deverá ser exercida directamente pelo órgão central, pelos serviços requisitantes ou por outro processo? Comente.

7.17 Pensa que a adesão a uma central de compras deverá ser imposta ou ser por iniciativa própria dos serviços ? Comente a sua posição.

_____

_____

_____

_____

_____

7.18 Se o Hospital aderisse a um sistema de centralização de compras, na sua opinião, qual seria a probabilidade de se cumprirem os prazos de pagamento ?

Nenhuma ☐ **Pouca** ☐ **Alguma** ☐ **Considerável** ☐ **Muita** ☐

8 Documentos a Anexar

8.1 Mapa Resumo dos Recursos Humanos que compõem os Serviços de Aprovisionamento do Hospital que contenha, os seguintes elementos: Idade; Sexo; Habilitações; Sector; Categoria; Vencimento; Anos de serviço; Taxa de Absentismo.

8.2 Exemplares de documentação que o Serviço de Compras utiliza.

8.3 Lista dos Principais 20 produtos A, B e C de todos os armazéns.

8.4 Lista dos Principais fornecedores dos 10 principais produtos A, B e C de todos os armazéns.

A sua contribuição é considerada essencial para os resultados desta investigação.

MUITO OBRIGADA PELA SUA COLABORAÇÃO e pelo tempo despendido.

Se pretender dar alguma sugestão agradeço que o faça a seguir.

ANEXOS - II

Quadro II.1 – Resultados da análise estatística – Empenho da gestão / tipo de hospital

ANÁLISE DA VARIÂNCIA ANOVA	F	Sig.
Tipo de informação que presta ao órgão de gestão	0,761	0,591
TESTE DE KRUSKAL-WALLIS	**Qui-Quadrado**	**Sig.**
Grau de preocupação, que denota por parte do(s) órgão(s) de gestão em relação à função gestão de stocks/aprovisionamento	5,873	0,053 *
Com que periodicidade presta a informação ao órgão de gestão	2,374	0,305

** Significante a um nível de significância de 5%

Quadro II.1 – Resultados da análise estatística – Sistemas de Informação / tipo de hospital

TESTE DO QUI-QUADRADO	Qui-Quadrado	Sig.
Utiliza sistemas de informação próprios no Processo de Compra	0,599	0,741
Utiliza sistemas de informação próprios no Inventário	1,257	0,533
Utiliza sistemas de informação próprios nos Produtos Farmacêuticos	1,257	0,533
Utiliza sistemas de informação próprios no Ambulatório	3,697	0,157
Utiliza sistemas de informação próprios no Bloco Operatório	1,513	0,469
Utiliza sistemas de informação próprios nos Equipamentos	5,867	0,053 *

ANEXOS – III

Quadro III.1 – Resultados da análise estatística – H_{11}

ANÁLISE DA VARIÂNCIA ANOVA	F	Sig.
Produtos onde se verificam consumos regulares		
Material de Consumo Clínico	0,111	0,988
Material de Consumo Hoteleiro	0,222	0,948
Material de Consumo Administrativo	0,062	0,997
Material de Manutenção e Conservação	0,218	0,950
Outro Material de Consumo	0,465	0,797
Classificação do efeito de ruptura de stocks	0,568	0,724
TESTE DE KRUSKAL-WALLIS	**Qui-Quadrado**	**Sig.**
Produtos onde se verificam consumos regulares		
Produtos Farmacêuticos	1,556	0,459
Produtos Alimentares	0,606	0,739
Como são calculados os Stocks de Segurança	1,052	0,591
TESTE DO QUI-QUADRADO	**Qui-Quadrado**	**Sig.**
Têm conseguido reduzir o valor de capital investido em stocks	2,794	0,247
Qual é o critério de arrumação dos artigos em armazém	0,599	0,741
Utilização de sistema de inventário permanente	3,697	0,157
Verificam que os consumos são regulares	0,599	0,741
Forma de Calculo da QEE	19,782	0,031 **
Hospital trabalha com stocks de segurança	3,860	0,425
Utiliza a Análise ABC	1,862	0,932
É dado conhecimento, aos serviços utilizadores, da respectiva Análise ABC	2,557	0,634

** Significante a um nível de significância de 5%

Quadro III.1 – Resultados da análise estatística – H_{12}

ANÁLISE DA VARIÂNCIA ANOVA	F	Sig.
Número médio de fornecedores por item	0,718	0,619
Fornecimento atempado de materiais		
Ter um único fornecedor	0,274	0,921
Comprar grandes quantidades de cada vez	0,518	0,759
Contactos directos urgentes	0,679	0,646
Data prevista de entrega		
Entrega antecipada de 2 a 4 semanas	0,184	0,964
Entrega antecipada 1 semana	0,619	0,688
Entrega atrasada 1 semana	0,172	0,969
Entrega atrasada de 2 a 4 semanas	0,158	0,975
Entrega atrasada de 1 a 3 meses	0,275	0,920
Entrega atrasada + 3 meses	0,633	0,677
Justificação dos atrasos		
Problemas de transporte	0,226	0,946
Mudanças na data prevista de entrega	0,059	0,997
Pagamentos em atraso	0,054	0,998
Que Penalizações	0,196	0,960
TESTE DE KRUSKAL-WALLIS	Qui-Quadrado	Sig.
Fornecimento atempado de materiais		
Contratos de longo prazo com os fornecedores	3,229	0,199
Ter vários fornecedores	5,587	0,061 *
Data prevista de entrega		
Entrega antecipada + 1 mês	0,528	0,768
Na data prevista	1,197	0,550
Justificação dos atrasos		
Capacidade de produção	1,593	0,451
Problemas nas suas matérias-primas	0,556	0,757
Problemas de qualidade	1,800	0,407
Mudança de pedido	1,387	0,500
Outra	3,250	0,197
TESTE DO QUI-QUADRADO	Qui-Quadrado	Sig.
Fornecedores por armazém	13,794	0,087 *
Utilização de notas de encomenda permanentes	4,714	0,095 *
Utilização de compras directas	5,867	0,053 *
Existência de contratos de fornecimento em exclusivo	0,986	0,611
Sim - Penalizações são eficazes	5,286	0,071*

* Significante a um nível de significância de 10%

Quadro III.1 – Resultados da análise estatística – H_{13}

ANÁLISE DA VARIÂNCIA ANOVA	F	Sig.
Nível médio de existências	0,895	0,507
Periodicidade, em semanas, de encomendas de um artigo	0,940	0,482
Tipo de Contrato		
Concurso público	0,505	0,768
Concurso limitado sem apresentação de candidaturas	0,769	0,586
Consulta prévia	0,838	0,542
Políticas de compra		
Encomenda em intervalos periódicos	0,612	0,692
Encomenda com base no nível de existências	0,089	0,993
Encomenda por solicitações dos serviços utilizadores	0,382	0,854
Encomendas com base em experiência anterior	0,139	0,981
Decidir em comprar		
Custo de efectivação da encomenda	0,275	0,920
Descontos de quantidade	0,617	0,689
Custos de transporte	0,433	0,819
Distância de transporte	0,339	0,882
Espaço de armazenamento	0,546	0,739
Custo por unidade	0,552	0,735
Dimensão do equipamento de transporte	0,236	0,941
Qualidade esperada	1,018	0,439
Elaboração de nota de encomenda		
Envio da Nota de encomenda via correio	0,606	0,697
Entrega da nota de encomenda quando o fornecedor visita o serviço	0,487	0,781
Telefone	0,213	0,952
Fax	0,396	0,844
TESTE DE KRUSKAL-WALLIS	**Qui-Quadrado**	**Sig.**
Documentos		
Ficha artigo	2,667	0,264
Consulta de fornecedores	0,000	1,000
Nota de encomenda	0,000	1,000
Guia de entrada	0,410	0,815
Devolução de material aos armazéns pelos serviços utilizadores	4,500	0,105
Rectificação de existências	3,053	0,217
Ficha fornecedor	3,053	0,217
Mapa comparativo das propostas recebidas	0,571	0,751
Ficheiro de existência	1,895	0,388
Guia de saída	1,829	0,401
Devolução de material aos fornecedores	3,053	0,217
Outros	0,000	1,000
Tipo de Contrato		
Concurso limitado por prévia qualificação	0,826	0,662
Por negociação com publicação prévia de anúncio	0,444	0,801
Por negociação sem publicação prévia de anúncio	1,363	0,506
Ajuste Directo	0,976	0,614
Tempos Médios		
Concurso público	2,584	0,275
Concurso limitado sem apresentação de candidaturas	2,281	0,320
Tempos Médios - Consulta Prévia	1,840	0,399
Tempos Médios - Ajuste Directo	3,456	0,178
Políticas de compra		
Encomenda com base no plano de actividades	4,076	0,130
Encomenda com base nas listas de faltas de materiais	5,059	0,080 *
Decidir em comprar		
Dificuldades em efectuar cada encomenda	5,155	0,076 *
Quantidades necessárias para as solicitações dos serviços utilizadores	5,000	0,082 *
Custos de armazenagem	3,312	0,191
Condições requeridas pelos materiais	5,689	0,058 *
Experiência passada	0,209	0,901
Elaboração de nota de encomenda		
In-loco quando o fornecedor visita o serviço	0,650	0,723
IIn-loco quando alguém do serviço visita o fornecedor	0,571	0,751
Computador - programa ligado ao fornecedor	0,000	1,000
Entrega da N.Enc quando alguém do serviço visita o fornecedor	0,571	0,751
E-mail	0,450	0,799
Telegrama	0,000	1,000
Outra forma (qual ?)	0,000	1,000

* Significante a um nível de significância de 10%

Quadro III.1 – Resultados da análise estatística – H_{14}

ANÁLISE DA VARIÂNCIA ANOVA	F	Sig.
Artigos Centralizados		
Produtos da Classe A	0,415	0,831
Produtos da Classe B	0,383	0,853
Produtos da Classe C	0,464	0,797
Material de Consumo Hoteleiro	0,399	0,842
Material de Consumo Administrativo	0,857	0,530
Material de Manutenção e Conservação	0,275	0,920
Artigos centralizados por outra entidade		
Material de Consumo Clínico	0,133	0,982
Material de Consumo Hoteleiro	0,724	0,615
% de compras centralizadas em 1998	0,091	0,993
% de compras centralizadas em 1999	0,187	0,963
Qual a intervenção que os serviços aderentes poderão ter numa centralização de compras	0,449	0,808
Central de compras		
Escolha dos produtos	0,194	0,960
Distribuição	1,469	0,254
Transporte	0,291	0,911
Hospital Central de Compras		
Lista de necessidades	0,849	0,535
Escolha dos produtos	0,517	0,760
Elaboração dos contratos	1,197	0,355
Adjudicação	0,944	0,479
Armazenamento	0,837	0,542
Distribuição	0,433	0,819
Transporte	0,402	0,841
Facturação	0,537	0,746
Central de Compras do Estado		
Lista de necessidades	0,036	0,999
Escolha dos produtos	0,112	0,988
Armazenamento	0,483	0,784
Distribuição	0,483	0,784
Transporte	0,483	0,784
Facturação	0,638	0,674
Adesão a uma Central de Compras	0,220	0,949
TESTE DE KRUSKAL-WALLIS	**Qui-Quadrado**	**Sig.**
Artigos Centralizados		
Produtos Farmacêuticos	0,903	0,637
Material de Consumo Clínico	1,092	0,579
Produtos Alimentares	1,083	0,582
Outro Material de Consumo	0,399	0,819
Outro (Qual ?)	0,754	0,686
Centralizações Promovidas por Outras Entidades. - Quais	3,200	0,202
Artigos centralizados por outra entidade		
Produtos Farmacêuticos	5,010	0,082 *
Produtos Alimentares	0,000	1,000
Material de Consumo Administrativo	0,571	0,751
Material de Manutenção e Conservação	0,571	0,751
Outro Material de Consumo	0,000	1,000
% de compras centralizadas em 2000	1,324	0,516
Dentro dos parâmetros aceites pelo Hospital, a qualidade é	4,000	0,135
As reclamações foram	10,000	0,007 **
A resposta dada às solicitações/reclamações considera-a	4,427	0,109
O cumprimento dos contratos pode considerar-se	2,850	0,241
Central de Compras		
Lista de necessidades	0,000	1,000
Elaboração do concurso	0,571	0,751
Elaboração dos contratos	1,444	0,486
Adjudicação	1,200	0,549
Armazenamento	0,000	1,000
Facturação	0,860	0,651
Pagamento	0,000	1,000
Hopsital Central de compras		
Elaboração do concurso	4,109	0,128
Pagamento	1,197	0,550
Central de Compras do Estado		
Elaboração do concurso	0,571	0,751
Elaboração dos contratos	0,571	0,751
Adjudicação	0,571	0,751
Pagamento	0,000	1,000
Hospital adere a C. C., qual a probabilidade de se cumprirem os prazos de pagamento	1,915	0,384
TESTE DO QUI-QUADRADO	**Qui-Quadrado**	**Sig.**
Compras Centralizadas – Próprio Hospital	2,794	0,247
Existência de Vantagens das Compras Centralizadas	10,425	0,034 **
Concorda com os actuais formas de compras centralizadas	5,313	0,070 *
As Comp. Central. que vai efectuar irão diverjir das estimativas dadas	3,697	0,157
Os serviços centrais de aprovisionamento tem dado resposta adequada	2,794	0,247

** Significante a um nível de significância de 5%
* Significante a um nível de significância de 10%

Quadro III.1 – Resultados da análise estatística – H_{21}

TESTE DE KRUSKAL-WALLIS	Qui-Quadrado	Sig.
Produtos onde se verificam consumos regulares		
Produtos Farmacêuticos	4,181	0,524
Material de Consumo Clínico	2,476	0,780
Produtos Alimentares	6,919	0,227
Material de Consumo Hoteleiro	1,663	0,894
Material de Consumo Administrativo	1,199	0,945
Material de Manutenção e Conservação	1,274	0,938
Como são calculados os Stocks de Segurança	2,145	0,829
Classificação do efeito de ruptura de stocks	4,498	0,480
TESTE DO QUI-QUADRADO	**Qui-Quadrado**	**Sig.**
Têm conseguido reduzir o valor de capital investido em stocks	6,155	0,291
Qual é o critério de arrumação dos artigos em armazém	10,476	0,063 *
Utilização de sistema de inventário permanente	5,629	0,344
Verificam que os consumos são regulares	10,476	0,063 *
Forma de Calculo da QEE	10,261	0,996
Hospital trabalha com stocks de segurança	7,433	0,684
Utiliza a Análise ABC	9,079	0,873
É dado conhecimento, aos serviços utilizadores, da respectiva Análise ABC	6,097	0,807

* Significante a um nível de significância de 10%

Quadro III.1 – Resultados da análise estatística – H_{22}

ANÁLISE DA VARIÂNCIA ANOVA	F	Sig.
Data prevista de entrega		
Entrega antecipada de 2 a 4 semanas	0,184	0,964
Entrega antecipada 1 semana	0,619	0,688
Entrega atrasada 1 semana	0,172	0,969
Entrega atrasada de 2 a 4 semanas	0,172	0,969
Entrega atrasada de 1 a 3 meses	0,275	0,920
Entrega atrasada + 3 meses	0,633	0,677
Justificação dos atrasos		
Problemas de transporte	0,226	0,946
Mudanças na data prevista de entrega	0,059	0,997
Pagamentos em atraso	0,054	0,998
Que Penalizações	0,196	0,960
TESTE DE KRUSKAL-WALLIS	**Qui-Quadrado**	**Sig.**
Número médio de fornecedores por item	4,252	0,514
Fornecimento atempado de materiais		
Contratos de longo prazo com os fornecedores	5,892	0,317
Ter um único fornecedor	1,748	0,883
Ter vários fornecedores	1,017	0,961
Comprar grandes quantidades de cada vez	2,750	0,738
Contactos directos urgentes	3,473	0,627
Data prevista de entrega		
Entrega antecipada + 1 mês	2,667	0,751
Na data prevista	5,515	0,356
Justificação dos atrasos		
Capacidade de produção	3,971	0,554
Problemas nas suas matérias-primas	2,436	0,786
Problemas de qualidade	2,163	0,826
Mudança de pedido	2,749	0,739
Outra	5,775	0,329
TESTE DO QUI-QUADRADO	**Qui-Quadrado**	**Sig.**
Fornecedores por armazém	16,336	0,696
Utilização de notas de encomenda permanentes	5,362	0,373
Utilização de compras directas	3,850	0,571
Existência de contratos de fornecimento em exclusivo	5,629	0,344
Sim - Penalizações são eficazes	4,893	0,898

Quadro III.1 – Resultados da análise estatística – H_{23}

ANÁLISE DA VARIÂNCIA ANOVA	F	Sig.
Decidir em comprar		
Custo de efectivação da encomenda	0,275	0,920
Descontos de quantidade	0,617	0,689
Custos de transporte	0,433	0,819
Distância de transporte	0,339	0,882
Espaço de armazenamento	0,546	0,739
Custo por unidade	0,552	0,735
Dimensão do equipamento de transporte	0,236	0,941
Qualidade esperada	0,461	0,799
Condições de entrega	1,018	0,439
Elaboração de nota de encomenda		
Envio da Nota de encomenda via correio	0,606	0,697
Entrega da nota de encomenda quando o fornecedor visita o serviço	0,487	0,781
Telefone	0,213	0,952
Fax	0,396	0,844
TESTE DE KRUSKAL-WALLIS	**Qui-Quadrado**	**Sig.**
Nível médio de existências	8,117	0,150
Periodicidade, em semanas, de encomendas de um artigo	12,461	0,029 **
Documentos		
Ficha artigo	5,760	0,330
Consulta de fornecedores	0,000	1,000
Nota de encomenda	0,000	1,000
Guia de entrada	4,006	0,548
Devolução de material aos armazéns pelos serviços utilizadores	5,119	0,402
Rectificação de existências	4,789	0,442
Ficha fornecedor	4,789	0,442
Mapa comparativo das propostas recebidas	10,000	0,075 *
Ficheiro de existência	5,803	0,326
Guia de saída	6,464	0,264
Devolução de material aos fornecedores	5,803	0,326
Outros	0,000	1,000
Tipo de Contrato		
Concurso público	1,815	0,874
Concurso limitado por prévia qualificação	4,434	0,489
Concurso limitado sem apresentação de candidaturas	5,331	0,377
Por negociação com publicação prévia de anúncio	3,797	0,579
Por negociação sem publicação prévia de anúncio	2,005	0,848
Consulta prévia	4,247	0,514
Ajuste Directo	4,945	0,423
Tempos Médios		
Concurso público	10,448	0,063 *
Concurso limitado sem apresentação de candidaturas	9,375	0,095 *
Consulta Prévia	3,814	0,577
Ajuste Directo	7,267	0,202
Políticas de compra		
Encomenda em intervalos periódicos	2,977	0,703
Encomenda com base no nível de existências	0,642	0,986
Encomenda com base no plano de actividades	8,585	0,127
Encomenda com base nas listas de faltas de materiais	7,821	0,166
Encomenda por solicitações dos serviços utilizadores	2,230	0,816
Encomendas com base em experiência anterior	1,205	0,944
Decidir em comprar		
Custo de efectivação da encomenda		
Dificuldades em efectuar cada encomenda	5,840	0,322
Descontos de quantidade		
Quantidades necessárias para as solicitações dos serviços utilizadores	6,281	0,280
Custos de armazenagem	4,524	0,477
Condições requeridas pelos materiais	6,778	0,238
Experiência passada	3,661	0,599
Elaboração de nota de encomenda		
In-loco quando o fornecedor visita o serviço	0,994	0,963
IIn-loco quando alguém do serviço visita o fornecedor	1,750	0,883
Computador - programa ligado ao fornecedor	0,000	1,000
Entrega da N.Enc quando alguém do serviço visita o fornecedor	1,750	0,883
E-mail	6,765	0,239
Telegrama	0,000	1,000
Outra forma (qual ?)	0,000	1,000

** Significante a um nível de significância de 5%

* Significante a um nível de significância de 10%

Quadro III.1 – Resultados da análise estatística – H_{24}

ANÁLISE DA VARIÂNCIA ANOVA	F	Sig.
Artigos Centralizados		
Produtos da Classe A	0,415	0,831
Produtos da Classe B	0,383	0,853
Produtos da Classe C	0,464	0,797
Material de Consumo Hoteleiro	0,399	0,842
Material de Consumo Administrativo	0,857	0,530
Material de Manutenção e Conservação	0,275	0,920
Artigos centralizados por outra entidade		
Produtos Farmacêuticos	0,109	0,989
Material de Consumo Hoteleiro	0,724	0,615
% de compras centralizadas em 1998	0,091	0,993
% de compras centralizadas em 1999	0,187	0,963
Qual a intervenção que os serviços aderentes poderão ter numa centralização de compras	0,449	0,808
Central de Compras		
Distribuição	1,469	0,254
Transporte	0,291	0,911
Hospital Central de Compras		
Lista de necessidades	0,849	0,535
Escolha dos produtos	0,517	0,760
Elaboração dos contratos	1,197	0,355
Adjudicação	0,944	0,479
Armazenamento	0,837	0,542
Distribuição	0,433	0,819
Transporte	0,402	0,841
Facturação	0,537	0,746
Central de Compras do Estado		
Lista de necessidades	0,036	0,999
Escolha dos produtos	0,112	0,988
Armazenamento	0,483	0,784
Distribuição	0,483	0,784
Transporte	0,483	0,784
Facturação	0,638	0,674
Adesão a uma Central de Compras	0,220	0,949
TESTE DE KRUSKAL-WALLIS	**Qui-Quadrado**	**Sig.**
Artigos Centralizados		
Produtos Farmacêuticos	2,027	0,845
Material de Consumo Clínico	2,239	0,815
Produtos Alimentares	2,027	0,845
Outro Material de Consumo	1,744	0,883
Outro (Qual ?)	1,017	0,961
Centralizações Promovidas por Outras Entidades. – Quais	2,160	0,827
Artigos centralizados por outra entidade		
Material de Consumo Clínico	1,256	0,939
Produtos Alimentares	0,000	1,000
Material de Consumo Administrativo	1,750	0,883
Material de Manutenção e Conservação	1,750	0,883
Outro Material de Consumo	0,000	1,000
% de compras centralizadas em 2000	5,330	0,377
Dentro dos parâmetros aceites pelo Hospital, a Qualidade é	5,664	0,340
As reclamações foram	6,000	0,306
A resposta dada às solicitações/reclamações considera-a	3,081	0,687
O cumprimento dos contratos pode considerar-se	2,440	0,785
Central de Compras		
Lista de necessidades	0,000	1,000
Elaboração do concurso	1,750	0,883
Elaboração dos contratos	3,469	0,628
Adjudicação	3,675	0,597
Armazenamento	6,563	0,255
Facturação	5,192	0,393
Pagamento	0,000	1,000
Hospital Central de Compras - Elaboração do concurso	4,236	0,516
Central de Compras do Estado		
Elaboração dos contratos	1,750	0,883
Adjudicação	1,750	0,883
Pagamento	0,000	1,000
Hospital adere a C. C., qual a probabilidade de se cumprirem os prazos de pagamento	8,046	0,154
TESTE DO QUI-QUADRADO	**Qui-Quadrado**	**Sig.**
Compras Centralizadas - Próprio Hospital	2,245	0,814
Existência de Vantagens das Compras Centralizadas	7,237	0,703
As Comp. Central. que vai efectuar irão diverjir das estimativas dadas	2,477	0,780
Os serviços centrais de aprovisionamento tem dado resposta adequada	1,985	0,851
Não, porquê	17,783	0,602

Quadro III.1- Quadro de Aglomeração

Stage	Cluster Combined		Coefficients	Stage Cluster First Appears		Next Stage
	Cluster 1	Cluster 2		Cluster 1	Cluster 2	
1	18	21	,000	0	0	2
2	1	18	,000	0	1	4
3	15	17	,000	0	0	4
4	1	15	,000	2	3	6
5	13	14	,000	0	0	6
6	1	13	,000	4	5	8
7	10	11	,000	0	0	8
8	1	10	,000	6	7	10
9	6	9	,000	0	0	10
10	1	6	,000	8	9	11
11	1	4	,000	10	0	19
12	12	19	,500	0	0	16
13	2	7	1,000	0	0	14
14	2	20	2,500	13	0	15
15	2	3	4,500	14	0	18
16	12	16	7,333	12	0	18
17	5	8	10,833	0	0	20
18	2	12	15,214	15	16	19
19	1	2	26,763	11	18	20
20	1	5	55,333	19	17	21
21	1	22	96,864	20	0	0

Quadro III.2 – Resultados da análise estatística – H_{31}

TESTE DE KRUSKAL-WALLIS	Qui-Quadrado	Sig.
Produtos onde se verificam consumos regulares		
Produtos Farmacêuticos	12,334	0,006 **
Material de Consumo Clínico	1,972	0,578
Produtos Alimentares	5,732	0,125
Material de Consumo Hoteleiro	4,776	0,189
Material de Consumo Administrativo	1,951	0,583
Material de Manutenção e Conservação	6,632	0,085 *
Outro Material de Consumo	5,300	0,151
Como são calculados os Stocks de Segurança	12,521	0,006 **
Classificação do efeito de ruptura de stocks	1,270	0,736
TESTE DO QUI-QUADRADO	**Qui-Quadrado**	**Sig.**
Têm conseguido reduzir o valor de capital investido em stocks	4,474	0,215
Qual é o critério de arrumação dos artigos em armazém	10,476	0,015 **
Utilização de sistema de inventário permanente	1,054	0,788
Verificam que os consumos são regulares	10,476	0,015 **
Forma de Calculo da QEE	39,563	0,001 **
Utiliza a Análise ABC	10,476	0,313
É dado conhecimento, aos serviços utilizadores, da respectiva Análise ABC	10,588	0,014 **

** Significante a um nível de significância de 5%

* Significante a um nível de significância de 10%

Quadro III.1 – Resultados da análise estatística – H_{32}

TESTE DE KRUSKAL-WALLIS	Qui-Quadrado	Sig.
Número médio de fornecedores por item	5,354	0,148
Fornecimento atempado de materiais		
Contratos de longo prazo com os fornecedores	6,984	0,072 *
Ter um único fornecedor	5,998	0,112
Ter vários fornecedores	15,750	0,001 **
Comprar grandes quantidades de cada vez	3,719	0,293
Contactos directos urgentes	3,360	0,339
Data prevista de entrega		
Entrega antecipada + 1 mês	6,792	0,079 *
Entrega antecipada de 2 a 4 semanas	4,399	0,221
Entrega antecipada 1 semana	1,425	0,700
Na data prevista	4,490	0,213
Entrega atrasada 1 semana	3,464	0,325
Entrega atrasada de 2 a 4 semanas	6,418	0,093 *
Entrega atrasada de 1 a 3 meses	6,058	0,109
Entrega atrasada + 3 meses	5,000	0,172
Justificação dos atrasos		
Capacidade de produção	2,390	0,495
Problemas de transporte	3,359	0,340
Problemas nas suas matérias-primas	13,759	0,003 **
Problemas de qualidade	14,580	0,002 **
Mudanças na data prevista de entrega	6,067	0,108
Mudança de pedido	19,000	0,000 **
Pagamentos em atraso	6,976	0,073 *
Outra	5,196	0,158
Que Penalizações	7,953	0,047 **
TESTE DO QUI-QUADRADO	**Qui-Quadrado**	**Sig.**
Fornecedores por armazém	41,643	0,000 **
Utilização de notas de encomenda permanentes	4,714	0,194
Utilização de compras directas	5,579	0,134
Existência de contratos de fornecimento em exclusivo	12,239	0,007 **
Sim - Penalizações são eficazes	15,596	0,001 **

** Significante a um nível de significância de 5%
* Significante a um nível de significância de 10%

Quadro III.1 – Resultados da análise estatística – H_{33}

TESTE DE KRUSKAL-WALLIS	Qui-Quadrado	Sig.
Periodicidade, em semanas, de encomendas de um artigo	3,963	0,266
Documentos		
Ficha artigo	10,000	0,019 **
Consulta de fornecedores	0,000	1,000
Nota de encomenda	0,000	1,000
Guia de entrada	17,615	0,001 **
Devolução de material aos armazéns pelos serviços utilizadores	4,500	0,212
Rectificação de existências	7,105	0,069 *
Ficha fornecedor	5,368	0,147
Mapa comparativo das propostas recebidas	10,000	0,019 **
Ficheiro de existência	5,368	0,147
Guia de saída	12,514	0,006 **
Devolução de material aos fornecedores	5,368	0,147
Outros	0,000	1,000
Tempos Médios		
Concurso público	1,084	0,781
Concurso limitado sem apresentação de candidaturas	3,283	0,350
Consulta Prévia	4,670	0,198
Ajuste Directo	10,874	0,012 **
Políticas de compra		
Encomenda em intervalos periódicos	4,866	0,182
Encomenda com base no nível de existências	0,786	0,853
Encomenda com base no plano de actividades	5,151	0,161
Encomenda com base nas listas de faltas de materiais	3,661	0,300
Encomenda por solicitações dos serviços utilizadores	0,000	1,000
Encomendas com base em experiência anterior	3,719	0,293
Decidir em comprar		
Custo de efectivação da encomenda	10,480	0,015 **
Dificuldades em efectuar cada encomenda	8,060	0,045 **
Descontos de quantidade	6,983	0,072 *
Quantidades necessárias para as solicitações dos serviços utilizadores	7,875	0,049 **
Custos de transporte	5,090	0,165
Distância de transporte	12,494	0,006 **
Custos de armazenagem	4,618	0,202
Espaço de armazenamento	6,401	0,094 *
Custo por unidade	4,998	0,172
Dimensão do equipamento de transporte	9,583	0,022 **
Condições requeridas pelos materiais	6,689	0,083 *
Qualidade esperada	4,408	0,221
Condições de entrega	4,188	0,242
Experiência passada	3,661	0,300
Elaboração de nota de encomenda		
In-loco quando o fornecedor visita o serviço	11,100	0,011 **
IIn-loco quando alguém do serviço visita o fornecedor	2,143	0,543
Envio da Nota de encomenda via correio	2,654	0,448
Computador - programa ligado ao fornecedor	0,000	1,000
Entrega da nota de encomenda quando o fornecedor visita o serviço	9,130	0,028 **
Entrega da N.Enc quando alguém do serviço visita o fornecedor	2,143	0,543
Telefone	5,512	0,138
E-mail	9,905	0,019 **
Fax	3,283	0,350
Telegrama	0,000	1,000
Outra forma (qual ?)	0,000	1,000

** Significante a um nível de significância de 5%
* Significante a um nível de significância de 10%

Quadro III.1 – Resultados da análise estatística – H_{34}

TESTE DE KRUSKAL-WALLIS	Qui-Quadrado	Sig.
Artigos Centralizados		
Produtos da Classe A	4,798	0,187
Produtos da Classe B	3,649	0,302
Produtos da Classe C	6,813	0,078 *
Produtos Farmacêuticos	10,511	0,015 **
Material de Consumo Clínico	10,390	0,016 **
Produtos Alimentares	15,710	0,001 **
Material de Consumo Hoteleiro	5,467	0,141
Material de Consumo Administrativo	4,000	0,261
Material de Manutenção e Conservação	8,792	0,032 **
Outro Material de Consumo	10,483	0,015 **
Outro (Qual ?)	12,000	0,007 **
Centralizações Promovidas por Outras Entidades. - Quais	9,900	0,019 **
Artigos centralizados por outra entidade		
Produtos Farmacêuticos	0,786	0,853
Material de Consumo Clínico	5,155	0,161
Produtos Alimentares	0,000	1,000
Material de Consumo Hoteleiro	4,560	0,207
Material de Consumo Administrativo	2,143	0,543
Material de Manutenção e Conservação	2,143	0,543
Outro Material de Consumo	0,000	1,000
% de compras centralizadas em 1998	3,730	0,292
% de compras centralizadas em 1999	3,814	0,282
% de compras centralizadas em 2000	5,401	0,145
Dentro dos parâmetros aceites pelo Hospital, a qualidade é	3,464	0,325
As reclamações foram	3,000	0,392
A resposta dada às solicitações/reclamações considera-a	6,956	0,073 *
O cumprimento dos contratos pode considerar-se	10,500	0,015 **
Qual a intervenção que os serviços aderentes poderão ter numa centralização de compras	17,258	0,001
Central de Compras		
Lista de necessidades	0,000	1,000
Elaboração do concurso	2,143	0,543
Escolha dos produtos	11,887	0,008 **
Elaboração dos contratos	10,000	0,019 **
Adjudicação	4,500	0,212
Armazenamento	0,000	1,000
Distribuição	13,569	0,004 **
Transporte	6,012	0,111
Facturação	6,986	0,072 *
Pagamento	0,000	1,000
Hospital Central de Compras		
Lista de necessidades	7,833	0,050 **
Elaboração do concurso	8,614	0,035 **
Escolha dos produtos	4,896	0,180
Elaboração dos contratos	10,815	0,013 **
Adjudicação	6,384	0,094 *
Armazenamento	7,155	0,067 *
Distribuição	7,655	0,054 *
Transporte	11,182	0,011 **
Facturação	8,110	0,044 **
Pagamento	4,490	0,213
Central de Compras do Estado		
Lista de necessidades	4,714	0,194
Elaboração do concurso	2,143	0,543
Escolha dos produtos	11,382	0,010 **
Elaboração dos contratos	2,143	0,543
Adjudicação	2,143	0,543
Armazenamento	7,761	0,051 *
Distribuição	7,761	0,051 *
Transporte	7,761	0,051 *
Facturação	8,832	0,032 **
Pagamento	0,000	1,000
Adesão a uma Central de Compras	11,278	0,010 **
Hospital adere a C. C., qual a probabilidade de se cumprirem os prazos de pagamento	3,643	0,303
TESTE DO QUI-QUADRADO	**Qui-Quadrado**	**Sig.**
Compras Centralizadas - Próprio Hospital	2,245	0,523
Existência de Vantagens das Compras Centralizadas	8,750	0,188
Concorda com os actuais formas de compras centralizadas	1,667	0,644
As Comp. Central. que vai efectuar irão diverjir das estimativas dadas	9,392	0,025 **
As divergências serão	6,881	0,332
Os serviços centrais de aprovisionamento tem dado resposta adequada	5,624	0,131
Não, porquê	24,667	0,003 **

** Significante a um nível de significância de 5%
* Significante a um nível de significância de 10%