



Universidade do Minho
Escola de Engenharia

Márcia Sofia Gomes Marques

**Indicadores de Desempenho para o Serviço de Gestão de
Procedimentos do Hospital da Senhora da Oliveira
Guimarães**

Dissertação de Mestrado

Mestrado em Engenharia e Gestão da Qualidade

Trabalho efetuado sob a orientação do
Professor Sérgio Dinis Teixeira Sousa

Outubro, 2016

DECLARAÇÃO

Nome: Márcia Sofia Gomes Marques

Endereço eletrónico: _____ Telefone: + _____

Número do Bilhete de Identidade: _____

Título da dissertação: Indicadores de Desempenho para o Serviço de Gestão de Procedimentos do Hospital da Senhora da Oliveira Guimarães

Orientador(es): Professor Sérgio Dinis Teixeira Sousa

Ano de conclusão: 2016

Designação do Mestrado: Mestrado em Engenharia e Gestão da Qualidade

Nos exemplares das teses de doutoramento ou de mestrado ou de outros trabalhos entregues para prestação de provas públicas nas universidades ou outros estabelecimentos de ensino, e dos quais é obrigatoriamente enviado um exemplar para depósito legal na Biblioteca Nacional e, pelo menos outro para a biblioteca da universidade respetiva, deve constar uma das seguintes declarações:

É AUTORIZADA A REPRODUÇÃO INTEGRAL DESTA DISSERTAÇÃO APENAS PARA EFEITOS DE INVESTIGAÇÃO, MEDIANTE DECLARAÇÃO ESCRITA DO INTERESSADO, QUE A TAL SE COMPROMETE;

Universidade do Minho, 11/12/2016

Assinatura:

Márcia Sofia Gomes Marques

AGRADECIMENTOS

Esta dissertação não teria sido possível sem o apoio de inúmeras pessoas que me acompanharam ao longo de todo o meu percurso, inclusive o académico, contribuindo para o mesmo, muitas vezes sem se aperceberem.

Primeiro um agradecimento especial ao Professor Sérgio Dinis Sousa, não só pela orientação, por toda a disponibilidade, apoio, interesse, mas também pela paciência demonstradas ao longo destes meses.

Ao Dr. Miguel Araújo, Diretor do Gabinete de Melhoria Contínua dos Processos e Gestão do Investimento, e à Dra. Olívia Lopes, Chefe do Departamento de Logística e Compras, do Hospital da Senhora da Oliveira Guimarães, por terem possibilitado a oportunidade de desenvolver este trabalho, que foi sem dúvida um abre olhos e valorização de toda a rede que existe por detrás dos médicos e enfermeiros, por disponibilizar o seu tempo para me elucidar, esclarecer dúvidas e me conceder a oportunidade de aprender junto dos seus colaboradores. Também é preciso agradecer a todos os colaboradores do Centro de Logística e Compras, mas particularmente aos colaboradores do Serviço de Gestão de Procedimentos, por me terem recebido de forma amistosa e me terem auxiliado sempre que necessitei.

De uma forma menos formal, um obrigada sincero à minha família, em especial à minha mãe e à minha avó, companheiras e protetoras de todas as horas, sem a qual a vida não teria sentido. Ao Bruno agradeço todo o seu amor, carinho, admiração e presença incansável, com que sempre me apoia, especialmente ao longo desta etapa.

Ao meu primo Luís que durante toda a minha vida, incluindo o percurso académico, me motivou, ajudou e impulsionou.

Por último, um agradecimento aos meus amigos e colegas. Amigos de toda uma vida, à Marlene por me ter aliciado, à Marisa pela visita que tenho adiado, um obrigado. Aos amigos e colegas académicos, à Ana pelo incentivo, à Isabel pela paciência e companhia, foram sem dúvida essenciais para o meu processo de crescimento e aprendizagem.

RESUMO

Este trabalho aborda o tema Indicadores de Desempenho na gestão dos serviços de saúde e, mais concretamente, o Serviço de Gestão de Procedimentos do Centro de Logística e Compras do Hospital Senhora da Oliveira Guimarães. A satisfação geral dos utentes deve ser uma prioridade do Centro de Logística e Compras, uma vez que a falta de determinados produtos, para além de ocasionar um mau desempenho, pode proporcionar o agravamento do estado de saúde do doente e perda de vidas.

A metodologia deste estudo consistiu na observação do local onde este foi desenvolvido, consulta de arquivos relativos aos Concursos Públicos e Acordos Quadro, de modo a recolher dados quantitativos. Posteriormente foram caracterizadas as etapas associadas aos Concursos Públicos e Acordos Quadro, e a respetiva duração, e foram construídos gráficos de estatística descritiva. Foram identificadas as etapas com maior duração e as que evidenciavam maior variação no tempo de conclusão.

Os resultados mostram que os Concursos Públicos podem demorar mais de um ano a serem concluídos, ou seja, até ser dado início ao processo de compra. Os Acordos Quadro são menos morosos, no entanto, não constituem uma alternativa que possa ser estendida a todos os produtos/serviços necessários para o funcionamento do Hospital Senhora da Oliveira Guimarães. Quanto ao Código de Contratos Públicos não é possível afirmar que a área da contratação pública tenha uma regra e, que esta, pode ser constantemente aplicada, uma vez que o Código de Contratos Públicos é um conjunto de diretivas passível de alterações por parte do governo.

Finalmente, foram propostas ações para mudar práticas e procedimentos instituídos para reduzir a duração e a variabilidade relativa ao tempo necessário para realizar os Concursos Públicos e Acordos Quadro.

PALAVRAS-CHAVE

Indicadores de Desempenho; Contexto Hospitalar; Código dos Contratos Públicos.

ABSTRACT

Hospitals are complex organizations. They have a social role and an important business component, which require an enormous amount of technical skills, technological and financial resources. The management should aim for the best effectiveness and efficiency, in order to maximize the results. In this way, this study approaches the subject of Key Performance Indicators in Health Management, with particular regard to the Procedures Management Department of the Logistics Centre of the Hospital Senhora da Oliveira Guimarães. The Hospital Senhora da Oliveira Guimarães is a public organization, and most criticisms are about the time they take to sort problems and their lack of organization, therefore the subject is important. The patient's satisfaction should be a priority for the Logistics Centre, since if certain item fails, this results in a poor performance, but more importantly can cause loss of lives. Because of this, this subject is an asset for the Hospital Senhora da Oliveira Guimarães. The Methodology was about observation of the Logistic Centre and records analysis of Public Tendering and Direct Settings and this way was possible to collect quantitative data. The Results show that Public Tendering can take more than a year. The Direct Settings are quicker, although they are not an alternative for all items and services. Since the Public Tendering Code is just a set of directives, which can be changed by the government, it is not possible to say that the field of Public Tendering has one rule, which can be applied all the time.

KEYWORDS

Key Performance Indicators; Hospital Context; Public Tendering Code

ÍNDICE

Agradecimentos.....	v
Resumo	vii
Abstract	ix
Índice de Figuras	xiii
Índice de Tabelas.....	xv
Lista de Abreviaturas, Siglas e Acrónimos	xvii
1. Introdução.....	1
1.1. Enquadramento	1
1.2. Objetivos do Estudo.....	4
1.3. Metodologia do Estudo.....	4
1.4. Estrutura do Estudo.....	5
2. Revisão da Literatura.....	7
2.1. Qualidade em Saúde	7
2.2. Logística na Saúde.....	8
2.3. Indicadores de Qualidade	9
3. Descrição do Sistema em Estudo – HSOG, CLC e SGP.....	11
3.1. Hospital Senhora da Oliveira Guimarães	11
3.2. Centro de Logística e Compras.....	13
3.2.1. Serviço de Gestão de Procedimentos	15
4. Análise e Discussão.....	25
4.1. Concursos Públicos.....	25
4.1.1. Metodologia	25
4.1.2. Análise por Etapas	28
4.1.3. Outros factores que influenciam o tempo de um CP	36
4.1.4. Análise detalhada por Área	38
4.2. Ajustes Directos/Acordos Quadro	43
4.2.1. Metodologia	43
4.2.2. Análise e Discussão dos Resultados do AQ/AD.....	45
4.3. Comparação entre Concursos Públicos e AQ/AD	47

5. Proposta de Melhoria.....	49
5.1. Indicador de Desempenho	49
5.2. Brainstorming e Diagrama de Ishikawa – As ferramentas	50
5.3. Ações de Melhoria.....	51
6. Conclusão	53
7. Referências Bibliográficas	55
Anexo I – Extrapolação - CP.....	59
Anexo II – Diferença entre dados extrapoaldos e recolhidos - CP	61
Anexo III – Extrapolação - AQ/AD	63

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 - Organograma da Organização do HSOG (Grupo de Coordenação, 2014)...	12
Figura 2 - Organograma da Organização do CLC (Grupo de Coordenação, 2014).....	13
Figura 3 - Organograma do SGP (Grupo de Coordenação, 2014).....	15
Figura 4 - Fluxograma para apurar as necessidades (Grupo de Coordenação, 2014) ..	18
Figura 5 – Fluxograma CP (Grupo de Coordenação, 2014).....	21
Figura 6 - Fluxograma AQ/AD (Grupo de Coordenação, 2014)	23
Figura 7 - Análise de Pareto para a Etapa A	29
Figura 8 - Análise de Pareto para a Etapa B.....	31
Figura 9 - Análise de Pareto para a Etapa C.....	33
Figura 10 - Análise de Pareto para a Etapa D	36
Figura 11 - Análise de Pareto geral para as Etapas	36
Figura 12 - Análise de Pareto para CP(R).....	39
Figura 13 - Análise de Pareto para CP(E)	40
Figura 14 - Análise de Pareto para CP(S)	41
Figura 15 - Análise de Pareto para CP(ACC)	43
Figura 16 - Análise de Pareto para AQ/AD	46
Figura 17 - Captura de Ecrã da apresentação do catálogo do SPMS	46
Figura 18 - Gráfico comparativo entre os valores médios de dias decorridos entre AQ/AD e CP de ACC.....	47
Figura 19 - Diagrama de Ishikawa para a Demora dos CP	50

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 - Amostra Recolhida de CP	25
Tabela 2 – Duração das etapas (em dias) e comparação entre dados recolhidos e dados extrapolados.....	26
Tabela 3 – Mapeamento CP: Etapas, Responsável e Ações.....	27
Tabela 4 - Tabela descritiva da Etapa A.....	28
Tabela 5 - Valores médios da Etapa A	29
Tabela 6 - Tabela descritiva da Etapa B.....	30
Tabela 7 - Valores médios da Etapa B	30
Tabela 8 - Tabela descritiva da Etapa C.....	32
Tabela 9 - Valores médios da Etapa C	32
Tabela 10 - Tabela descritiva da Etapa D.....	34
Tabela 11 - Valores médios da Etapa D	35
Tabela 12 - Comparação entre a soma das etapas e as datas existentes.....	37
Tabela 13 - Estatística dos CP(R).....	38
Tabela 14 - Estatística dos CP(E).....	40
Tabela 15 – Estatística dos CP(S)	41
Tabela 16 - Estatística do CP(ACC).....	42
Tabela 17 – Amostra recolhida de AQ/AD	43
Tabela 18 - Duração das etapas (em dias) e comparação entre dados recolhidos e dados extrapolados.....	43
Tabela 19 - Etapas Comuns, Ações e Explicação de cada Ação do AQ/AD	44
Tabela 20 – Etapas, Problemas e Propostas	51
Tabela 21 - Tabela com os dados recolhidos e extrapolados (vermelho e azul) e Estatística.....	59
Tabela 22 - Tabelas com os dados recolhidos e dados extrapolados (vermelho) e estatística respetiva.....	61
Tabela 23 - Dados recolhidos e extrapolados (azul) relativos ao AQ/AD e estatística associada.....	63

LISTA DE ABREVIATURAS, SIGLAS E ACRÓNIMOS

AC	Armazém Central
ACC	Artigos de Consumo Clínico
AD	Ajuste Direto
AQ	Acordo Quadro
CA	Conselho de Administração
CCP	Código dos Contratos Públicos
CLC	Centro de Logística e Compras
CP	Concurso Público
DP	Dono do Processo
DR	Diário da República
DSE	Direitos especiais de saque que dizem respeito aos Limiares Comunitários
E	Equipamentos
Ghaf	Gestão Hospitalar de Armazém e Farmácia
HSOG	Hospital Senhora da Oliveira Guimarães
INCM	Imprensa Nacional-Casa da Moeda
JCI	<i>Joint Commission International</i>
JOCE	Jornal das Comunidades Europeias
KPI's	do acrónimo em inglês <i>Key Performance Indicators</i>
LCPA	Lei dos Compromissos e dos Pagamentos em Atraso
M	Medicamentos
MCDT	Meios de Diagnóstico e Terapêutica
NE	Notas de encomenda
R	Reagentes
S	Serviços
SF	Serviços Financeiros
SGC	Serviço de Gestão de Compras
SGP	Serviço de Gestão de Procedimentos
SGS e Aprv.	Serviço de Gestão de Stocks e Aprovisionamento
SPMS	Serviços Partilhados do Ministério Público
TC	Tribunal de Contas

1. INTRODUÇÃO

Numa época de escassez de recursos, tanto humanos como materiais, a necessidade urgente e crescente de racionalidade e eficiência no uso dos mesmos, nos vários sectores da economia, reveste-se de uma importância acrescida. Nesse sentido, o presente estudo pretende abordar o tema Indicadores de Desempenho na gestão dos serviços de saúde, mais concretamente, no Serviço de Gestão de Procedimentos (SGP) do Centro de Logística e Compras (CLC) do Hospital Senhora da Oliveira Guimarães (HSOG). Desta forma é possível identificar as eventuais causas de ineficiência nos procedimentos adoptados e apontar medidas que visem melhorar os processos de aquisição de bens/serviços.

A importância deste estudo reside no facto do HSOG ser uma entidade pública, à qual as maiores críticas tecidas são o tempo despendido na resolução de problemas e a sua falta de organização. A satisfação geral dos utentes deve ser uma prioridade do Centro de Logística e Compras (CLC), uma vez que a falta de determinados produtos, para além de ocasionar um mau desempenho, pode proporcionar o agravamento do estado de saúde do doente e perdas de vidas. Pelos motivos apresentados, verifica-se a necessidade de identificar os processos/procedimentos mais críticos para ser possível apontar oportunidades de melhoria. Desta forma a temática torna-se numa mais valia para o HSOG.

1.1. Enquadramento

Os hospitais são organizações complexas, de carácter social, com uma importante componente empresarial, nos quais se encontra concentrado um elevado número de recursos técnicos, tecnológicos e financeiros. A gestão deve, por isso, promover a maior efetividade e eficiência destes, de forma a maximizar os resultados (Administração Central do Sistema de Saúde, IP, 2010).

A ideia de mensurar a qualidade dos serviços em saúde começou a ser desenvolvida na década de 60, por Avedis Donabedian, na Universidade de Michigan, nos Estados Unidos da América. O autor afirmava que “o critério de qualidade nada mais é do que juízo de valor” e que, a definição de qualidade em saúde “reflete os valores e objetivos correntes de um determinado sistema de saúde e de toda a sociedade do qual ele faz parte” (Norman, 2012). Porém, em Portugal o setor da saúde começou apenas

recentemente a impor crescentes exigências às entidades prestadores de cuidados de saúde, privados e públicos, de modo que a necessidade de fomentar a evolução dos profissionais e sistematizar a gestão com referenciais reconhecidos está a tornar-se uma realidade (Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Lisboa, 2016).

À medida que os custos, em função da prestação de cuidados de saúde, crescem e que a situação financeira dos prestadores destes serviços públicos se deteriora, a imposição de um consenso relativo à definição de um novo conjunto de competências específicas que permitam reposicionar as organizações, preparando-as para um ambiente de mercado mais competitivo, torna-se cada vez mais urgente (Gaspar, 2008). Porque a saúde faz parte das prioridades de todos os seres humanos, é-lhe inerente o querer alcançar um estado de plenitude, contudo, a saúde não tem preço, mas tem custos e num momento em que reduzir a despesa é imperioso, é fundamental avaliar o custo efetivo das escolhas que se faz em termos de saúde (Macedo & Reis, 2011).

Num hospital, a área farmacêutica e os Artigos de Consumo Clínico (ACC) são os que consomem grande parte do orçamento, por ação das compras e da manutenção dos espaços físicos a eles dedicados (Kumar & Rahman, 2012). Apesar da racionalização dos custos se ter tornado numa preocupação mais premente, essa racionalização não deve comprometer, em momento algum a qualidade do serviço prestado. Assim, o desafio da gestão consiste em encontrar o melhor compromisso entre a satisfação dos pedidos dos serviços do hospital e a otimização e eficiência dos recursos existentes. Por essa razão, a análise das Áreas de Apoio, nomeadamente o CLC - essenciais para o funcionamento do hospital, afigura-se como uma necessidade de primeira ordem.

Consequentemente ao que foi exposto, a temática desta dissertação assenta no desenvolvimento de Indicadores de Desempenho (KPI's do acrónimo em inglês *Key Performance Indicators*) para o CLC do HSOG, mais concretamente, o SGP, pois deve existir indicadores que podem/devem ser equacionados para acompanhar o desenvolvimento das várias tarefas aos mais diversos níveis, nomeadamente, produção, qualidade, comportamentos, atendimento e normalização.

O HSOG tem implementado um Sistema de Gestão da Qualidade e em 2013 reiterou a sua aposta na “promoção e disseminação (...) de uma cultura de melhoria contínua da qualidade” de acordo com o Despacho n.º 14223/2009 - Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde. Em 2008, o HSOG foi acreditado segundo o Manual de Padrões para Hospitais da *Joint Commission International* (JCI), o que, *per si*, manifestou a

preocupação com a garantia da qualidade na prestação de cuidados de excelência (Centro Hospital do Alto Ave, EPE). A JCI é uma organização que compartilha práticas para melhorar a segurança e a qualidade dos cuidados médicos (por meio da prestação de serviços de educação, de publicações e consultoria, da acreditação e da certificação internacional) contribuindo para a melhoria de desempenho no atendimento seguro e eficiente ao paciente e melhorando os resultados globais da organização. Tem também a responsabilidade de facilitar o conhecimento e a compreensão de itens importantes como (Joint Commission International):

- 1) qualidade do atendimento médico regional;
- 2) segurança do paciente;
- 3) financiamento da saúde;
- 4) questões de políticas de saúde;
- 5) necessidades, valores e requisitos culturais.

A Acreditação é um processo bastante complexo, que cria impacto e conduz a mudanças significativas na realidade existente, onde o utente é o principal beneficiário (Joint Commission International).

O relatório da Organização Mundial de Saúde de 2002 ao mencionar a Avaliação de Desempenho dos Serviços de Saúde inclui todos os recursos, organizações e intervenientes que realizam ou apoiam ações sanitárias (de proteção, fomento ou melhoria da saúde) como uma das características essenciais para o processo (Viacava, 2004).

Portanto, a medição do desempenho deve ser feita não somente para planear, induzir e controlar, mas também para diagnosticar (Martins, 1998). Nesse sentido, torna-se importante para um sistema de gestão desenvolver indicadores de desempenho e integrá-los no mesmo, uma vez que possibilita a (Almeida, Marçal, & Kovaleski, 2004):

- 1) identificação das atividades que agregam valor ao produto e/ou serviços desenvolvidos pela mesma, neste caso pelo SGP;
- 2) realização de comparações de desempenho com seus concorrentes;
- 3) revisão de estratégias organizacionais para curto, médio e longo prazo na obtenção de resultados.

É importante salientar que os indicadores devem medir o grau de sucesso da implementação de uma estratégia em relação ao alcance do objetivo estabelecido. Devem ser claros, concisos e de fácil obtenção. Um indicador muito complexo ou de difícil mensuração pode inviabilizar a sua operacionalização. Cada indicador deve ter

descritas as suas metas e deve ser adequado à realidade da área em questão (Coral, 2002).

O HSOG tem que proceder de acordo com o Código dos Contratos Públicos (CCP) sempre que pretenda adquirir bens e/ou serviços, uma vez que se trata de uma entidade pública. O presente trabalho incidirá, então, sobre o CCP, uma vez que os indicadores a medir estão relacionados com tempo que demoram os Concurso Público (CP), os Acordo Quadro (AQ) e o Ajuste Direto (AD), tipos de procedimentos abrangidos pelo CCP.

1.2. Objetivos do Estudo

Esta dissertação visa realizar, para o caso específico do HSOG, uma análise dos principais processos realizados no SGP: CP, AQ/AD. O objetivo é compreender qual a duração de cada um de modo a ser possível:

- 1) diagnosticar a(s) etapa(s) onde é(são) despendido mais tempo;
- 2) verificar se há problemas passíveis de serem resolvidos;
- 3) identificar oportunidades de melhoria para aumentar o respetivo desempenho e consecutivamente a eficiência global;
- 4) permitir uma comparação entre CP e AQ/AD.

As áreas de intervenção previstas são: Medicamentos (M), Reagentes (R), Equipamentos (E), Serviços (S) e ACC.

Quanto a objetivos específicos pretende-se:

- 1) mapear as etapas do CP e AQ/AD;
- 2) analisar tempos de uma amostra recolhida;
- 3) avaliar as etapas mais demoradas através da análise de Pareto;
- 4) identificar problemas a partir de Diagramas de Ishikawa;
- 5) definir ações de melhoria.

1.3. Metodologia do Estudo

Em fevereiro de 2016, foi iniciada uma revisão bibliográfica da literatura, com recursos a fontes como livros, artigos científicos e ainda a projetos desenvolvidos no contexto hospitalar.

O trabalho de campo teve por base uma pesquisa qualitativa tendo sido desenvolvido no CLC do HSOG. O primeiro passo foi identificar todos os processos que permitissem

compreender o funcionamento do CLC. O segundo passo foi reconhecer a área onde haveria um maior potencial de melhoria, neste caso o SGP. O terceiro passo consistiu no levantamento de amostras de CP e AQ/AD, ou seja, recolha de datas, de modo a possibilitar estimar valores quantitativos. O quarto passo foi identificar quais as etapas que os CP e AQ/AD seguem. A técnica utilizada foi a observação e consulta de arquivos, cedidos pelos colaboradores do SGP, tendo sido recolhida uma amostra simples. Das datas recolhidas foi possível fazer uma estimativa da duração das várias etapas. Os dados recolhidos foram tratados em Microsoft Excel 2011, através do cálculo de médias, desvios-padrões, amplitudes e análises de Pareto. Os resultados foram analisados e compreendidos através de justificações que estavam nos arquivos e consulta do CCP.

Por fim, foi desenvolvido um Diagrama de Ishikawa, na sequência das 7 ferramentas da qualidade, de modo a ser possível visualizar os problemas e definir ações de melhoria. Este diagrama é utilizado em situações em que as causas não são claras, para ajudar a equipa de melhoria contínua na exploração e interligação das causas potenciais de um determinado efeito (Juran, 1990).

1.4. Estrutura do Estudo

A presente dissertação está dividida em 5 capítulos.

O Primeiro Capítulo – Introdução - consiste na apresentação e enquadramento da temática.

O Segundo Capítulo - Revisão Bibliográfica – é uma revisão bibliográfica recolhida, sobre conceitos relacionados com Qualidade. Contudo, ao longo do texto foram acrescentados outros conceitos necessários para uma melhor compreensão dos conteúdos que foram sendo introduzidos.

O Terceiro Capítulo - Descrição do Sistema em Estudo – começa com a uma descrição do sistema estudado, ou seja uma descrição do HSOG, do CLC e, mais detalhadamente, do SGP. Contém, também, uma abordagem a conceitos necessários para a compreensão dos temas expostos e dos resultados obtidos.

O Quarto Capítulo – Avaliação dos Indicadores de Desempenho - são apresentados os dados referentes aos CP e AQ/AD, através de tabelas e gráficos, que facilitam a leitura da informação. O capítulo engloba também as justificações encontradas para as demoras e a identificação de oportunidades de melhoria.

Por último, na Conclusão, são referidas não só as principais conclusões relativas ao presente projeto de dissertação como também as limitações associadas ao estudo e sugestões para eventuais trabalhos futuros.

2. REVISÃO DA LITERATURA

2.1. Qualidade em Saúde

A noção de Qualidade está generalizada e é aplicada desde bens até serviços. A Qualidade aparece muitas vezes ao homem vulgar, entenda-se como pessoa não associada ao estudo da Qualidade, como etiqueta suplementar que ajuda os comerciantes a venderem melhor os seus produtos (Silva, 2009). Segundo a Associação Francesa de Normalização, a Qualidade de um produto ou de um serviço é a sua aptidão para satisfazer as necessidades dos utilizadores (Fey & Gogue, 1983). Porém, a Qualidade, outrora um problema de medida, é hoje uma questão económica e principalmente de estratégia (Fey & Gogue, 1983).

A Qualidade do serviço é uma noção importante numa sociedade moderna em que as atividades de serviços se tornam mais numerosas e mais complexas (Fey & Gogue, 1983). Serviço é todo o trabalho desempenhado para outra pessoa. Indústrias como central produtora de energia, transportes, comunicação e entretenimento têm como propósito fornecer serviços. Por outro lado, dentro das organizações, serviço é considerado trabalho desempenhado para outros, como preparação da folha de pagamento, recrutamento e manutenção, ou seja como serviços de apoio (Juran, 1990).

Avedis Donabedian, graduado pela Universidade de Harvard em Saúde Pública, é um dos principais interessados sobre a temática no contexto da Saúde, tendo compreendido os cuidados de saúde como um sistema. Donabedian afirmou que as pessoas têm um grande problema em correlacionar qualidade e sistemas e acrescentou que a gestão de sistemas não se ensina na escola de enfermagem ou de medicina (Best & Neuhauser, 2004). Para Donabidien, Qualidade em Saúde assenta em três dimensões: 1) a Estrutura; 2) o Processo; 3) e o Resultado. A Estrutura envolve os recursos físicos, humanos, materiais, equipamentos e financeiros, necessários para a assistência médica. O Processo é referente às atividades que envolvem os profissionais e utentes, e inclui o diagnóstico, o tratamento e os aspectos éticos. Por último, o Resultado que corresponde ao produto final da assistência prestada, considerando a saúde, satisfação dos padrões e expectativas dos utentes (Best & Neuhauser, 2004).

Contudo, Urdan (2001) cita três singularidades principais das instituições de Saúde: 1) não há uma clara conexão entre entradas e saídas; 2) os utentes, geralmente, têm

dificuldades em avaliar aspectos técnicos; 3) em praticamente todas as organizações de saúde existem duas linhas de autoridade distintas: a administrativa e a médica (Righi, Schmidt, & Venturini, 2010).

As organizações da área da Saúde têm cada vez mais em conta o conceito Qualidade. A satisfação do utente tem feito com que as organizações de saúde reflitam no conceito Qualidade, não apenas na qualidade do serviço mas também nas relações entre os utentes e todos os profissionais da organização (Giannini, 2015).

2.2. Logística na Saúde

Num mercado cada vez mais competitivo, existe uma preocupação crescente com as questões logísticas por parte das empresas. Uma logística explorada de forma eficiente e com êxito, utilizando uma combinação eficiente e eficaz entre as operações logísticas e recursos existentes, pode funcionar como importante suporte nas decisões estratégicas de uma empresa (Sandberg & Abrahamsson, 2011).

A Logística ou Gestão da Logística surge para apoiar empresas, instituições e organizações. As organizações de saúde não escapam a esta lógica de origem militar. Há muito que se menciona logística em termos militares e são cinco as suas grandes componentes: abastecimento, transporte, manutenção, evacuação e hospitalização de feridos e serviços complementares (Carvalho & Ramos, 2009).

A prestação de cuidados de saúde está longe de ser pacífica, uma vez que existe um conflito entre o ponto de vista logístico e o ponto de vista do sector. Uma visão que incorpore alguma disciplina e rigor, atributos da gestão de uma organização ou empresa, mesmo de saúde, corre o sério risco de ser mal interpretada e de ser entendida como meramente economicista (Carvalho & Ramos, 2009).

A competitividade do sector hospital pode dever-se a factores como: habilitação dos profissionais e aumento dos hospitais privados. Cerca de metade dos custos de um hospital deve-se aos recursos humanos. Contudo, ainda há a ideia de que investir em formação é aumentar os custos. Mas, inversamente, quanto maior a habilitação, maior a qualidade dos processos, e consequentemente menor é a despesa com pessoal, porque os processos necessitam de menor volume de funcionários e, melhor o resultado na percepção do cliente, e consequentemente melhor a posição do hospital no cenário em que compete (Salu, 2014). Ou seja, hospitais que investem em formação aumentam a competitividade. Outro factor é o aumento dos hospitais privados. Entre 2002 e 2013 os

hospitais privados passaram de 94 para 107, em Portugal. Sendo que o número de hospitais públicos é 113. O caminho de crescimento do privado é o inverso do feito pelo serviço público (Maia, 2015).

O sector da saúde tem sofrido várias alterações ao longo dos anos, evoluindo de forma complexa no que respeita aos custos de medicamentos e de diversos consumíveis. Estima-se que na generalidade dos hospitais, cerca de um terço do orçamento total anual é gasto na compra de materiais e provisões, onde se incluem os medicamentos (Kumar & Chakravarty, 2015).

A realização dos pedidos e provisões, dos diferentes serviços de um hospital, é muito importante para a satisfação geral dos pacientes e será sempre a prioridade dos armazéns, uma vez que a falha de determinados artigos acarreta uma má prestação de serviços, incorrendo em possibilidade de perdas de vidas ou agravamento do estado de saúde dos pacientes e contribuindo assim para um mau e inadequado desempenho da organização (Kumar & Rahman, 2012).

2.3. Indicadores de Qualidade

Os processos devem ser avaliados. A análise de um sistema é conseguida através da verificação de aspectos e desempenhos passíveis de serem melhorados. A complexidade crescente e o ambiente competitivo faz com que métodos anteriormente utilizados, baseados somente no saber fazer e nas experiências vividas pelos profissionais de saúde, sejam insuficientes para uma gestão eficiente (Freitas, 2015).

De forma a alcançar um maior controlo e avaliação de desempenho, de qualquer serviço, é importante a definição de KPI's, que contribuem significativamente para a eficiência dos recursos, ou seja que desdobramento e inter-relacionamento possibilitem a associação entre recursos humanos, equipamentos e matéria-prima.

Então, no sector da Saúde torna-se cada vez mais urgente um sistema capaz de: medir e avaliar os resultados; analisar se os serviços existentes são apropriados para cumprir os requisitos; e o uso eficiente dos recursos (Giannini, 2015).

Os KPI's são desenvolvidos através de informações retiradas sobre o funcionamento do sistema e, têm que ser bem definidos, monitorizados para que seja útil, de modo a que possa contribuir para a evolução do processo (Bourne, 2004) (Sousa *et al*, 2006).

O indicador deve ter um título, um propósito, um alvo, uma fórmula, uma medida, uma frequência com que deve ser medido e uma fonte de dados (Bessa, 2013)

Existem diversos indicadores, nomeadamente (Sousa *et al*, 2006):

- indicadores de gestão – relacionados com a administração de processos, os objetivos a atingir, os desvios e a performance real;
- eficácia dos processos – relacionados com os objetivos definidos para um dado processo;
- eficiência dos processos – relacionados com os recursos necessários à execução dos processos;
- indicadores de recursos humanos – relacionados com o envolvimento, a participação e o desenvolvimento das pessoas da organização.

3. DESCRIÇÃO DO SISTEMA EM ESTUDO – HSOG, CLC E SGP

Este capítulo tem como propósito caracterizar, de forma sucinta, o HSOG, mais pormenorizadamente o CLC, e principalmente o SGP, apresentando os principais processos.

3.1. Hospital Senhora da Oliveira Guimarães

O HSOG começou por ser Hospital da Misericórdia de Guimarães nos finais do século XVI e assim permaneceu até à revolução de 1974. Em meados dos anos 80, a capacidade do hospital estava limitada pelas instalações onde funcionava, o Convento dos Capuchos, surgindo a necessidade de um novo edifício. A edificação do novo hospital data de 1978. Foi projetado para um total de 485 camas e dotado de quase todas as valências hospitalares. O novo hospital entrou em funcionamento a 25 de Setembro de 1991. O hospital foi batizado como Hospital Senhora da Oliveira Guimarães, em 1993, em honra às crónicas milagrosas de Santa Maria de Guimarães, que passou a designar-se por “Santa Maria da Oliveira” (Hospital da Senhora da Oliveira Guimarães EPE).

Em 2007, o HSOG e o Hospital São José – Fafe foram incorporados de forma a originar o Centro Hospital do Alto Ave, E.P.E., do Serviço Nacional de Saúde, e ambas entidades foram consideradas extintas a partir dessa data.

No dia 1 de janeiro de 2015, o Governo de Portugal restituiu a gestão do Hospital de S. José de Fafe à Misericórdia de Fafe, deixando desta forma de estar integrado no Centro Hospitalar, através da Administração Regional de Saúde (ARS) do Norte. Pelo Decreto-Lei n.º 177/2015, de 25 de agosto de 2015, em função da devolução da Unidade de Fafe referida, o hospital de Guimarães voltou a ter a designação de HSOG (Hospital da Senhora da Oliveira Guimarães EPE).

A Missão e Visão do HSOG estão direcionadas para a prestação de excelência de cuidados de saúde, fomentando de forma contínua a formação, pré e pós-graduada, e a investigação.

Os profissionais de saúde regem-se pelo princípio da humanização, orgulho e sentimento de pertença constantes, seguindo uma perspectiva de crescimento sustentável, comprometimento, sentido de mudança e diferenciação. Por essas razões, o HSOG corresponde a uma referência no sector da saúde, onde a criação de valor é para todos uma ambição (Hospital da Senhora da Oliveira Guimarães EPE).

Quanto à área de influência, o HSOG abrange os concelhos de Guimarães, Fafe, Cabeceiras de Basto, Vizela e Mondim de Basto, onde vivem cerca de 350 mil pessoas (Hospital da Senhora da Oliveira Guimarães EPE). Por dia há cerca de 1095 consultas, 57 cirurgias, 440 doentes internados, 400 episódios de urgência, 1390 visitas, 7200 tratamentos/exames/análises. Atualmente, o HSOG tem 481 camas (Hospital da Senhora da Oliveira Guimarães, E.P.E., 2016).

Relativamente aos recursos humanos, o HSOG tem cerca de 1387 profissionais, não são contabilizados os internos em formação e profissionais em regime de prestação de serviços (Hospital da Senhora da Oliveira Guimarães, E.P.E., 2016).

Uma vez que se trata de uma unidade hospitalar que abrange uma elevada população existe a necessidade emergente de optimização dos tempos de resposta dos processos. Desta forma torna-se indispensável que todos os processos sejam previsíveis, sobretudo os CP e Aq para aquisição de bens/serviços, que são fundamentais para dar resposta às necessidades da população. Na figura 1, é possível visualizar a organização do HSOG.

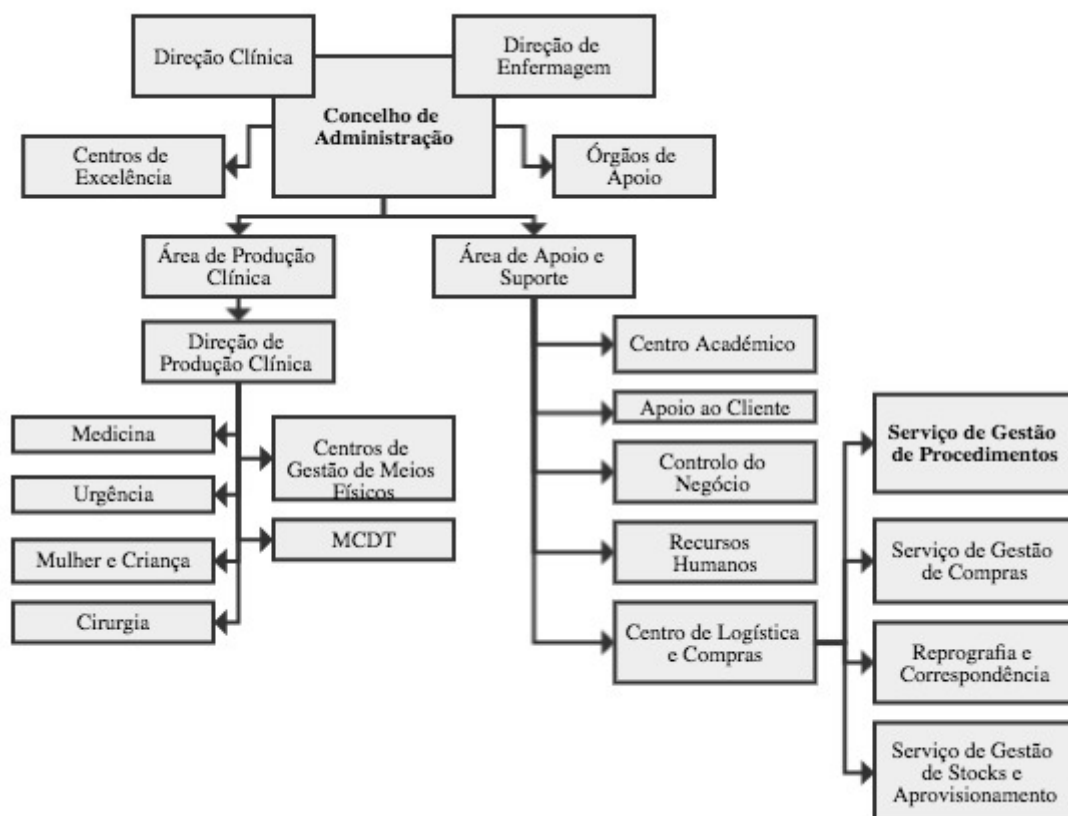


Figura 1 - Organograma da Organização do HSOG (Grupo de Coordenação, 2014).

3.2. Centro de Logística e Compras

O funcionamento do HSOG requer um conjunto de materiais e artigos para a prestação dos cuidados de saúde nos diferentes serviços clínicos. A principal função do CLC é abastecer os demais serviços com os diferentes tipos de bens, desde medicamentos, reagentes, equipamentos, fornecimento de serviços até artigos de consumo clínico. O CLC do HSOG abrange as áreas de procedimentos, compras e stocks, como mostra a figura 2.

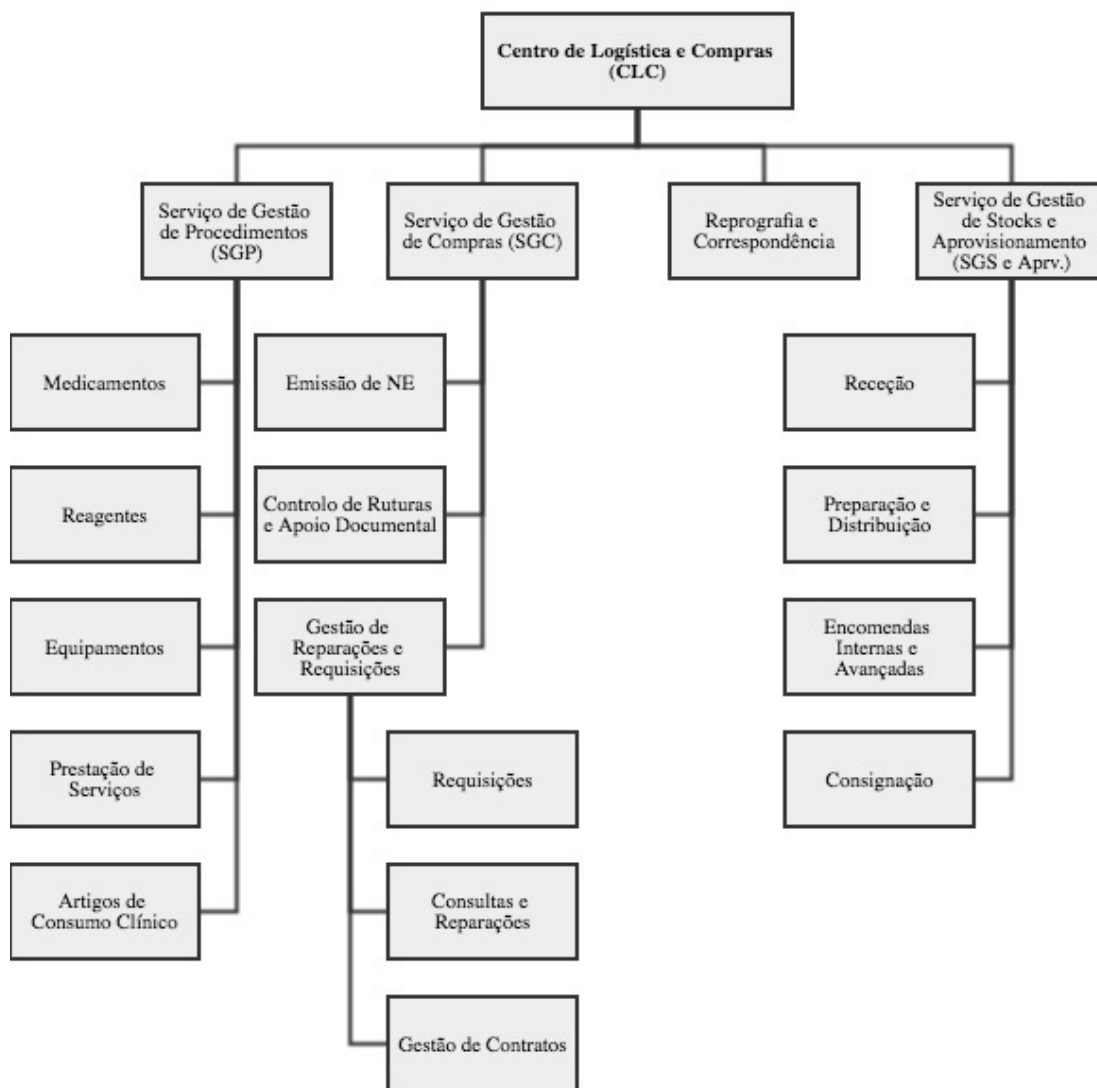


Figura 2 - Organograma da Organização do CLC¹ (Grupo de Coordenação, 2014)

¹ O SGP irá ser descrito num subcapítulo, dado que a dissertação é essencialmente sobre os processos desenvolvidos aí.

As principais tarefas desenvolvidas no Serviço de Gestão de Compras (SGC) (Grupo de Coordenação, 2014):

Consultas ao Mercado: Sempre que um artigo não tem ponto de encomenda ou não está associado a nenhum procedimento, deve ser solicitado pelo serviço interessado, através do impresso próprio (Modelo 777). É necessário realizar consultas ao mercado, que devem ser diversificadas e equitativas de modo a que todos os parâmetros do material/serviço a adquirir sejam cumpridos. Em relação aos Meios de Diagnóstico e Terapêutica (MCDT) e Farmácia existe uma plataforma própria para o efeito.

Emissão de Notas de Encomenda (NE): A emissão de NE pode ser automática, após listagem dos artigos que estão abaixo do ponto de encomenda, no programa Gestão Hospitalar de Armazém e Farmácia (GHAF), ou então de forma não automática para MCDT, Farmácia e pedidos pelo Modelo 777, onde a NE é feita com base numa consulta prévia ao mercado.

Gestão de Reparações: Quando existe algum problema com um equipamento, o serviço detentor desse equipamento envia uma notificação via e-mail para o SGC, o qual analisa a criticidade, verifica o prazo de garantia e reencaminha para o fornecedor, se for o caso disso. Também as manutenções e reparações estão sobre a sua alçada.

As principais tarefas do Serviço de Gestão de Stocks e Aprovisionamento (SGS e Aprv.) são:

Receção e Arrumação de Material: Aquando da receção do material existe um conjunto de procedimentos que garantem a sua correta receção, nomeadamente a confirmação documental e física. O dono do processo (DP) deve certificar-se das condições em que a mercadoria chega, comparar a guia com a NE e, se todos os parâmetros estiverem bem, assinar o duplicado da guia para o fornecedor. Posteriormente é feita a codificação do material e o respectivo registo informático e, por fim, o material é arrumado no armazém central, de acordo com as suas características.

Armazém Central (AC): a principal função do AC é abastecer os serviços com os artigos que requereram. No AC são armazenados ACC, artigos administrativos,

hoteleiros e outros (pilhas, baterias, por exemplo). Os produtos farmacêuticos são recebidos no AC, mas reencaminhados para a Farmácia.

Preparação e Distribuição de Encomendas: Diariamente são consultados os pedidos dos serviços. Esses pedidos consistem em encomendas internas, preparadas em carrinhos e distribuídas pelos serviços. A distribuição está a cargo dos DP, mas a arrumação nos armazéns avançados de cada serviço fica a cargo desses mesmos serviços.

Material à Consignação: Como este tipo de material tem demasiada especificidade e um elevado custo, por exemplo próteses, o seu pagamento apenas é efectuado após ser consumido. Por tal, a NE com a informação acerca dos componentes é processada apenas no final.

3.2.1. Serviço de Gestão de Procedimentos

O SGP é uma das componentes administrativa do CLC, onde se concentrou a maior parte deste estudo.

A componente administrativa de um armazém é importante, pois uma gestão de stocks só é eficaz se os processos administrativos conseguirem ser céleres e eficientes. Quanto mais rápido for todo o procedimento, mais cedo é feita a NE, mais depressa é o produto colocado em armazém ou o serviço é prestado. Também os programas informáticos são importantes, uma vez que os processos são informatizados. Por um lado, é relevante que os membros do grupo administrativo dominem algumas ferramentas básicas a nível informático. Por outro lado, é importante ter a noção que a informática não resolve problemas ao nível estrutural. Ou seja, a informatização não liberta o grupo de trabalho da necessidade do estudo dos processos. Assim, é possível aumentar a produtividade em dois aspetos: na simplicidade e na rapidez dos processos (Fontes, 2005).

O SGP do HSOG é constituído por quatro áreas (figura 3), tendo um total de quatro colaboradores.



Figura 3 - Organograma do SGP (Grupo de Coordenação, 2014).

Conceitos importantes do SGP

Esta secção tem como objetivo introduzir conceitos importantes da rotina do SGP. Esses conceitos são CCP, CP, AQ/AD, Assunção de Encargos Públicos, Compromissos de Encargos Plurianuais, Tribunal de Contas (TC) e Serviços Partilhados do Ministério da Saúde, EPE, (SPMS), que aparecerão com bastante frequência ao longo da análise e discussão de resultados.

O HSOG é uma entidade E.P.E., o que significa que, segundo o Decreto-Lei n.º 233/05, de 29 de Dezembro, é uma pessoa coletiva de direito público de natureza empresarial dotada de autonomia administrativa, financeira e patrimonial, nos termos do regime jurídico do setor empresarial do Estado e das empresas públicas, e do artigo 18.º do anexo da Lei n.º 27/2002, de 8 de novembro. Adita-se que os hospitais E.P.E. têm por objeto principal a prestação de cuidados de saúde à população, designadamente aos beneficiários do Serviço Nacional de Saúde e aos beneficiários dos subsistemas de saúde, ou de entidades externas que com ele contratualizem a prestação de cuidados de saúde, e a todos os cidadãos em geral (Estatutos - Hospitais e Centros Hospitalares, E.P.E.).

O HSOG, como entidade pública, obedece a um conjunto de regras, nomeadamente no âmbito da contratação pública. Ou seja, cada aquisição quer de bens ou de serviços deve respeitar o Decreto-Lei n.º18/2008 de 29 de Janeiro, que aprova o CCP. Este diploma trata-se do primeiro diploma com um tal duplo objecto no ordenamento jurídico português, assumindo-se por isso, como um importante marco histórico na evolução do direito administrativo nacional e, em especial, no domínio da atividade contratual da Administração. O CCP cria um conjunto homogéneo de normas relativas aos procedimentos pré contratuais públicos, pelo que o seu conteúdo ultrapassa a mera reprodução das regras constantes das referidas diretrizes (Diário da República, 1.ª série - N.º20-29 de Janeiro de 2008). Segundo o artigo 16.º, no CCP estão abrangidos procedimentos como a) Ajuste direto; b) Concurso público; c) Concurso limitado por prévia qualificação; d) Procedimento de negociação; e e) Diálogo concorrencial, para a formação de contratos cujo objeto abranja prestações que estão ou sejam suscetíveis de estar submetidas à concorrência de mercado. Contudo neste trabalho apenas são abordados a alíneas a e b.

Além do já exposto, o HSOG pode ter que pedir Assunção de Encargos Públicos. Ou seja, encargos públicos são compromissos plurianuais que constituem a obrigação de

efetuar pagamentos em mais do que um ano económico ou em anos económicos distintos do ano em que o compromisso é assumido. Estes exigem autorização prévia da entidade competente e registo no sistema informático central das entidades responsáveis pelo controlo orçamental em cada um dos subsectores da Administração Pública (Direção Geral do Orçamento). Isto segundo a Lei n.º 8/2012, de 21 de fevereiro - Lei dos Compromissos e dos Pagamentos em Atraso (LCPA), sendo que é obrigatório fazer um registo do compromisso, o qual deve ocorrer no momento da assunção de efetuar pagamentos a terceiros, de modo a que o sistema contabilístico se encontre permanentemente atualizado. O registo deverá ocorrer o mais cedo possível, em regra, pelo menos três meses antes da data prevista de pagamento para os compromissos conhecidos nessa data (Ex.: com a NE, ordem de compra ou documento equivalente) (Direção Geral do Orçamento). No caso das entidades de saúde, o pedido é feito à Administração Central do Sistema de Saúde, I.P.

Em alguns contextos pode se verificar o envolvimento do TC, nomeadamente na fiscalização da legalidade e regularidade das receitas e das despesas públicas, na apreciação da boa gestão financeira e efetiva responsabilidade por infracções financeiras. Ou seja, o TC concede e recusa o visto a contratos, realiza auditorias às entidades públicas, verifica as suas contas, podendo ainda aplicar multas e ordenar a reposição de dinheiro indevidamente gasto – o que corresponde a um importante domínio da sua atividade (ASJP - Associação Sindical dos Magistrados Judiciais Portugueses, 2011).

No âmbito dos AQ e AD é importante abordar SPMS que tem a natureza de pessoa coletiva de direito público de natureza empresarial, dotada de personalidade jurídica, autonomia administrativa e financeira e de património próprio, nos termos do regime jurídico do setor empresarial do Estado, aprovado pelo Decreto-Lei n.º 133/2013, de 03 de outubro, estando sujeita à tutela dos membros do Governo responsáveis pelas áreas das finanças e da saúde. O SPMS foi criado em 2010, pelo Decreto-Lei n.º 19/2010, de 22 de março, alterado pelo Decreto-Lei n.º 108/2011, de Decreto-Lei n.º 108/2011 e pelo Decreto-Lei 209/2015, de 25 de setembro, tendo como missão a prestação de serviços partilhados – nas áreas de compras e logística, serviços financeiros, recursos humanos e sistemas e tecnologias de informação e comunicação – às entidades com atividade específica na área da saúde, de forma a “centralizar, otimizar e racionalizar” a aquisição de bens e serviços no Serviço Nacional de Saúde (Serviço Nacional de Saúde).

Processos do SGP

Todo o processo tem início aquando a receção do apuramento das necessidades. Estas podem ter variadas origens, tais como previsões de consumo e prazo de procedimentos, deliberações do CA, imposições legais e/ou requisições dos serviços. Quando o SGP recebe a informação inicia a preparação das peças do procedimento, tendo a necessidade de obter informação técnica junto dos utilizadores. Este passo inicial é explicado pela figura 4 (Grupo de Coordenação, 2014).

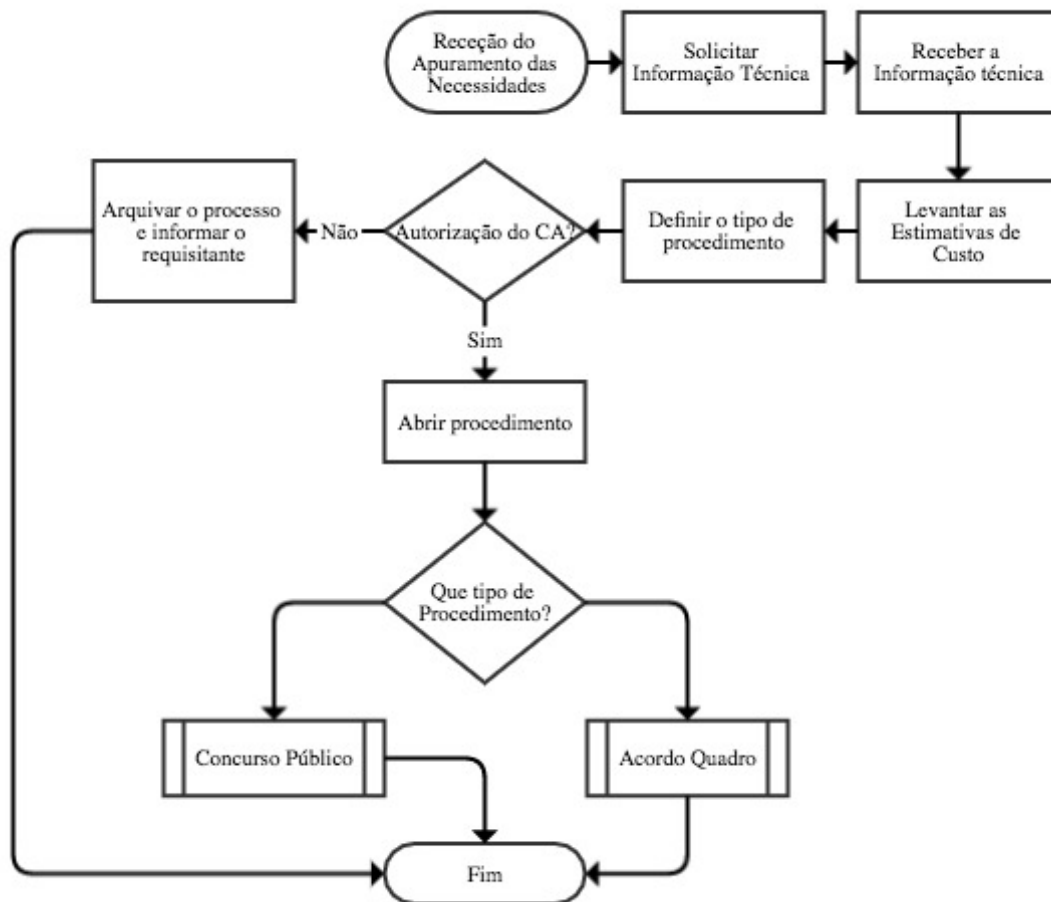


Figura 4 - Fluxograma para apurar as necessidades (Grupo de Coordenação, 2014).

Os pedidos de informação técnica devem ter resposta no prazo máximo de quinze dias para que se prossiga com a estimativa de custos. Após esta etapa, e tendo em consideração a legislação em vigor, o CLC propõe ao Conselho de Administração (CA) o procedimento mais adequado a adoptar. Caso o CA autorize, dá-se início ao processo e é feita uma comunicação ao júri nomeado, que validará as peças do procedimento.

Os tipos de procedimento a adoptar são consoante o CCP, de forma generalizada: CP, AD e AQ (Grupo de Coordenação, 2014).

Concurso Público

O CP aplica-se para aquisição de bens e/ou serviços para qualquer valor contratuais, tornando-se internacional quando o valor contratual é igual ou superior aos limiares comunitários – Direitos de Saque Especiais (DSE)², sendo necessário publicá-lo no Jornal das Comunidades Europeias (JOCE), para além de anunciar no Diário da República (DR) (Ministério da Educação e Ciência).

O procedimento associado ao CP é apresentado na Figura 5. Após a comunicação ao júri, os nomeados devem registar-se na Plataforma de Compras, com o apoio do serviço de informática. Seguidamente, o anúncio do procedimento é colocado na plataforma do DR. Caso o valor dos DSE seja superior ao estipulado no CCP o anúncio também é publicado no JOCE. Além disso, é lançado na plataforma das compras, Vortal e/ou anoGOV (Grupo de Coordenação, 2014).

As empresas que pretendam concorrer podem consultar as peças do procedimento ou, caso se aplique, proceder à sua aquisição até ao prazo de entrega das propostas. Quanto a pedidos de esclarecimentos, os candidatos podem-no fazer durante o primeiro terço do prazo das entrega das propostas. As respostas aos pedidos de esclarecimentos são dadas pelo júri ao longo do segundo terço do prazo (Grupo de Coordenação, 2014) (Diário da República, 1.ª série - N.º20-29 de Janeiro de 2008).

O prazo para a entrega das propostas varia consoante o tipo de bem ou serviço a ser concursado, tal como o valor da despesa, podendo ir de nove dias a quarenta e sete dias. As propostas são abertas pelo júri, vinte e quatro horas após do fim do prazo de entrega das mesmas, sendo elaborado o mapa comparativo. A análise das propostas pode implicar a apreciação de amostras, caso se verifique a sua aplicabilidade (Grupo de Coordenação, 2014).

A avaliação final é feita pelo júri mediante os critérios de adjudicação. Posteriormente, é elaborado o Relatório Preliminar, colocado em Audiência Prévia durante cinco dias úteis, para que os concorrentes se possam pronunciar nesse prazo. Caso exista alguma

² DSE – Direitos de Saque Especiais, cujo contravalor é afixado de dois em dois anos. Neste momento em vigor está a directiva 2014/24/UE

exposição, o júri reúne novamente para analisar a reclamação, até que seja feito o Relatório Final, com a proposta de Adjudicação.

O processo é enviado à administração, para validação por parte do CA na reunião de Adjudicação. Após a validação, o DP faz uma comunicação ao(s) Adjudicatário(s). Na eventualidade do processo não prosseguir é feita uma comunicação aos concorrentes e ao serviço requisitante.

Aquando a comunicação, feita ao(s) adjudicatário(s), são solicitados os documentos de habilitação, os quais devem ser entregues no máximo de dez dias, para redação da minuta. A minuta é remetida ao CA, primeiro outorgante, para sua aprovação. De seguida, é enviada para o adjudicatário, que pode solicitar rectificações. Depois de aprovada pelos adjudicante e o adjudicatário é elaborado o contrato, que é devidamente assinado por ambas as partes. No final o procedimento é registado no GHAF (Grupo de Coordenação, 2014).

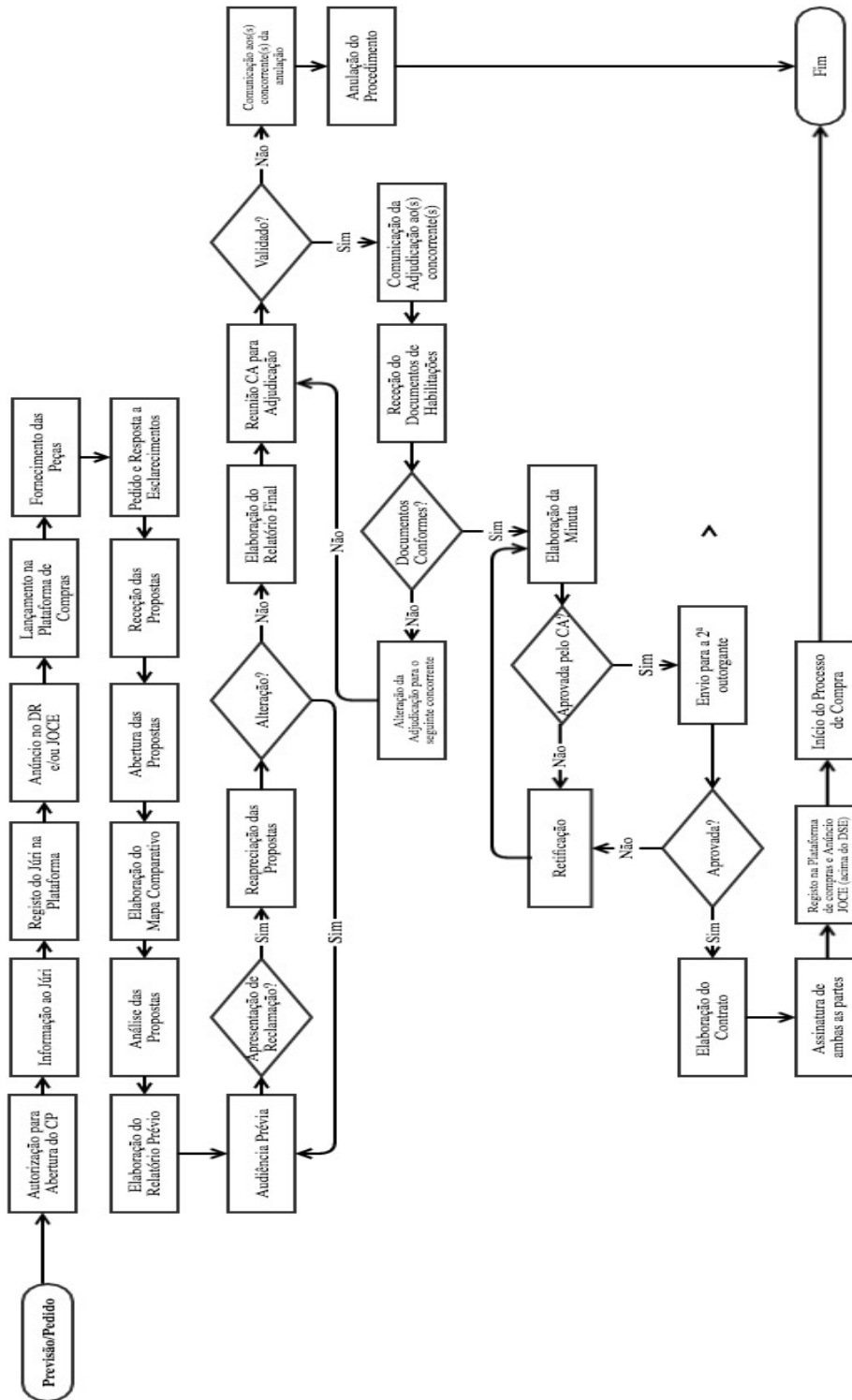


Figura 5 – Fluxograma CP (Grupo de Coordenação, 2014)

Acordo Quadro e Ajuste direto

Segundo o CCP, os Acordos Quadro (AQ) estão contemplados no Título V (Diário da República, 1.ª série - N.º20-29 de Janeiro de 2008). O AQ é um contrato-mãe ao abrigo do qual se celebrarão no futuro outros contratos ou, nos termos legais, um contrato destinado a disciplinar, fixando antecipadamente os respectivos termos, relações contratuais futuras a estabelecer ao longo de um determinado período de tempo que, em regra, não pode ultrapassar os quatro anos (art.ºs 251.º e 256.º, n.º 1) e que pode ser celebrado com uma ou com mais de uma entidade (art.º 252.º). Neste procedimento, a entidade adjudicante convida, através de e-mail ou fax, no mínimo três entidades para apresentação de orçamento para os bens e/ou serviços identificados, concedendo um prazo limite (2 a 3 dias úteis). Após a receção dos orçamentos, são analisados os preços e as condições de fornecimento e é adjudicada a melhor proposta, sendo emitido o cabimento da despesa no valor da adjudicação. Os serviços administrativos elaboram uma informação de autorização de despesa para o órgão com competência para a decisão de contratar. Ou seja, o CA autoriza a despesa, sendo em seguida emitida e enviada ao fornecedor uma requisição com a notificação da adjudicação do bem e/ou serviço. O prazo de vigência neste tipo de procedimento tem uma duração máxima de um ano, a partir da tomada da decisão de adjudicação e não pode ser prorrogado (artigo. 129.º alínea a) CCP) (Ministério da Educação e Ciência).

Por sua vez no Ajuste Direto (AD), contemplado no artigo 259º, um dos artigos do capítulo V do CCP, a entidade adjudicante envia um convite aos concorrentes com as condições necessárias para esses contratos. A escolha do AD só permite a celebração de contratos inferiores a 75000 euros para bens/serviços. Este deve apresentar:

- a) termos do acordo quadro a concretizar, a desenvolver ou a complementar, em virtude das particularidades da necessidade cuja satisfação se visa com a celebração do contrato; ou
- b) aos aspectos da execução do contrato a celebrar submetidos à concorrência pelo caderno de encargos do acordo quadro para os efeitos do procedimento de formação do contrato a celebrar ao seu abrigo.

O convite deve também indicar o prazo e o modo de apresentação das propostas, bem como os termos e as condições para a adjudicação. Ao procedimento previsto no presente artigo é aplicável, com as necessárias adaptações, o disposto nos artigos 139.º e seguintes (Diário da República, 1.ª série - N.º20-29 de Janeiro de 2008).

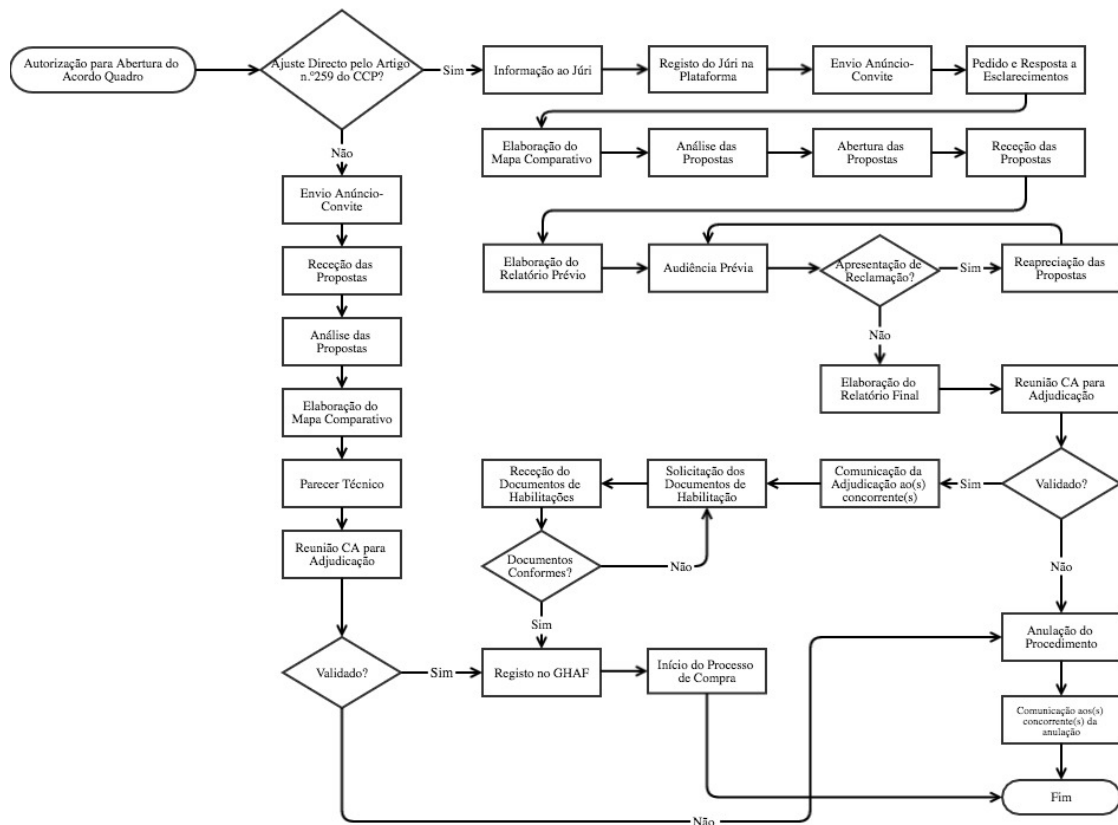


Figura 6 - Fluxograma AQ/AD (Grupo de Coordenação, 2014)

4. ANÁLISE E DISCUSSÃO

4.1. Concursos Públicos

Após a descrição do sistema em estudo, interessa compreender de que forma foi conduzida a análise. Este capítulo tem como objetivo expor os resultados e a respectiva análise.

4.1.1. Metodologia

De forma a entender todo o processo, após o período de observação, foram consultados arquivos das diferentes áreas – R, E, S e ACC. Destes arquivos foram recolhidas as datas de vários acontecimentos.

A amostra consistiu em oito CP, dois de cada área (exceto da área de Medicamentos uma vez que não há CP no HSOG) como mostra a tabela 1, por forma a estudar diferentes situações representativas da generalidade dos CP realizados. Posteriormente, analisou-se o fluxograma cedido pelo SGP, o CCP e os acontecimentos datados nos arquivos, e encontrou-se as etapas comuns pelas quais os CP têm que necessariamente atravessar. Isto permitiu contabilizar os dias das diferentes etapas e ter uma noção da variabilidade que pode ocorrer ao longo do processo. Os códigos foram alterados por uma questão de confidencialidade.

Tabela 1 - Amostra Recolhida de CP

Área	Reagentes	Equipamentos	Serviços	Consumíveis Clínicos
CP	CP(R) 2013 CP(R) 2014	CP(E) 2013 CP(E) 2015	CP(S) 2014 CP(S) 2015	CP(ACC) 2013 CP(ACC) 2015

Para além de tabelas com dados estatísticos, foram feitas análises de Pareto, porque completam a análise exploratória, clarificando a sua compreensão.

O principal objecto de estudo foi o tempo que decorre desde que é iniciado o CP até que é terminado, ou seja, até que é assinado contrato entre ambas as partes.

Em alguns acontecimentos aos longo dos CP não havia informação, tendo esses dados sido extrapolados, de modo que os dados fossem uniformes. Desta forma, foram três pontos extrapolados: a) o primeiro está relacionado com a data do “Relatório Final”, que foi extrapolado tendo em consideração as datas imediatamente antes e depois; b) o segundo ponto extrapolado foi o “Regresso do trabalho para o DP 2”, através dos restantes “Regresso do trabalho para o DP”, uma vez que são tarefas idênticas, que

consistem em fazer chegar a documentação ao DP, que é um dos colaboradores do SGP; c) o terceiro foram os valores em falta, que foram extrapolados através das médias entre os valores existentes.

Contudo a diferença entre fazer a análise com dados recolhidos e dados extrapolados está exposta na tabela 2. Mesmo através de dados extrapolados é possível retirar as etapas com maior dispersão.

Tabela 2 – Duração das etapas (em dias) e comparação entre dados recolhidos e dados extrapolados

	Dados Recolhidos, amostra de 8 CP		Dados Extrapolados, amostra de 8 CP	
	Média	Desvio-Padrão	Média	Desvio-Padrão
Etapa A	119,5	110,9	119,8	96,1
Etapa B	92,8	46,8	100,0	38,4
Etapa C	37,8	21,3	35,8	21,4
Etapa D	108,0	46,3	92,1	46,8

Quanto às medidas utilizadas, a média foi a medida de localização central escolhida, uma vez que, é a medida tendencialmente utilizada, apesar de ser mais sensível às variações da amostra que a mediana, refletindo assim o valor de todas as observações. Mas também porque não havia diferença significativa entre a média e a mediana. Quanto à dispersão dos dados, o desvio-padrão e a amplitude foram as medidas elegidas. Outro ponto é que, uma vez que os dados são em dias, faz sentido que os valores sejam arredondados às unidades, excepto cálculo de médias e desvio-padrões. O mapeamento dos processos é uma ferramenta gráfica que permite visualizar as interações das diversas etapas, sendo de mais fácil compreensão a sua descrição (tabela 3). Esta tarefa foi essencial na medida em que foi possível obter pontos de comparação. Tendo em consideração os objetivos definidos inicialmente, compreender onde é despendido mais tempo e encontrar uma justificação, para que seja possível encontrar oportunidades de melhorias, foram calculadas médias dos dias decorridos entre as várias etapas, entre a amostra dos oito CP e entre os CP de cada área. Posteriormente, foram utilizados gráficos de Pareto, de modo a possibilitar a visualização das etapas onde é gasto 80% do tempo, etapas problemáticas, que são, geralmente, causados por 20% dos fatores causais.

4.1.2. Análise por Etapas

Quando se trata de um processo em concreto, não é fácil detectar problemas, pois cada colaborador conhece bem a tarefa que está a executar. Em conjunto, o entendimento destes processos complica-se devido às incompreensões criadas pela falta de definição de fluxos de informação (Pires, 2007). Ou seja, cada colaborador, DP, pode não se aperceber de atrasos ou bloqueios ao longo do processo, mas uma vez reunida uma amostra, é possível tirar conclusões sobre os pontos de atrasos ou bloqueios.

Com base nos objetivos inicialmente definidos (compreender onde é despendido mais tempo e encontrar a justificação) foram calculados os dias decorridos entre as várias etapas, a média e o desvio-padrão entre os oito CP e entre os dois de cada área, para que seja possível encontrar oportunidades de melhoria.

A seguinte análise começa por uma descrição breve de cada etapa (tabelas 4, 6, 8 e 10), valores achados, e por último os problemas encontrados.

Etapa A

Descrição da Etapa A

Seguidamente é feita a descrição da etapa através da tabela 4.

Tabela 4 - Tabela descritiva da Etapa A

Responsável	Ações	Explicação de cada Ação
SGP	A) Pedido/Previsão	Esta etapa está relacionada com as necessidades dos serviços. As Previsões são consumos previstos. Os Pedidos são podem ser necessidades novas dos serviços (Grupo de Coordenação, 2014).
SGP	B1) Comunicação Interna	O SGP dirige o pedido de autorização para a abertura do procedimento (Grupo de Coordenação, 2014).
CA	B1) Registo na Administração	Qualquer documento que dá entrada na Administração é registado e carimbado.
CA	B) Reunião CA (Abertura do Procedimento)	O CA tem em consideração a estimativa de custos, o tipo de aquisição e a legislação em vigor, previamente preparada, para autorizar ou não o procedimento proposto pelo SGP. Também é designado o júri (Grupo de Coordenação, 2014).
CA	C) Regresso do trabalho para DP 1	Após a reunião, todas as decisões e orientações regressam para DP, colaborador do SGP.
SGP	F) Comunicação ao Júri	O SGP tem que informar o júri da sua nomeação, solicitar o seu registo na plataforma das compras, bem como a análise e validação das peças do procedimento (Grupo de Coordenação, 2014).

Valores da Etapa A

A duração da etapa A é, em média, 121 dias, com um desvio-padrão de 35,8, ou seja uma dispersão de dados elevada. A tabela 5 mostra os valores médios desta etapa.

		Média de dias decorridos entre os 8 CP	Desvio-Padrão
SGP	A) Pedido/Previsão	100	90,3
SGP	B1) Comunicação Interna	3	1,6
CA	B) Reunião CA (Abertura do Procedimento)	2	2,8
CA	B2) Registo na Administração	5	3,5
CA	B3) Reunião do CA	2	1,9
SGP	C) Regresso do trabalho para DP 1	9	5,8
SGP	D) Comunicação ao Júri	9	5,8
Duração Média da Etapa		121	35,8

Quanto à intervenção, entenda-se interação dos diferentes intervenientes no processo, a mais elevada é da responsabilidade do SGP e dos diferentes Serviços, cerca de 82,4%. A intervenção do CA nesta etapa, é em média de 7,7%.

Problemas encontrados

Aquando a Previsão ou Pedidos, o SGP solicita ao respectivo serviço(s) informação técnica. Esta informação deve ser fornecida num prazo de 15 dias, segundo os fluxogramas do CLC (Grupo de Coordenação, 2014). E como é possível perceber pelo gráfico da figura 7, é aqui que se gasta cerca de 100 dias, que na análise de Pareto, corresponde a cerca de 83% da demora.

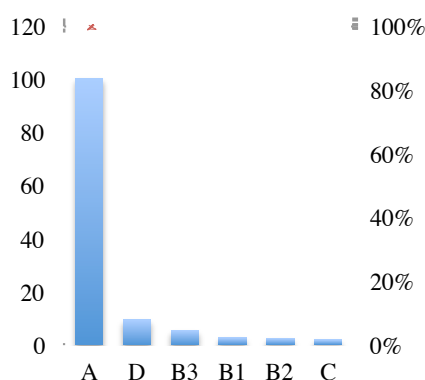


Figura 7 - Análise de Pareto para a Etapa A

Etapa B

Descrição da Etapa B

Seguidamente é feita a descrição da etapa através da tabela 6.

Tabela 6 - Tabela descritiva da Etapa B

Responsável		Ações	Explicação de cada Ação
SGP	E) Anúncio	E1) Submissão do Anúncio	Os anúncios a publicar no DR, nos termos previstos do CCP são enviados à Imprensa Nacional-Casa da Moeda, S.A. (INCM), através de meios electrónicos (Diário da República, 1.ªsérie - N.º20-29 de Janeiro de 2008).
SGP		E2) Pedido de Pagamento	A INCM envia os dados para que seja efectuado o respectivo pagamento.
SF		E3) Pagamento	Pagamento à INCM.
SGP		E4) Publicação	O procedimento é anunciado no DR, caso os valores sejam superiores aos limiares comunitários (DSE) também é publicado no JOCE (Diário da República, 1.ªsérie - N.º20-29 de Janeiro de 2008) (Grupo de Coordenação, 2014).
Candidatos		E5) Pedido de Esclarecimentos sobre as peças dos procedimento	Os candidatos têm até ao final do primeiro terço do prazo para a entrega das propostas para solicitarem esclarecimentos. Essas solicitações devem ter uma resposta emitida pelo júri (Diário da República, 1.ªsérie - N.º20-29 de Janeiro de 2008) (Grupo de Coordenação, 2014).
Júri		E6) Resposta aos Esclarecimentos	O júri tem até ao final do segundo terço para a entrega das propostas para responder ao(s) esclarecimentos (Diário da República, 1.ªsérie - N.º20-29 de Janeiro de 2008) (Grupo de Coordenação, 2014).
Candidatos		E7) Apresentação de Propostas	O prazo para apresentação das propostas varia de acordo com a despesa. (Diário da República, 1.ªsérie - N.º20-29 de Janeiro de 2008) (Grupo de Coordenação, 2014).

Valores da Etapa B

A duração da etapa B é, em média, 101 dias, com um desvio-padrão de 20,7. A tabela 7 mostra os valores médios desta etapa.

Tabela 7 - Valores médios da Etapa B

			Média	Desvio-Padrão
SGP	E) Anúncio	E1) Submissão do Anúncio	0,3	0,4
SGP		E2) Pedido de Pagamento	4,1	0,9
SF		E3) Pagamento	0,4	0,5
SGP		E4) Publicação	9,9	4,7
SGP		E5) Pedido de Esclarecimentos por parte dos Candidatos	8,0	7,5
Júri		E6) Resposta aos Esclarecimentos	14,5	3,9
SGP		E7) Apresentação de Propostas	63,8	27,5
Duração Média da Etapa			100,9	20,7

Nesta etapa o SGP tem uma participação de 22% enquanto que o júri tem 14,4%, uma vez que as respostas aos pedidos de esclarecimentos têm que ser dadas pelo júri, e o Serviço Financeiro (SF) de 0,4%, e os candidatos uma participação de 63,2%.

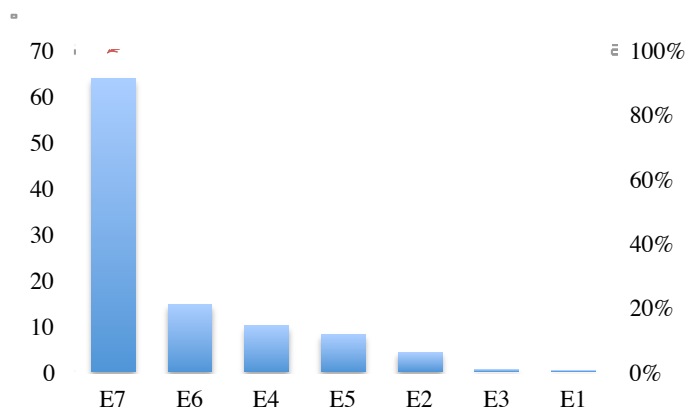


Tabela 8 - Tabela descritiva da Etapa C

Etapa Responsável	Ações	Explicação de cada Ação
Etapa C	F) Elaboração do Mapa Comparativo	Após a receção das candidaturas são elaborados a lista de concorrentes e o mapa comparativo (Grupo de Coordenação, 2014).
	G1) Reunião do Júri	O júri reúne num horário conveniente a todos os membros e , com base no mapa comparativo é tomada a decisão (Grupo de Coordenação, 2014).
	G2) Pedido de Esclarecimentos por parte do Júri	Caso as propostas suscitem duvidas, o júri pode pedir esclarecimentos (Diário da República, 1.ªsérie - N.º20-29 de Janeiro de 2008).
	G3) Resposta aos Esclarecimentos	Os concorrentes têm um prazo para responder ao júri (Diário da República, 1.ªsérie - N.º20-29 de Janeiro de 2008).
	G4) Elaboração do Relatório Preliminar	Após a análise das propostas e do mapa comparativo é feito um Relatório Preliminar. Esse Relatório é colocado em Audiência Prévia durante 5 dias úteis (Diário da República, 1.ªsérie - N.º20-29 de Janeiro de 2008) (Grupo de Coordenação, 2014).
	H1) Reclamações	Quando os concorrentes têm alguma observação relativamente ao Relatório Preliminar, dispõem de 5 dias úteis (Diário da República, 1.ªsérie - N.º20-29 de Janeiro de 2008).
	H2) Resposta às reclamações	O júri é responsável por reanalisar e responder às observações colocadas.
	I) Elaboração do Relatório Final	Caso não sejam apresentadas observações ao Relatório Preliminar ou depois de todas as observações terem sido esclarecidas, é elaborado o Relatório Final com a proposta de Adjudicação (Diário da República, 1.ªsérie - N.º20-29 de Janeiro de 2008) (Grupo de Coordenação, 2014).
	J) Regresso do trabalho para DP 2	Depois de todo este processo, o trabalho regressa ao DP, para que seja elaborada uma proposta de adjudicação a apresentar ao CA (Grupo de Coordenação, 2014).

Valores da Etapa

A duração da etapa C é, em média, 44 dias, com um desvio-padrão de 5,6. A tabela 9 mostra os valores médios desta etapa.

Tabela 9 - Valores médios da Etapa C

		Média	Desvio-Padrão
SGP	F) Elaboração do Mapa Comparativo	6,0	3,0
Júri	G1) Reunião do Júri	2,8	6,2
Júri	G2) Pedido de Esclarecimentos por parte do Júri	0,1	0,3
Concorrentes	G3) Resposta aos Esclarecimentos	17,9	24,6
Júri	G4) Relatório Preliminar	4,9	2,1
Concorrentes	H1) Reclamações	1,5	1,9
Júri	H2) Resposta às reclamações	9,1	6,4
Júri	I) Relatório Final	0,0	0,0
Júri	J) Regresso do trabalho para DP 2	1,6	0,9
Duração Média da Etapa		43,8	5,6

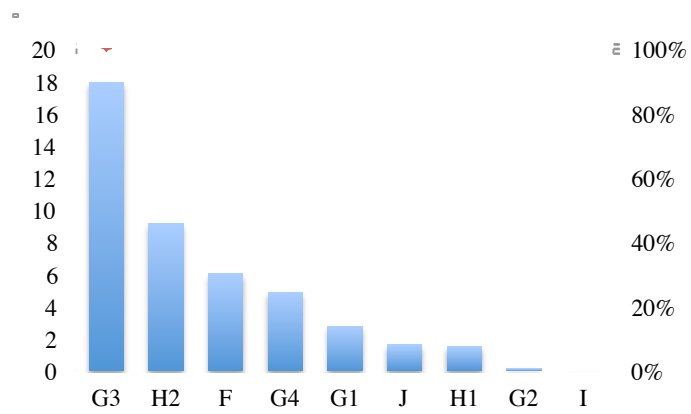


Tabela 10 - Tabela descritiva da Etapa D

Responsável	Ações	Explicação de cada Ação
CA	K1) Comunicação Interna	O SGP envia um comunicado a pedir ao CA para se reunir e avaliar a proposta de Adjudicação (Grupo de Coordenação, 2014).
CA	K2) Registo na Administração	Qualquer documento que dá entrada na Administração é registado e carimbado.
CA	K3) Reunião do CA	O CA analisa a proposta e autoriza ou não a continuação (Grupo de Coordenação, 2014).
SGP	L) Regresso do trabalho para DP 3	Após a reunião, todas as decisões e orientações regressam para o SGP.
SGP	M) Comunicação ao(s) Adjudicatários	O DP é responsável por comunicar a adjudicação e solicitar os documentos de habilitação (Grupo de Coordenação, 2014). O Adjudicatário tem 10 dias úteis para reencaminhar os documentos solicitados (Diário da República, 1.ª série - N.º20-29 de Janeiro de 2008).
CA	N1) Comunicação Interna	O SGP envia um comunicado para que a Minuta seja aprovada pelo 1º outorgante, o CA (Grupo de Coordenação, 2014).
CA	N2) Registo na Administração	Qualquer documento que dá entrada na Administração é registado e carimbado.
CA	N3) Reunião do CA	O CA aprova ou não a minuta. Caso não, é necessário rectificar. Isto é válido para ambos os outorgantes (Diário da República, 1.ª série - N.º20-29 de Janeiro de 2008) (Grupo de Coordenação, 2014).
SGP	O) Regresso do trabalho para DP 4	Após a reunião, todas as decisões e orientações regressam para o SGP, mais propriamente para o respectivo colaborador.
Adjudicatário	P1) Envio para	O DP envia a Minuta para o 2º outorgante para que também a possa aprovar. Este tem 5 dias úteis para se pronunciar (Grupo de Coordenação, 2014).
SGP	P2) Receção de	O 2º outorgante reencaminha a Minuta.
CA	Q1) Comunicação Interna	O SGP envia um comunicado para que o Contrato seja aprovada pelo 1º outorgante, o CA.
CA	Q2) Registo na Administração	Qualquer documento que dá entrada na Administração é registado e carimbado.
CA	Q3) Reunião do CA	O CA assina o contrato.
SGP	R) Regresso do trabalho para DP 5	Após a reunião, todas as decisões e orientações regressam para o SGP.
SGP	S1) Envio para	O DP envia o contrato para ser assinado pela 2º outorgante.
Fornecedor	S2) Receção de	O 2º outorgante reencaminha o contrato.

Valores da Etapa

A duração da etapa D é, em média, 77 dias, com um desvio-padrão de 5,3. A tabela 11 mostra os valores médios desta etapa.

Tabela 11 - Valores médios da Etapa D

			Média	Desvio-Padrão
SGP	K) Reunião CA (Adjudicação)	K1) Comunicação Interna	1,0	1,6
CA		K2) Registo na Administração	5,0	4,2
CA		K3) Reunião do CA	3,6	1,7
CA	L) Regresso do trabalho para DP 3		2,3	1,8
SGP	M) Comunicação ao(s) Adjudicatários		20,1	12,6
SGP	N) Reunião CA (Minuta)	N1) Comunicação Interna	1,0	1,6
CA		N2) Registo na Administração	14,4	24,5
CA		N3) Reunião do CA	8,6	7,2
CA	O) Regresso do trabalho para DP 4		1,6	1,5
SGP	P) Minuta	P1) Envio para	3,0	1,3
Adjudicatário		P2) Receção de	7,8	7,3
SGP		Q1) Comunicação Interna	0,6	0,7
CA	Q) Reunião CA (Contrato)	Q2) Registo na Administração	1,8	2,2
CA		Q3) Reunião do CA	1,9	2,1
CA		R) Regresso do trabalho para DP 5	0,8	1,3
SGP	S) Contrato	S1) Envio para	3,6	3,1
Fornecedor		S2) Receção de	0,0	0,0
Duração Média da Etapa			77,0	5,3

Os intervenientes desta etapa são: o SGP, o CA e o(s) Adjudicatário(s) (o(s) concorrentes selecionado(s)). O interveniente com maior ação nesta etapa é o CA, com 52%, a intervenção do SGP é de 38% e dos Adjudicatário(s) é 10%.

Problemas Encontrados

Um dos problemas encontrados é ao nível da administração, na comunicação ao adjudicatário que é feita pelo colaborador do SGP. Também se verificou que há dificuldade em agendar uma data para o CA reunir. Outro problema é ao nível das minutas com pedidos de rectificação. Menos vezes, atrasos no envio de documentação de habilitação por parte dos adjudicatários. A figura 10 diz respeito à análise de Pareto da etapa.

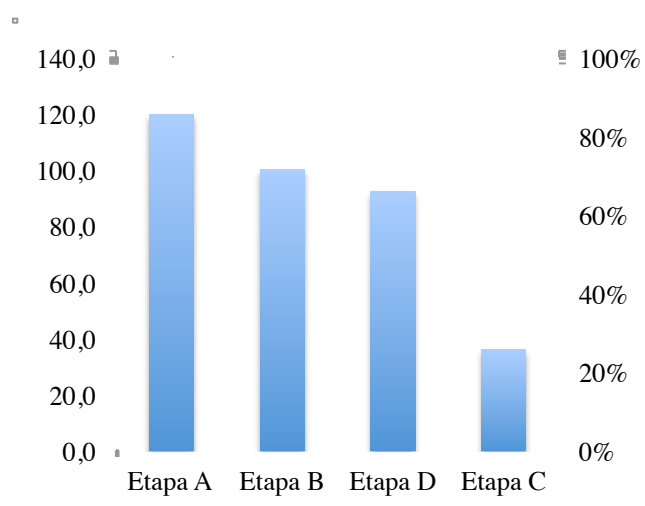
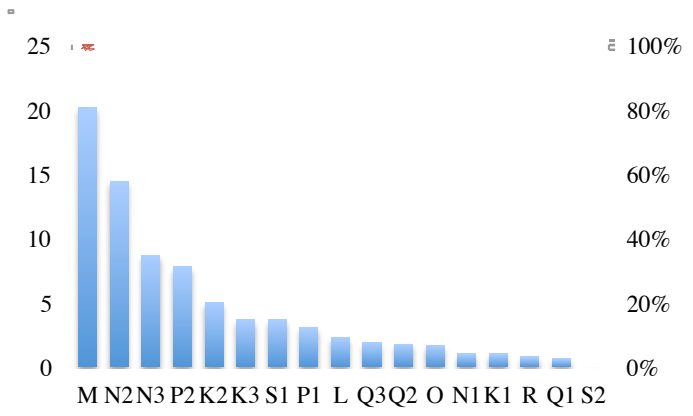


Tabela 12 - Comparação entre a soma das etapas e as datas existentes

	CP(R)' 13	CP(R)' 14	CP(E)' 13	CP(E)' 15	CP(S)' 14	CP(S)' 15	CP(ACC) '13	CP(ACC) '15
Soma dos dias das etapas	289	231	482	327	323	358	480	253
Última data recolhida - Primeira data recolhida	434	141	384	323	587	273	457	260
Diferença	145	90	98	4	264	85	23	7

Para além dos factores anteriormente apontados, seguem outros factores, externos ao SGP, que justificam as diferenças entre a soma dos dias decorridos entre as várias etapas e o tempo decorrido entre o início e o fim de cada CP.

Pedidos de Encargos plurianuais

O HSOG pode ter que pedir assunção de encargos públicos. Ou seja, encargos públicos são compromissos plurianuais que constituem a obrigação de efetuar pagamentos em mais do que um ano económico ou em anos económicos distintos do ano em que o compromisso é assumido. O registo deve ocorrer o mais cedo possível, em regra, com pelo menos três meses antes da data prevista de pagamento para os compromissos conhecidos nessa data (Ex.: com a NE, ordem de compra ou documento equivalente) (Direção Geral do Orçamento). No caso das entidades de saúde, o pedido é feito à Administração Central do Sistema de Saúde, I.P.

Tribunal de Contas

Em algumas situações pode verificar-se o envolvimento do TC. De acordo com o artigo 48º da Lei de Organização e Processo do Tribunal de Contas, todos os contratos que exceda o valor de 350.000 euros tem que ter a fiscalização do TC, ou seja tem que ser visado (Diário da República, 1.ª série - N.º62 - 30 de Março de 2016).

Pareceres Jurídicos

Um Parecer Jurídico é um documento por meio do qual o jurista (advogado, consultor jurídico) fornece informações técnicas acerca de determinado tema, com opiniões jurídicas fundamentadas em bases legais, doutrinárias e jurisprudenciais. Geralmente é solicitado por uma pessoa jurídica ou física como elemento necessário para tomada de uma decisão importante. Entretanto o cliente não está vinculado ao parecer jurídico (Morais, 2013).

O HSOG recorre a Pareceres Jurídicos aquando reclamações por parte dos concorrentes ou quando existe dificuldade acerca do enquadramento legal.

Apresentação de Relatórios.

Quando um serviço pretende adquirir um reagente, equipamento, artigo, novo, tem que apresentar um conjunto de informações, uma pesquisa sobre a sua necessidade e vantagens. Ou caso pretenda substituir algo existente, tem que apresentar relatórios sobre a performance do existente, ou seja, reportar os resultados atuais para fundamentar da nova aquisição.

O relatório muitas vezes é baseado numa consulta ao mercado, que se pretenda que seja o mais diversificada possível (Grupo de Coordenação, 2014).

Demonstrações e Amostras

As áreas de ACC e E são as que mais utilizam os pedidos de demonstrações e amostras. Isto pode fazer com que a etapa onde decorrem seja mais morosa, uma vez que há a necessidade de agendar datas que sejam convenientes a todos os intervenientes, nomeadamente o júri. Neste contexto foram demonstrações de equipamentos, para que os serviços pudessem analisar que parâmetros queriam colocar no procedimento.

4.1.4. Análise detalhada por Área

Neste subcapítulo o objetivo é analisar pormenorizadamente cada área. Neste ponto o objetivo é compreender quais as etapas mais demoradas em cada área, e se estas diferem dos valores médios apresentados no ponto 4.1.2. e que problemas ocorreram em concreto nos CP de cada área.

Reagentes

Os Reagentes pertencem à área de farmácia, porém, mesmo não sendo armazenados no armazém geral, a sua aquisição depende de CP. Desta forma, existe um colaborador do SGP designado para a função, o DP.

Para este estudo foram consultados dois CP da área de reagentes (CP(R)). A tabela 13 mostra os valores médios entre os CP desta área.

Tabela 13 - Estatística dos CP(R)

	CP(R)2013	CP(R)2014	Média	Amplitude
Etapa A	20	16	18,0	4
Etapa B	172	118	145,0	54
Etapa C	57	21	39,0	36
Etapa D	185	78	131,5	107

Neste contexto dos reagentes, a etapa com informação mais viável é a etapa A com menor amplitude. As etapas problemáticas, de acordo com a análise de Pareto, figura 12, são as etapas B e D.

Em ambos os CP estudados ocorreu:

- Valores superiores ao DSE, o que conduziu a que: a) anúncio com prazo mínimo de 47 dias (etapa B); b) pagamento à INCM na data limite (etapa B); c) anúncios publicados no JOCE para além do (etapa B); d) contratos visados pelo TC (etapa D).
- Pedidos de Encargos Plurianuais, com pelo menos três meses antes da data prevista para o pagamentos dos compromissos, que num CP obteve resposta rápida e no segundo não, o que explica a variabilidade da etapa D.

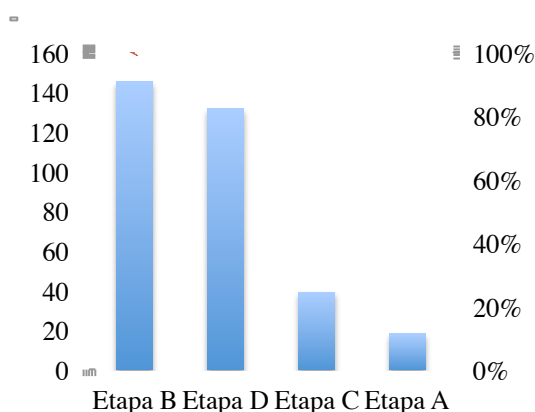


Figura 12 - Análise de Pareto para CP(R)

Equipamentos

Geralmente a aquisição de Equipamentos depende de CP. Desta forma, existe um colaborador do SGP designado para a função, o DP.

Para este estudo foram consultados dois CP da área de equipamentos (CP(E)). A tabela 14 mostra os valores médios entre os CP desta área.

Tabela 14 - Estatística dos CP(E)

	CP(E)2013	CP(E)2015	Média	Amplitude
Etapa A	226	135	180,5	91
Etapa B	104	26	65,0	78
Etapa C	101	32	66,5	69
Etapa D	51	134	92,5	83

Os Equipamentos de um hospital são equipamentos complexos e para onde dispensado uma grande quantia de dinheiro. Sempre que um serviço pretenda ou necessite de adquirir um equipamento é exigido um relatório, no qual explique o motivo e as mais valias do equipamento para o serviço. Caso pretenda substituir um já existente, deve apresentar um relatório sobre o estado do equipamento a ser substituído. Este processo pode ser moroso, por ser acrescido de pedidos de demonstrações, para que seja possível o serviço perceber quais os parâmetros que pretende colocar nas peças do procedimento. Por as razões expostas, a etapa A é a mais problemática, neste contexto. Os 15 dias para a entrega a informação técnica ao SGP não é cumprido.

Quanto à etapa D, é a segunda mais morosa, uma vez que acaba por ser a mais burocrática, e neste exemplo, tem um atraso ao nível da aceitação da minuta, e esta tem que ser aceite por ambas as partes, sendo necessário fazer reformulações. E também se pode deduzir que os atrasos das reuniões do CA por ter ocorrido por ser período de verão. Estes factores aumentam a variabilidade da etapa D.

É de salientar que para esta análise de Pareto (figura 13) não foram utilizados dados extrapolados.

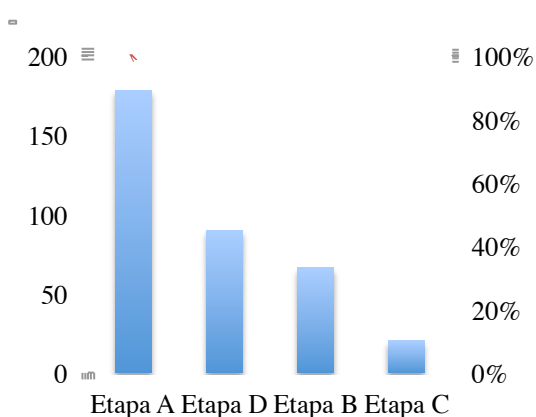


Figura 13 - Análise de Pareto para CP(E)

	CP(S)2014	CP(S)2015	Média	Amplitude
Etapa A	127	114	120,5	13
Etapa B	101	117	109,0	16
Etapa C	62	14	38,0	48
Etapa D	33	112	72,5	79

Tendo em consideração a tabela 15, apesar dos dados extrapolados, a etapa A é a mais homogênea. É necessário expor que um dos CP ainda estava a decorrer, mas mesmo assim pertence à amostra, uma vez que já existiam valores para praticamente todas as etapas, e seria interessante um caso assim.

Quanto à etapa B, nesta área em ambos os CP ocorrem:

- Valores superiores ao DSE, o que conduziu a que: a) anúncio com prazo mínimo de 47 dias (etapa B); b) pagamento à INCM na data limite (etapa B); c) anúncios publicados no JOCE para além do (etapa B); d) contratos visados pelo TC (etapa D).
- Pedidos de Encargos Plurianuais, com pelo menos três meses antes da data prevista para o pagamentos dos compromissos.

A figura 14 diz respeito à análise de Pareto para a área de Serviços.

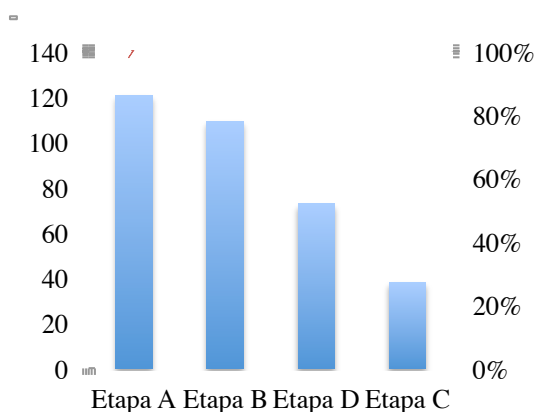


Figura 14 - Análise de Pareto para CP(S)

Artigos de Consumo Clínico

Os ACC são todos os artigos utilizados para a ação médica, luvas, próteses, seringas, agulhas, gaze, bisturis, tudo o que os profissionais de saúde precisam a nível de material para exercer a sua função é ACC. A tabela 16 mostra os valores médios entre os CP desta área.

Tabela 16 - Estatística do CP(ACC)

	CP(ACC)2013	CP(ACC)2015	Média	Amplitude
Etapa A	302	23	162,5	279
Etapa B	83	85	84,0	2
Etapa C	43	40	41,5	3
Etapa D	52	105	78,5	53

A área de ACC não é exceção, tendo dados extrapolados que são bastante próximos da média. Em relação à etapa A, num dos CP houve uma situação, em que o júri foi alterado, excepcionalmente. Foram feitas duas reuniões de abertura, a partir da segunda resultou a mudança de júri. O que, per si, justifica a sua variabilidade.

Quanto à etapa D, a possível justificação é por esta etapa ser a mais burocrática e, mais uma vez, um dos CP esta etapa voltou a coincidir com o período de verão, que corresponde ao período em que a maior parte das pessoas optam para tirar períodos de férias.

Esta etapa é composta por várias etapas, como anteriormente explicado. Neste contexto houve um CP em que foi apresentada uma reclamação após a Audiência Prévia, logo fez com que esta etapa se prolongasse.

A etapa B, apesar de ser a segunda mais demorada, é a etapa com menor variabilidade.

A Figura 15 mostra a análise de Pareto para esta área.

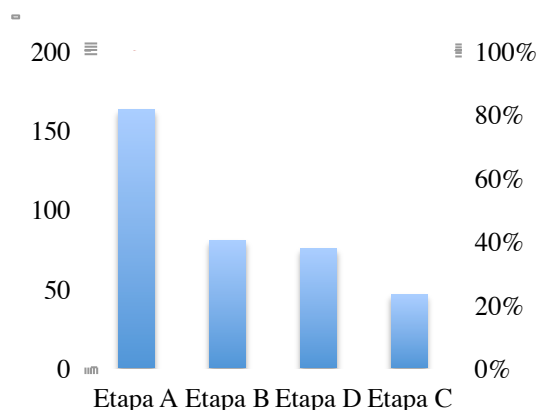


Figura 15 - Análise de Pareto para CP(ACC)

4.2. Ajustes Directos/Acordos Quadro

4.2.1. Metodologia

A Metodologia utilizada para a recolha e tratamento da informação sobre os AQ/AD consistiu na mesma dos CP. Não foi feita qualquer distinção entre AQ/AD, apesar de haver ligeiras diferenças. A amostra foi cinco AQ/AD. Houve a tentativa de recolher dois de cada área, mas tal não foi possível. A amostra consiste em dois da área de ACC e três da área de Medicamentos. Nesta última, num dos momentos foram tratados 7 AD para medicamentos diferentes. Relativamente à área de Serviços só realizam contratos administrativos através do SPMS, que não foram abordados neste trabalho. Quanto aos dados em falta, foram extrapoladas através das médias dos dados existentes.

Tabela 17 – Amostra recolhida de AQ/AD

Área	Medicamentos	Consumíveis Clínicos
CP	AD(M) 2015/1 AD(M) 2015/2 AD(M) 2015/3	AD(ACC) 2013 AD(ACC) 2015

Tabela 18 - Duração das etapas (em dias) e comparação entre dados recolhidos e dados extrapolados

	Dados recolhidos, amostra de 5 AQ/AD		Dados extrapolados, amostra de 5 AQ/AD	
	Média	Desvio-Padrão	Média	Desvio-Padrão
Etapa A	93,6	96,4	117,0	84,2
Etapa B	1,6	2,7	4,0	1,9
Etapa C	39,2	63,9	65,3	55,3
Etapa D	21,8	31,2	36,3	25,6

O Mapeamento dos processos, como foi dito anteriormente é importante. Desta forma, o mapeamento dos AQ/AD foi elaborado através dos mapeamentos do CP, tabela 19, contudo foram feitas as devidas alterações e modificações, conforme é possível visualizar.

Tabela 19 - Etapas Comuns, Ações e Explicação de cada Ação do AQ/AD

Etapa Responsável	Ações	Explicação de cada Ação		
Etapa A	SGP	Pedido/Previsão	Esta etapa está relacionada com as necessidades dos serviços. As Previsões são consumos previstos. Os Pedidos são podem ser necessidades novas dos serviços. Estas são feitas através da consulta ao catálogo do SPMS (Grupo de Coordenação, 2014).	
	SGP	Reunião CA para Autorização para a Abertura do Procedimento	Comunicação Interna	O SGP dirige o pedido de autorização para a abertura do procedimento (Grupo de Coordenação, 2014).
	CA		Registo na Administração	Qualquer documento que dá entrada na Administração é registado e carimbado.
	CA		Reunião do CA	O CA tem em consideração a estimativa de custos, o tipo de aquisição e a legislação em vigor, previamente preparada, para autorizar ou não o procedimento proposto pelo SGP. Também é designado o júri (Grupo de Coordenação, 2014).
	CA	Regresso do trabalho para DP 1	Após a reunião, todas as decisões e orientações regressam para DP, colaborador do SGP.	
SGP	Comunicação ao Júri	O SGP tem que informar o júri da sua nomeação, solicitar o seu registo na plataforma das compras, bem como a análise e validação das peças do procedimento (Grupo de Coordenação, 2014).		
Etapa B	SGP	Anúncio	Envio de Anúncio - Convite	Os anúncios a publicar no DR, nos termos previstos do CCP são enviados à Imprensa Nacional-Casa da Moeda, S.A. (INCM), através de meios electrónicos (Diário da República, 1.ª série - N.º20-29 de Janeiro de 2008).
	Candidatos		Pedido de Esclarecimentos sobre as peças dos procedimento	Os candidatos têm até ao final do primeiro terço do prazo para a entrega das propostas para solicitarem esclarecimentos. Essas solicitações devem ter uma resposta emitida pelo júri (Diário da República, 1.ª série - N.º20-29 de Janeiro de 2008) (Grupo de Coordenação, 2014).
	Júri		Resposta aos Esclarecimentos	O júri tem até ao final do segundo terço para a entrega das propostas para responder ao(s) esclarecimentos (Diário da República, 1.ª série - N.º20-29 de Janeiro de 2008) (Grupo de Coordenação, 2014).
Etapa C	Candidatos	Apresentação de Propostas	O prazo para apresentação das propostas varia de acordo com a despesa. (Diário da República, 1.ª série - N.º20-29 de Janeiro de 2008) (Grupo de Coordenação, 2014).	
	SGP	Elaboração do Mapa Comparativo	Após a receção das candidaturas são elaborados a lista de concorrentes e o mapa comparativo (Grupo de Coordenação, 2014).	
	Júri	Reunião do Júri	O júri reúne num horário conveniente a todos os membros e , com base no mapa comparativo é tomada a decisão (Grupo de Coordenação, 2014).	
	Júri		Pedido de Esclarecimentos por parte do Júri	Caso as propostas suscitem duvidas, o júri pode pedir esclarecimentos (Diário da República, 1.ª série - N.º20-29 de Janeiro de 2008).
	Concorrentes	Resposta aos Esclarecimentos	Os concorrentes têm um prazo para responder ao júri (Diário da República, 1.ª série - N.º20-29 de Janeiro de 2008).	
Júri	Elaboração do Relatório Preliminar	Após a análise das propostas e do mapa comparativo é feito um Relatório Preliminar. Esse Relatório é colocado em Audiência Prévia durante 5 dias úteis (Diário da República, 1.ª série - N.º20-29 de Janeiro de 2008) (Grupo de Coordenação, 2014).		

Etapa D	Concorrentes	Audiência Prévia	Reclamações	Quando os concorrentes têm alguma observação relativamente ao Relatório Preliminar, dispõem de 5 dias úteis (Diário da República, 1.ª série - N.º20-29 de Janeiro de 2008).
	Júri		Resposta às reclamações	O júri é responsável por reanalisar e responder às observações colocadas.
	Júri	Elaboração do Relatório Final		Caso não sejam apresentadas observações ao Relatório Preliminar ou depois de todas as observações terem sido esclarecidas, é elaborado o Relatório Final com a proposta de Adjudicação (Diário da República, 1.ª série - N.º20-29 de Janeiro de 2008) (Grupo de Coordenação, 2014).
	SGP		Regresso do trabalho para DP 2	Depois de todo este processo, o trabalho regressa ao DP, para que seja elaborada uma proposta de adjudicação a apresentar ao CA (Grupo de Coordenação, 2014).
	CA	Reunião CA para Adjudicação	Comunicação Interna	O SGP envia um comunicado a pedir ao CA para se reunir e avaliar a proposta de Adjudicação (Grupo de Coordenação, 2014).
	CA		Registo na Administração	Qualquer documento que dá entrada na Administração é registado e carimbado.
	CA		Reunião do CA	O CA analisa a proposta e autoriza ou não a continuação (Grupo de Coordenação, 2014).
	SGP	Regresso do trabalho para DP 3		Após a reunião, todas as decisões e orientações regressam para o SGP.
	SGP	Comunicação ao(s) Adjudicatários		O DP é responsável por comunicar a adjudicação e solicitar os documentos de habilitação (Grupo de Coordenação, 2014). O Adjudicatário tem 10 dias úteis para reencaminhar os documentos solicitados (Diário da República, 1.ª série - N.º20-29 de Janeiro de 2008).
	SGP	Registo no GHAF		O processo é registado GHAF, a fim de ser concluído todo o processo de compra (Grupo de Coordenação, 2014).

4.2.2. Análise e Discussão dos Resultados do AQ/AD

O AQ/AD em termos de regras, segue os mesmo artigos do CCP, nomeadamente à avaliação das propostas, artigo 139º do CCP.

Relativamente ao mapa (tabela 19) do AQ/AD é possível apreender que é menos prolongado que o do CP. A etapa B torna-se menos extensa, com menos ações comparativamente ao processo do CP, bem como a etapa D, uma vez que a adjudicação é apenas por um ano, podendo se estender por quatro – artigo 256º do CCP - o processo é menos moroso.

Quanto às etapas mais demoradas, segundo a análise de Pareto (figura 16), a etapa A continua a ser a mais prolongada, mas não excede os 120 dias médios, e a etapa B é a menos demorada.

Quanto às etapas C e D, no caso do AQ/AD invertem de ordem. A etapa C é mais demorada que a etapa D. Porém os dias médios no caso das etapas B, C e D diminuem drasticamente quando comparados com os dias médios do CP. Adito a isto, também a dispersão dos valores continua a ser mais elevada nas etapas A e B, tal como sucede com o CP.

O AQ/AD tem uma vantagem elevada na área de M, uma vez que numa reunião é possível tratar mais do que um AQ/AD, como se sucedeu com a terceira amostra recolhida, onde cada substância representou um AQ/AD. O que é uma mais-valia, na medida em que a poupança de tempo é elevada. A única diferença é no tempo de pedido ao Infarmed e a respectiva resposta.

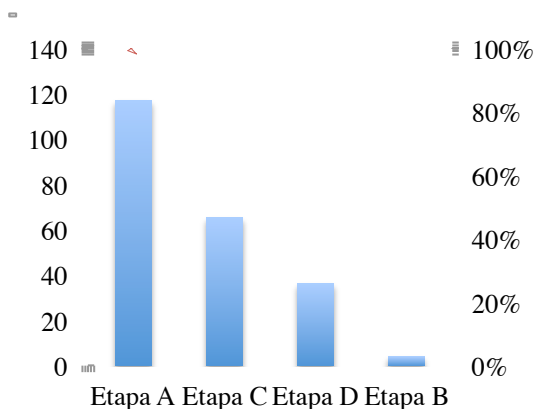


Figura 16 - Análise de Pareto para AQ/AD

Artigos do Catálogo On-Line

A listagem apresentada por defeito é de todos os artigos do catálogo, ordenados pela descrição no sentido ascendente.
 Pode limitar a listagem por Tipo de Artigo / Lote ou por pesquisa

- Medicamentos
- Medicamentos / Dispositivos Médicos
- Dispositivos Médicos
- Consultoria Jurídica
- Serviços

Figura 17 - Captura de Ecrã da apresentação do catálogo do SPMS

4.3. Comparação entre Concursos Públicos e AQ/AD

Após a análise dos resultados e das principais problemáticas em estudo, verificou-se que o SPMS é mais útil na área de M, uma vez que abrange um leque mais completo de produtos.

Em relação à área de ACC, o Catálogo não está completo, o que exige que o colaborador prepare um procedimento para os produtos que existem no catálogo e outro com os produtos pedidos pelos serviços, mas que não constam no catálogo, e dessa forma o colaborador do SGP tem que fazer um estudo do mercado.

O SPMS também não tem sido utilizado nas outras áreas.

A única área que é possível comparar efetivamente o CP e o AQ/AD é na área dos ACC. Na figura 18, imediatamente abaixo, está uma comparação da média dos dias decorridos nas várias etapas entre um CP (a azul) e um AQ/AD (a vermelho).

A etapa A é a mais demorada, e surpreendentemente mais demorada no AQ/AD onde supostamente só consiste na consulta ao catálogo e fazer a ligação entre os produtos pedidos e os existente no catálogo. Nas restantes o AQ/AD é sem dúvida uma mais valia.

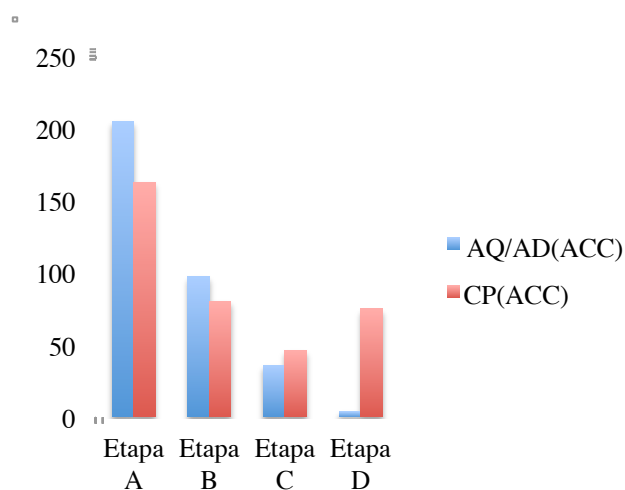


Figura 18 - Gráfico comparativo entre os valores médios de dias decorridos entre AQ/AD e CP de ACC

5. PROPOSTA DE MELHORIA

Neste capítulo são apresentadas algumas ações de melhoria. De modo a conseguir essas ações foi necessário criar um indicador de desempenho, um *Brainstorming* para encontrar sugestões e um diagrama de Ishikawa (figura 19) para ser possível visualizar os problemas, e por último uma tabela com os problemas e as ações propostas (tabela 20).

5.1. Indicador de Desempenho

O indicador chave estudado, e constantemente mencionado, foi o tempo - o tempo que os procedimentos demoram. Em contexto hospitalar é um factor importante, como também já foi mencionado. Uma vez que medidas de desempenho consistem no processo de quantificar a ação, onde medida significa o processo de quantificação e o desempenho da produção é presumido como derivado de ações tomadas, neste caso em não faz tanto sentido criar taxas, medir, quantificar. Cada área tem as suas especificidades, como é possível retirar, o colaborador responsável pelos M num ano realiza mais AQ/AD do que o colaborador da área de E, que num ano pode realizar três. O hospital necessita de grandes quantidades e de diferentes medicamentos, mas ecógrafos, medidores de tensão, tomógrafos, entre outros, adquirem-se com menos frequência, por exemplo. Desta forma é mais vantajoso encontrar oportunidades de melhoria ao longo das várias etapas.

Proposta de Indicador

- Título do Indicador: Diminuir os dias e a variação do CP
- Objetivo: Diminuir o mais possível a duração dos procedimentos relacionados com o CCP
- Refere-se a: Aumentar a performance dos colaboradores do hospital, diminuir o risco de perdas de vida
- Alvo: Todos os CP ao longo de um ano
- Fórmula: Criar um document em excel de modo a poder monitorizar
- Com que frequência?: Inserir os dados todas as semanas, para que sejam o mais precisos possíveis
- Quem mede?: O DP, colaborador do SGP

- Fonte de dados: CCP - tentar compreende-lo o melhor possível
- Como se mede?: Em dias
- Notas e comentários: Esta proposta de indicador corresponde a um indicador de gestão.

5.2. Brainstorming e Diagrama de Ishikawa – As ferramentas

Posto isto, o *Brainstorming* é uma ferramenta que pode ser utilizada para encontrar oportunidades de melhoria perante um problema. Geralmente é uma ferramenta desenvolvida em grupo, porém nada impede de ser utilizada em termos individuais, isto é, apenas por uma pessoa, que fez uma revisão da temática e tem o problema bem explícito. As “ideias nascem da mente” e “quantidade gera qualidade”, uma vez que é preciso o máximo de ideias para poder ficar apenas com as viáveis, após vários meses a considerar sobre o mesmo assunto (Rey, 2013).

Assim, foi elaborado um Diagrama de Ishikawa (Figura 19), que resume as causas do problema em estudo (atraso no CP).

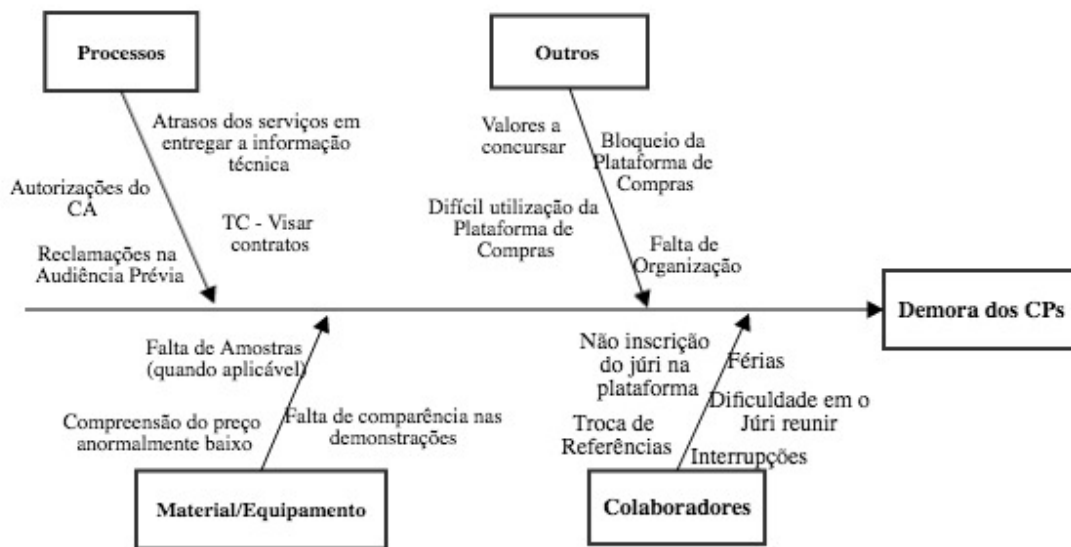


Figura 19 - Diagrama de Ishikawa para a Demora dos CP

5.3. Ações de Melhoria

Na tabela 20 estão descritos os problemas encontrados e possíveis medidas a serem aplicadas.

Tabela 20 – Etapas, Problemas e Propostas

Etapa	Problema	Propostas
Etapa A	Atrasos pela parte do serviço na entrega para a informação técnica.	Sensibilizar os responsáveis pelo serviço desta realidade, nomeadamente através de gráficos num email, um panfleto, um relatório com o tempo despendido entre o Pedido até à Proposta ser Comunicad ao CA. Desenvolver Kambans eletrónicos, com o intuito de relembrar os serviços de desempenhar esta tarefa.
Etapa B	A duração do prazo para apresentação de propostas está diretamente relacionada com os valores a concurso.	Criar um documento em Excel que permita simular a duração dos CP, fazendo variar os valores monetários a colocar a concurso.
Etapa C	Reunir o júri torna-se uma tarefa por vezes bastante complicada em termos de conjugar horários. O atraso no mapa comparativo deve-se muitas vezes a compreensão dos preços anormalmente baixos.	Ter um júri fixo. Afixar um horário <i>à priori</i> com o horário das reuniões. Realizar reuniões em via Skype, Facetime. Ter um consultor jurídico, mesmo que a tempo parcial, ou um acordo com um consultor jurídico, para que não haja atrasos por cada parecer jurídico pedido, por cada dúvida suscitada.
Etapa D	A necessidade dos CP serem visados pelo TC conduz a atrasos.	Criar um documento em Excel que permita simular a duração dos CP, fazendo variar os valores monetários a colocar a concurso.

Outros problemas que se verificaram:

Atrasos em reuniões de CA durante a época de verão. Uma sugestão passa por antecipar e programar a longo prazo o decorrer de um CP, e evitar passos decisivos nesta época.

Outras sugestões passam por fornecer mais formação aos colaboradores do SGP, para que atentem a cada modificação, planeiem com antecedência como vai decorrer o CP, porque muitas das vezes não prever situações, não ter um plano alternativo faz com que existem contratempos. Este planeamento pode passar por um ciclo PDCA – *Plan, Do, Check and Act*.

De um modo geral, a criação de um documento em *excel*, ferramenta disponível em todos os sistemas, de fácil utilização, pode ser utilizada para desenvolver um plano, para que seja possível traçar uma previsão de datas de conclusão das etapas e onde seja possível colocar as datas conforme as etapas vão acontecendo, para que seja possível antecipar as demoras e encontrar alternativas.

6. CONCLUSÃO

O CLC é o *backstage* de um hospital. O CLC está, por detrás de todo o material utilizado num hospital, desde a mais simples esferográfica até à prótese colocada no utente. O SGP é o serviço dentro do CLC responsável por criar os procedimentos de modo a que haja fornecimento dos produtos/serviços. Neste trabalho o indicador estudado foi o tempo de realização dos CP e AQ/AD, que pode traduzir o melhor ou pior funcionamento do SGP.

Terminado este estudo, de forma geral, os objetivos foram alcançados, sendo possíveis as seguintes conclusões:

- não existe uma relação entre o produto/bem e a demora do CP, antes está relacionado com o valor a ser adjudicado. Porém, as áreas de E e S são as que movem valores monetários mais elevados, conseqüentemente aí os procedimentos são mais morosos;
- os AQ/AD não são uma alternativa para todas as áreas, serão sempre necessários CP;
- outra conclusão é que a maior parte dos problemas identificados são de foro externo ao SGP, obviamente um colaborador preparado será um melhor DP, mas há situações que são externas até ao próprio HSOG, como a necessidade de o CP ir ao TC para ser visado;
- não é possível afirmar que a área da contratação pública tenha uma regra e que esta pode ser constantemente aplicada. O CCP é um conjunto de diretivas, que podem ser passíveis de alterações por parte do governo, e o que se pretende é que os princípios aplicados sejam de transparência, de igualdade e de concorrência.

Com a análise detalhadas das etapas dos CP as principais conclusões são:

- as etapas que demoram mais tempo são as etapas A e B;
- as etapas com mais variação no tempo são as etapas A e C;
- Relativamente à etapa A identificaram-se causas de demora ou variação como a entrega da informação técnica, aquando o apuramento das necessidades dos serviços;
- foram propostas oito ações para reduzir esses tempos.

Relativamente aos AQ/AD, a etapa mais demorada mantêm-se a etapa A, como nos CP, porém a grande diferença é na etapa menos demorada, que corresponde à etapa B. Neste trabalho só foi possível comparar AQ/AD e CP da área de ACC.

O conhecimento do tempo despendido nos processos só é uma mais valia, na medida em que torna possível procurar alternativas para torna-los menos morosos, que numa primeira instância influenciam toda a prestação dos cuidados de saúde, nomeadamente os níveis de stock e eventuais ruturas dos artigos, que são aspectos importantes num sistema logístico, ainda mais quando se trata da prestação de cuidados de saúde em que, a ruptura de determinado artigo poderá significar a perda de vidas humanas.

Quanto a limitações ao estudo, uma foi o tamanho da amostra, outra foi a qualidade dos dados recolhidos, uma vez que os arquivos não são uniformes. Isto é, os colaboradores do SGP não seguem todos a mesma metodologia, não arquivam todos a mesma coisa, ou nem sempre há confiança nos dados recolhidos.

Quanto a estudos futuros, é de salientar que parte das oportunidades de melhoria /ações sugeridas pode ser o ponto de partida de outros estudos, com vista a melhorar o funcionamento do SGP.

Também se pode questionar se a realização de um CP com uma elevada quantidade de material de uma área, será mais vantajoso do que realizar múltiplos concursos. Contudo, seria um procedimento que ultrapassaria os 350000 euros, que pela legislação necessita do parecer do TC. Em alternativa poderá ser feito um procedimento por cada categoria de material. Este tipo de questões podem ser objeto de estudo futuro.

Outro aspecto que poderia ser analisado é a influência das reclamações/intervenções por parte dos candidatos e concorrentes.

7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Administração Central do Sistema de Saúde, IP. (2010) *Princípios e regras de funcionamento dos centros de responsabilidade integrados nos hospitais*. Consultado em Maio 4, 2016 em [http://portalcodgdh.min-saude.pt/index.php/Princ%C3%ADpios e regras de funcionamento dos centros de responsabilidade i ntegrados nos hospitais](http://portalcodgdh.min-saude.pt/index.php/Princ%C3%ADpios_e_regras_de_funcionamento_dos_centros_de_responsabilidade_integrados_nos_hospitais).

Almeida, S., Marçal, R., Kovalesky, J., (2004) Metodologias para Avaliação de Desempenho Organizacional, XXIV Encontro Nac. de Eng. de Produção, Florianópolis, Brasil, Consultado em Novembro 01, 2016, em <http://www.pg.utfpr.edu.br/ppgep/Ebook/ARTIGOS/3.pdf>.

ASJP - Associação Sindical dos Juizes Portugueses. *Para que serve o Tribunal de Contas*. Consultado em julho 7, 2016 em <http://www.asjp.pt/2011/03/07/para-que-serve-o-tribunal-de-contas/>.

Bessa, M.. (2013) *Projeto e implementação de indicadores de produtividade e da qualidade*, Dissertação de Mestrado, Universidade do Minho, Guimarães, Portugal

Best, M., Neuhauser, D.. (2004) Avedis Donabedian: father of quality assurance and poet. *Quality & Safety Health Care*. p.742-743. Consultado em março 9, 2016 em <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1743903/pdf/v013p00472.pdf>.

Bourne, M. (2004). Handbook of performance measurement, 3rd edition, London, Thomson.

Carvalho, J., Ramos, T.. (2009) *Logística na Saúde*. Lisboa. 3ªEdição. Edições Sílabo.

Centro Hospital do Alto Ave, EPE. *Análise de Sustentabilidade da Empresa nos domínios Económico, Social e Ambiental*. Consultado em março 7, 2016 em http://www.chaa.min_saude.pt/imagens/ilustracao/SMInternos/156/Princ%C3%ADpios%20de%20Bom%20Governo%202013%20projeto%2010-02-2015_312.pdf.

Coral, E.. (2002) *Modelo de Planeamento Estratégico Para a Sustentabilidade Empresarial*. Tese de Doutorado. Universidade de Santa Catarina, Florianópolis, Brasil.

Diário da República, 1.ªsérie - N.º20-29 de Janeiro de 2008 Decreto-Lei n.º18/2008 de 29 de Janeiro.

Diário da República, 1.ªsérie - N.º62 - 30 de Março de 2016 Lei n.º 7-A/2016.

Direção Geral do Orçamento. *Manual de Procedimentos - Lei dos Compromissos e dos Pagamentos em Atraso (LCPA)*. Consultado em junho 10, 2016 em https://www.dgo.pt/servicoonline/Documents/LeiCompromissosPagamentosAtraso_Manual.pdf.

Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Lisboa. *Qualidade na Saúde - Pós-Graduação*. Consultado em setembro 7, 2016 em <https://www.estesl.ipl.pt/cursos/pos-graduacoes/qualidade-na-saude-0>.

Estatutos - Hospitais e Centros Hospitalares, E.P.E. Consultado em abril 5, 2016 http://www.chpvvc.pt/imagens/geral/mhospital/bom_governo/Estatutos_CHPVVC.pdf.

Fey, R., Gogue, J., (1983) *Princípios da Gestão da Qualidade*. Calouste Gulbenkian. Lisboa.

Fontes, N., (2005) *KAIZEN Institute – Hospital Logistics System*, Relatório de Estágio Curricular LGEI 2004/2005, Universidade do Porto, Porto, Portugal.

Freitas, A.. (2015) *Estudo da Logística do Armazenamento e Distribuição Interna de Consumíveis Clínicos de uma Unidade Hospitalar*. Dissertação de Mestrado, Universidade do Minho, Guimarães, Portugal.

Gaspar, H.. (2008) Racionalização dos Processos Logísticos no Hospital de Santa Maria, EPE. *Jornadas dos Administrativos da Saúde Centro Hospitalar do Porto, EPE*. Consultado em agosto 31, 2016 em <http://slideplayer.com.br/slide/281313/>.

Giannini, M.. (2015) Performance and Quality Improvement in Healthcare Organizations. *International Journal of Healthcare Management*. p.173-179, Volume 8, Número 3. Fevereiro.

Grupo de Coordenação (2014) *Procedimentos do SGP*. Hospital da Senhora da Oliveira Guimarães Centro de Logística e Compras.

Hospital da Senhora da Oliveira Guimarães, E.P.E. *O Hospital da Senhora da Oliveira Guimarães*. Consultado em fevereiro 10, 2016 em <http://www.hospitaldeguimaraes.min-saude.pt/Lservico.asp?c=6>.

Hospital da Senhora da Oliveira Guimarães EPE. *Visão Histórica*. Consultado em fevereiro 10, 2016 em <http://www.hospitaldeguimaraes.min-saude.pt/Lservico.asp?c=6>.

Juran, J.. (1990) *Juran na liderança pela Qualidade*. Livraria Pioneira Editora. São Paulo. Brasil.

Kumar , M., Chakravarty , B.. (2015) ABCeVED analysis of expendable medical stores at a tertiary care hospital. *Medical Journal Armed Forces India*. Consultado em março 9, 2016 em <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4297849/>.

Kumar, A., Rahman, S.. (2012) RFID-Enabled Process Reengineering of Closed-loop Supply Chains in the Healthcare Industry of Singapore. *Journal of Cleaner Production*, p.382-394. Volume 85, dezembro.

Macedo, A., Reis, A.. (2011) *A saúde não tem preço mas tem custos*. Sílabo. 1ª Edição. Lisboa.

Maia, A.. (2015) Há 107 hospitais privados. Faltam 6 para igualar o público. *Diário de Notícias*. Consultado em outubro 3 , 2016 em <http://www.dn.pt/portugal/interior/ha-107-hospitais-privados-faltam-6-para-igualar-o-publico-4495999.html>.

Martins, R.. (1998) Indicadores de Desempenho para a Gestão pela Qualidade Total: Uma Proposta de Sistematização. *Gestão e Produção*, p. 298-311. Volume 5. Número 3. Dezembro.

Ministério da Educação e Ciência. Consultado em agosto 8, 2016 em <http://193.137.22.223/pt/manual-compras-publicas/ajuste-directo/ajuste-directo-simplificado/>.

Morais, V.. (2013) *Como elaborar um parecer jurídico*. Consultado em julho 17, 2016 em <http://www.megajuridico.com/como-elaborar-um-parecer-juridico/>.

Norman, A., (2012) Qualidade em Saúde. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*, Volume 7, Número 12. Consultado em Agosto 11, 2016 em <https://www.rbmf.org.br/rbmfc/article/view/655/496>.

Pires, António Ramos (2007). *Qualidade: Sistemas de Gestão da Qualidade*. 3ª Edição. Lisboa: Edições Sílabo, LDA.

Rey, B. (2013) *Como fazer um brainstorming eficiente*. Consultado em agosto 5, 2016 em <http://exame.abril.com.br/carreira/como-fazer-um-brainstorming-eficiente/>.

Righi, A., Schmidt, A., Venturini, J.. (2010) Qualidade em Serviços Públicos de Saúde: Uma Avaliação da Estratégia Saúde da Família. *Produção Online*. Volume 10. Número 3. Consultado em março 9, 2016 em <https://producaoonline.org.br/rpo/article/viewFile/405/721>.

Salu, E. (2014) Pessoas – o diferencial competitivo hospitalar. Consultado em outubro 10, 2016 em <http://saudebusiness.com/pessoas-o-diferencial-competitivo-hospitalar/>.

Sandberg, E., Abrahamsson, M., (2014) Logistics capabilities for sustainable competitive advantage, *International Journal of Logistics Research and Applications*, p. 61-75, Volume 14, Número 1, Fevereiro.

Serviço Nacional de Saúde. *A SPMS*. Consultado em agosto 8, 2016 em <http://spms.min-saude.pt/a-spms/>.

Sousa, S. D., Nunes, E., Lopes, I. S. (2012) Data Quality Assessment in Performance Measurement, “Proceedings of the World Congress on Engineering Vol. III, WCE 2012, July 4 - 6, 2012, London, U.K.

Silva, A.. (2009) *A Qualidade do Serviço, a Satisfação e as Intenções de Comportamento de Consumidores – O Caso das Operadoras Móveis em Portugal*. Dissertação de Mestrado, Universidade Fernando Pessoa, Porto, Portugal.

Viacava, F., Almeida, C., Caetano R., *et al.* (2004) Uma Metodologia de Avaliação do Desempenho do Sistema de Saúde Brasileiro. *Ciência & Saúde Coletiva*, p. 711-724, Volume 9, Número 3, setembro.

Who is JCI. Illinois, USA. Consultado em março 7, 2016 em <http://www.jointcommissioninternational.org/about-jci/who-is-jci/>.

ANEXO I – EXTRAPOLAÇÃO - CP

Etapa	SGP/Serviços	Etapas Comuns	CPI										Média	Desvio-Padrão	Amplitude			
			CP(R)/2013	CP(R)/2014	CP(E)/2013	CP(E)/2015	CP(S)/2014	CP(S)/2015	CP(A)CO/2013	CP(A)CO/2015								
Etapa A	SGP	Pedido/Previsão	0	4	2	214	113	100	100	1	1	1	6	2	0	95,8	274,0	
	CA	Comunicação Interna	4	2	3	3	3	1	1	1	1	1	6	2	3	1,7	5,0	
	CA	Ação para a Abert Registo na Administração	8	0	3	3	6	0	0	0	0	0	1	0	0	2,9	8,0	
	CA	Reunião do CA	1	9	2	2	11	7	5	7	5	6	1	1	1	3,5	10,0	
	SGP	Regresso do trabalho para DP 1	4	2	0	0	1	0	0	0	0	6	1	1	2	2,0	6,0	
Etapa B	SGP	Comunicação ao Juri	3	8	4	4	3	19	8	19	8	9	19	19	9	6,1	16,0	
	SGP	Submissão do Anúncio	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0,4	1,0	
	SGP	Pedido de Pagamento	4	5	2	2	5	4	4	4	5	5	4	4	4	0,9	3,0	
	SF	Pagamento	0	1	1	1	1	0	0	0	0	1	1	0	0	0,5	1,0	
	SGP	Antúcio	16	16	7	7	0	13	7	10	10	10	10	10	10	5,0	16,0	
	SGP	Pedido de Esclarecimentos por par	15	14	6	6	0	6	23	6	23	0	0	0	0	8,0	23,0	
	Juri	Resposta aos Esclarecimentos	18	18	5	5	14	14	19	14	14	14	14	14	15	4,1	14,0	
	Candidatos	Apresentação de Propostas	119	64	83	83	7	64	64	64	64	53	56	56	64	29,2	112,0	
	SGP	Mapa Comparativo	6	0	6	6	12	6	6	6	6	6	6	6	6	6	3,0	12,0
	Juri	Reunião do Juri	3	0	0	0	0	0	19	0	0	0	0	0	0	3	6,2	19,0
Etapa C	Juri	Relatório Prelimin. Pedido de Esclarecimentos por par	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0,3	1,0	
	Juri	Resposta aos Esclarecimentos	0	5	80	80	4	18	4	18	18	18	18	18	18	24,6	80,0	
	Juri	Relatório Preliminar	0	5	5	5	5	6	5	5	5	8	5	5	5	2,1	8,0	
	Concorrentes	Reclamações	4	0	0	0	0	0	4	0	0	4	0	0	0	1,9	4,0	
	Juri	Audiência Prévia	24	9	9	9	9	9	9	9	9	4	9	9	9	6,4	24,0	
	Juri	Resposta às reclamações	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0,0	0,0	
	Juri	Relatório Final	2	2	1	1	1	0	3	3	3	3	2	2	2	0,9	2,5	
	SGP	Regresso do trabalho para DP 2	0	0	0	0	1	1	5	0	5	1	1	1	1	1,6	5,0	
	CA	Comunicação Interna	8	14	0	0	5	2	5	2	5	5	1	1	5	4,2	14,0	
	CA	Reunião do CA	2	5	2	2	6	5	3	5	3	5	1	1	4	1,7	5,0	
Etapa D	CA	Regresso do trabalho para DP 3	2	2	2	2	1	1	1	1	6	4	0	0	2	1,8	6,0	
	SGP	Comunicação ao(s) Adjudicatários	11	13	15	15	7	20	43	13	39	13	39	39	20	12,6	36,0	
	SGP	Comunicação Interna	0	0	1	1	1	0	5	0	5	0	0	1	1	1,6	5,0	
	CA	Reunião do CA	5	2	7	7	78	0	9	9	0	14	14	14	14	24,5	78,0	
	CA	Regresso do trabalho para DP 4	7	4	5	5	14	0	1	1	20	18	18	18	9	7,2	20,0	
	SGP	Minuta	5	3	4	4	3	0	3	0	3	3	3	3	3	1,5	4,0	
	Adjudicatário	Envio para	7	12	3	3	8	0	24	0	24	0	8	8	8	7,3	24,0	
	SGP	Recepção de	0	0	1	1	2	0	0	0	1	0	1	1	1	0,7	2,0	
	CA	Comunicação Interna	7	2	2	2	1	0	0	0	0	0	0	0	2	2,2	7,0	
	CA	Reunião do CA	0	2	2	2	2	0	7	0	7	0	2	2	2	2,1	7,0	
SGP	Regresso do trabalho para DP 5	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	1,3	4,0		
Fornecedor	Envio para	4	8	6	6	4	0	0	0	0	0	0	0	4	3,1	8,0		
	Recepção de																	

Tabela 21 - Tabela com os dados recolhidos e extrapolados (vermelho e azul) e Estatística

ANEXO II – DIFERENÇA ENTRE DADOS EXTRAPOALDOS E RECOLHIDOS - CP

	CP(R)2013		CP(R)2014		CP(E)2013		CP(E)2015		CP(S)2014		CP(S)2015		CP(ACC)2013		CP(ACC)2015		Média	Desvio-Padrão	Amplitude		
	CP(R)2013	CP(R)2014	CP(R)2014	CP(R)2013	CP(E)2013	CP(E)2015	CP(E)2015	CP(E)2013	CP(S)2014	CP(S)2015	CP(S)2015	CP(S)2014	CP(ACC)2013	CP(ACC)2015	CP(ACC)2015	CP(ACC)2013					
S/Extrapolação	20	16	16	221	221	135	135	28	28	28	28	28	28	28	28	28	23	119,5	110,9	286,0	
Etapa A	172	104	104	104	104	28	28	28	28	28	28	28	28	28	28	28	78	92,8	46,8	144,0	
Etapa B	57	9	9	9	9	31	31	31	31	31	31	31	31	31	31	31	67	37,8	21,3	58,0	
Etapa C	185	78	78	50	50	129	129	129	129	129	129	129	129	129	129	129	98	108,0	46,3	135,0	
Etapa D	434	94	94	384	384	323	323	323	323	323	323	323	323	323	323	323	266	358,1			
Soma																					
C/Extrapolação	20	16	16	221	221	135	135	28	28	28	28	28	28	28	28	28	23	119,8	96,1	286,0	
Etapa A	172	118	118	104	104	28	28	28	28	28	28	28	28	28	28	28	78	100,0	38,4	144,0	
Etapa B	57	21	21	9	9	31	31	31	31	31	31	31	31	31	31	31	67	35,8	21,4	58,0	
Etapa C	185	78	78	50	50	129	129	129	129	129	129	129	129	129	129	129	98	92,1	46,8	152,0	
Etapa D	434	233	233	384	384	323	323	323	323	323	323	323	323	323	323	323	266	347,6			
Soma																					

Tabela 22 - Tabelas com os dados recolhidos e dados extrapolados (vermelho) e estatística respetiva

ANEXO III – EXTRAPOLAÇÃO - AQ/AD

Etapas	SGP/Serviços	Etapas Comuns	AD/ACC 2014						Média	Desvio-Padrão	Amplitude
			AD/ACC 2014	AD/ACC 2013	AD/ACC 2012	AD/ACC 2011	AD/ACC 2010	AD/ACC 2009			
Etapa A	SGP	Pedido/Previsão	07/10/15	07/10/15	07/10/15	07/10/15	07/10/15	07/10/15	07/10/15	07/10/15	07/10/15
	CA	Comunicação Interna	12/10/15	12/10/15	12/10/15	12/10/15	12/10/15	12/10/15	12/10/15	12/10/15	12/10/15
	CA	Registro para a Abert	08/10/15	08/10/15	08/10/15	08/10/15	08/10/15	08/10/15	08/10/15	08/10/15	08/10/15
	CA	Reuniao do CA	09/10/15	09/10/15	09/10/15	09/10/15	09/10/15	09/10/15	09/10/15	09/10/15	09/10/15
Etapa B	SGP	Regresso do trabalho para DP 1	12/10/15	12/10/15	12/10/15	12/10/15	12/10/15	12/10/15	12/10/15	12/10/15	12/10/15
	SGP	Comunicação ao Juri	08/10/15	08/10/15	08/10/15	08/10/15	08/10/15	08/10/15	08/10/15	08/10/15	08/10/15
	SGP	Envio de Anticipo	09/10/15	09/10/15	09/10/15	09/10/15	09/10/15	09/10/15	09/10/15	09/10/15	09/10/15
	Juri	Pedido de Esclarecimentos	09/10/15	09/10/15	09/10/15	09/10/15	09/10/15	09/10/15	09/10/15	09/10/15	09/10/15
Etapa C	SGP	Resposta aos Esclarecimentos	09/10/15	09/10/15	09/10/15	09/10/15	09/10/15	09/10/15	09/10/15	09/10/15	09/10/15
	SGP	Anuncio	09/10/15	09/10/15	09/10/15	09/10/15	09/10/15	09/10/15	09/10/15	09/10/15	09/10/15
	SGP	Mapa Comparativo	09/10/15	09/10/15	09/10/15	09/10/15	09/10/15	09/10/15	09/10/15	09/10/15	09/10/15
	Juri	Reuniao do Juri	13/10/15	13/10/15	13/10/15	13/10/15	13/10/15	13/10/15	13/10/15	13/10/15	13/10/15
Etapa D	Juri	Relatório Prelim	13/10/15	13/10/15	13/10/15	13/10/15	13/10/15	13/10/15	13/10/15	13/10/15	13/10/15
	Candidatos	Relatório Prelim	13/10/15	13/10/15	13/10/15	13/10/15	13/10/15	13/10/15	13/10/15	13/10/15	13/10/15
	Juri	Resposta aos Esclarecimentos	13/10/15	13/10/15	13/10/15	13/10/15	13/10/15	13/10/15	13/10/15	13/10/15	13/10/15
	Concorrentes	Relatório Prelim	13/10/15	13/10/15	13/10/15	13/10/15	13/10/15	13/10/15	13/10/15	13/10/15	13/10/15
Etapa E	Juri	Reclamações	13/10/15	13/10/15	13/10/15	13/10/15	13/10/15	13/10/15	13/10/15	13/10/15	13/10/15
	Juri	Audiência Prévia	13/10/15	13/10/15	13/10/15	13/10/15	13/10/15	13/10/15	13/10/15	13/10/15	13/10/15
	Juri	Resposta às reclamações	13/10/15	13/10/15	13/10/15	13/10/15	13/10/15	13/10/15	13/10/15	13/10/15	13/10/15
	Juri	Relatório Final	13/10/15	13/10/15	13/10/15	13/10/15	13/10/15	13/10/15	13/10/15	13/10/15	13/10/15
Etapa F	SGP	Regresso do trabalho para DP 2	14/10/15	14/10/15	14/10/15	14/10/15	14/10/15	14/10/15	14/10/15	14/10/15	14/10/15
	CA	Comunicação Int	15/10/15	15/10/15	15/10/15	15/10/15	15/10/15	15/10/15	15/10/15	15/10/15	15/10/15
	CA	Relatório Final	15/10/15	15/10/15	15/10/15	15/10/15	15/10/15	15/10/15	15/10/15	15/10/15	15/10/15
	CA	Relatório Final	15/10/15	15/10/15	15/10/15	15/10/15	15/10/15	15/10/15	15/10/15	15/10/15	15/10/15
Etapa G	SGP	Relatório Final	15/10/15	15/10/15	15/10/15	15/10/15	15/10/15	15/10/15	15/10/15	15/10/15	15/10/15
	CA	Relatório Final	15/10/15	15/10/15	15/10/15	15/10/15	15/10/15	15/10/15	15/10/15	15/10/15	15/10/15
	CA	Relatório Final	15/10/15	15/10/15	15/10/15	15/10/15	15/10/15	15/10/15	15/10/15	15/10/15	15/10/15
	CA	Relatório Final	15/10/15	15/10/15	15/10/15	15/10/15	15/10/15	15/10/15	15/10/15	15/10/15	15/10/15
Etapa H	SGP	Relatório Final	15/10/15	15/10/15	15/10/15	15/10/15	15/10/15	15/10/15	15/10/15	15/10/15	15/10/15
	CA	Relatório Final	15/10/15	15/10/15	15/10/15	15/10/15	15/10/15	15/10/15	15/10/15	15/10/15	15/10/15
	CA	Relatório Final	15/10/15	15/10/15	15/10/15	15/10/15	15/10/15	15/10/15	15/10/15	15/10/15	15/10/15
	CA	Relatório Final	15/10/15	15/10/15	15/10/15	15/10/15	15/10/15	15/10/15	15/10/15	15/10/15	15/10/15
Somar dos dias			97,00	205,00	61,00	233,00	451	223	241,00		

Tabela 23 - Dados recolhidos e extrapolados (azul) relativos ao AQ/AD e estatística associada