

MESG
MESTRADO EM ENGENHARIA
DE SERVIÇOS E GESTÃO

**Externalização Logística na Área Hospitalar:
O caso de estudo Grupo Trofa Saúde**

Marta Maria Campos Ferreira

Relatório de Dissertação

Orientador na FEUP: Professor Doutor Alcibíades Guedes

Orientador no Grupo Trofa Saúde: Dr. João Almeida



Universidade do Porto

Faculdade de Engenharia

FEUP

Faculdade de Engenharia da Universidade do Porto

2010-07-20

Resumo

No contexto económico actual, as empresas têm de reagir cada vez mais rapidamente às mudanças do mercado de forma a responderem com eficácia à crescente competitividade global. A “indústria” da saúde não é excepção. A rapidez de resposta exigida pelo mercado tem levado a que muitas instituições de saúde, de países como os EUA e Reino Unido, tornem as suas estruturas mais leves e flexíveis através do recurso ao outsourcing de actividades não core, como é o caso da logística.

Até ao momento, desconhece-se a existência de instituições de saúde portuguesas que externalizem as suas funções logísticas na totalidade. Assim, com a presente dissertação pretende-se contribuir para a emergência desta realidade em Portugal. Para isso foi analisada a viabilidade de recorrer ao outsourcing logístico no caso específico da área hospitalar, através do recurso a um caso de estudo.

Neste sentido, foram analisadas várias metodologias de apoio às iniciativas de outsourcing, tendo sido construída uma metodologia para a tomada de decisão de outsourcing, com base nos contributos de cada abordagem metodológica apresentada. Assim, a viabilidade de externalização logística foi analisada sob o ponto de vista estratégico, quantitativo e qualitativo.

Do estudo realizado foi possível observar que no caso em particular é viável a externalização das actividades de distribuição e armazenagem, sendo que os resultados no caso da distribuição se revelaram mais evidentes.

Abstract

In the current economic situation, companies have to react more quickly to market changes in order to respond effectively to the increasing global competitiveness. The health "industry" is no exception. The speed of response demanded by the market has meant that many health care institutions from US and UK make their structures more lightweight and flexible through the use of outsourcing non-core activities, such as logistics.

So far, the existence of Portuguese health institutions that outsource all their logistics activities is unknown. This thesis aims to contribute towards the emergence of this reality in Portugal. Thus, the feasibility of using the logistics outsourcing in hospitals was analyzed, using a case study.

In this sense, several outsourcing initiatives methods were analyzed and it was constructed a methodology for making an outsourcing decision, based on the contributions of each methodological approach presented. Thus, the viability of logistics outsourcing was analyzed in terms of strategic, qualitative and quantitative objectives.

From this study, it was observed that, in this particular case, it is feasible to outsource storage and distribution activities, and the end result in the case of distribution has proved to be more relevant.

Agradecimentos

Aos meus pais e irmã.

Ao Henrique.

Ao Professor Alcibíades Guedes, Professor Falcão e Cunha, Professora Lia Patrício e restantes professores do Mestrado em Engenharia de Serviços e Gestão.

Ao João Almeida, Ana Pereira, António Marranita, Miguel Almeida, Marta Mendes, Paula Laranjeira, Miguel Oliveira, Sónia Baião, Ângela Lopes, Marta Oliveira, Rui Sousa, Ivo Almeida e Fábio Santos.

Índice

1. Introdução	1
1.1 Motivação.....	1
1.2 Âmbito e objectivos	2
1.3 Metodologia de investigação	3
1.4 Estrutura da Dissertação	3
2. Contexto	5
2.1 Evolução do Sistema de Saúde Português	6
2.2 A Concorrência no Sector Privado.....	9
3. Revisão da Literatura.....	13
3.1 Os conceitos de Logística e Gestão da Cadeia de Abastecimento	13
3.2 Logística Hospitalar	15
3.2.1 Especificidades da Logística Hospitalar.....	15
3.2.2 O Novo Paradigma da Logística Hospitalar	17
3.3 Outsourcing Logístico	19
3.3.1 Enquadramento.....	19
3.3.2 Conceito e principais motivações.....	20
3.3.3 Evolução dos Prestadores de Serviços Logísticos.....	25
3.3.4 Vantagens do Outsourcing Logístico	28
3.3.5 Desvantagens do Outsourcing Logístico	32
3.5 Outsourcing Logístico Hospitalar	35
4. Abordagem Metodológica	39
5. O caso de estudo	41
5.1 O Grupo Trofa Saúde.....	41
5.2 Modelo Logístico actual	51
6. Aplicação ao caso de estudo	55
6.1 Análise Estratégica	55
6.2 Análise Económica.....	59
6.3 Análise Qualitativa	71
6.4 Discussão de resultados	80

7. Conclusão	82
7.1 Principais contributos.....	83
7.2 Limitações do estudo e sugestões para investigação futura	83
Referências.....	84

Índice de Figuras

Figura 1 - Desenvolvimento de uma SCM Integrada.....	15
Figura 2 - SC Hospitalar Típica.....	16
Figura 3 - Evolução do Outsourcing Logístico	25
Figura 4 - Dispersão geográfica das Unidades do Grupo Trofa Saúde	43
Figura 5 - Evolução Histórica do Grupo Trofa Saúde.....	43
Figura 6 - Organograma Aprovisionamento.....	51
Figura 7 - Organograma Farmácia.....	52
Figura 8 - Organograma Distribuição	52
Figura 9 - Actividades desenvolvidas pelo Aprovisionamento e Farmácia	53
Figura 10 - Esquematização dos Sistemas de Informação de suporte às Actividades Logísticas	53
Figura 11 - Esboço do actual armazém central da Zona Norte	58

Índice de Gráficos

Gráfico 1 - Facturação dos principais Grupos de Saúde em 2008/2009	10
Gráfico 2 - Despesas Hospitalares Operacionais.....	18
Gráfico 3 - Funções externalizadas pelas empresas.....	22
Gráfico 4 - Quota de Mercado dos Transportes - 3PL vs. Frota Própria	24
Gráfico 5 - Despesa Logística em Outsourcing (1996)	24
Gráfico 6 - Avaliação das empresas contratantes e dos 3PL sobre a sua relação.....	31
Gráfico 7 - Erros de preparação de pedidos de aprovisionamento (Fevereiro e Março 2010) ..	57

Índice de Tabelas

Tabela 1 - Despesa das Administrações Públicas em Saúde, em Portugal	7
Tabela 2 - Despesa de consumo final das famílias em saúde, em Portugal.....	7
Tabela 3 - Estabelecimentos de Saúde em Portugal	9
Tabela 4 - Comparação Grupos Privados de Saúde	12
Tabela 5 - Razões para utilizar Operadores Logísticos	22
Tabela 6 - Razões para não contratar Operadores Logísticos.....	23
Tabela 7 - 2PL vs. 3PL	27
Tabela 8 - 3PL vs. 4PL	28
Tabela 9 - Factores que contribuem para o sucesso das relações de Outsourcing Logístico	32
Tabela 10 - Principais problemas apontados nas relações de Outsourcing Logístico.....	35
Tabela 11 - Níveis de actividade Grupo Trofa Saúde	42
Tabela 12 - Hospital Privado da Trofa	44
Tabela 13 - Hospital Particular de Lisboa	46
Tabela 14 - Hospital Privado da Boa Nova	46
Tabela 15 - Hospital Internacional do Algarve	48
Tabela 16 - Hospital Privado de Braga	48
Tabela 17 - Hospital Privado de Alfena	49
Tabela 18 - Hospital Privado de Vila Nova de Gaia	49
Tabela 19 - Hospital Privado de Vila Real.....	50
Tabela 20 - Hospital Privado Tejo Sul.....	50
Tabela 21 - Custos actuais Transporte de Mercadorias	61
Tabela 22 – Distância mensal percorrida entre Armazém Central da Trofa e Unidades da Zona Norte	61
Tabela 23 -Distância mensal percorrida entre Armazéns Centrais e Unidades.....	62
Tabela 24 – Alguns custos futuros de Transporte de Mercadorias sem externalização.....	63
Tabela 25 - Custos futuros totais de Transporte de Mercadorias sem externalização.....	64
Tabela 26 - Custos futuros de Transporte de Mercadorias com externalização	64
Tabela 27 - Comparação de custos de Transporte de Mercadorias	65
Tabela 28 - Custos actuais de Armazenagem.....	67
Tabela 29 - Alguns custos futuros de armazenagem sem externalização	68
Tabela 30 - Custos futuros totais de armazenagem sem externalização.....	69
Tabela 31 - Comparação de custos de armazenagem	71
Tabela 32 - Ponderação de critérios qualitativos - Transporte.....	78
Tabela 33 - Ponderação de critérios qualitativos – Armazenagem.....	80

1. Introdução

1.1 Motivação

A sobrevivência das empresas num mercado cada vez mais competitivo e globalizado requer a adopção de estratégias que assegurem vantagens sustentáveis face aos concorrentes.

As instituições de saúde não fogem à regra da maioria das empresas. A competitividade no seio da “indústria” da saúde está cada vez mais acesa à medida que fecham unidades de saúde públicas e abrem privadas para as substituir. A pressão para a redução de custos é uma realidade incontornável assim como a corrida pelo aumento da satisfação do cliente e consequente aumento de quota de mercado. O objectivo a seguir pelas unidades de saúde está claramente definido: balancear o binómio serviço/eficiência ao mais baixo custo possível.

Na análise diária de custos efectuada pelas unidades hospitalares destacam-se duas principais rubricas: custos com pessoal e custos de aquisição de bens e serviços externos, que segundo Schneller et al. (2006) normalmente ocupa o segundo lugar nas despesas hospitalares. Contudo, Witson (1997) alerta para o facto de os custos de entrega serem “mais representativos do verdadeiro custo dos produtos, uma vez que incluem os custos de transacção, armazenagem, manuseamento, transporte e financiamento”, devendo constituir uma preocupação das unidades hospitalares, que não se deve resumir à redução dos custos de aquisição.

Todas estas questões têm levado as instituições de saúde a repensar o seu modelo de negócio e a reflectir sobre o seu *core business*. Em países como os EUA ou Reino Unido, as unidades hospitalares começaram a concentrar-se nas suas competências centrais e a externalizar as actividades que executam menos bem, como é o caso das operações logísticas.

Vários autores defendem que as actividades logísticas como a distribuição e a armazenagem não constituem competências chave de uma unidade hospitalar. Esta pode inclusive ter acesso a um serviço de maior qualidade e mais eficiente se recorrer a profissionais especializados na área (Gattorna, 1998, Schneller et al., 2006, Carvalho et al., 2009).

Em Portugal ainda se começam a dar os primeiros passos na logística hospitalar. O caminho percorrido tem sido o da melhoria de processos e aumento da eficiência internos. Contudo, a julgar pela evolução de sectores pioneiros na logística como o automóvel ou o retalho e pelas unidades hospitalares de países mais desenvolvidos, espera-se que o caminho seguido pelas instituições de saúde portuguesas seja o de unidades hospitalares com estruturas mais leves e flexíveis só possíveis de atingir através do recurso ao outsourcing.

Neste sentido, pretende-se com a presente dissertação dar um contributo para a emergência desta realidade em Portugal. Constitui assim objectivo deste trabalho analisar a viabilidade do outsourcing logístico hospitalar sob o ponto de vista estratégico, quantitativo e qualitativo. Num contexto de redução de despesas, maior flexibilidade na adaptação às mudanças e de

melhoria contínua de serviço prestado, o estudo do tema em causa é uma realidade que faz todo o sentido.

De acordo com a pesquisa efectuada pode-se concluir que a literatura sobre o tema outsourcing é relativamente vasta. Contudo, vai escasseando à medida que a abrangência do tema vai diminuindo, primeiro pesquisando por outsourcing logístico, depois por outsourcing logístico hospitalar e por fim outsourcing logístico hospitalar em Portugal. De facto, o número de estudos decresce no que concerne à externalização logística aplicada à área hospitalar sendo praticamente inexistente no que respeita à realidade portuguesa.

Sob o ponto de vista académico conclui-se igualmente pela exiguidade de trabalhos idênticos ao apresentado. Encontram-se trabalhos sobre outsourcing logístico mas aplicados a indústrias distintas da hospitalar, sendo que os trabalhos que existem sobre o contexto hospitalar têm âmbitos diferentes do proposto.

Neste sentido, parece evidente a pertinência do estudo apresentado na presente dissertação.

1.2 Âmbito e objectivos

O tema externalização logística aplicado à área hospitalar é relativamente recente em Portugal. Até ao momento desconhece-se a existência de alguma unidade hospitalar portuguesa que externalize as suas operações logísticas de armazenagem e distribuição simultaneamente. Desta forma, pretende-se com a presente dissertação contribuir para a discussão do tema, tentando responder à questão *“to own”* vs. *“to outsource”* aplicada à realidade hospitalar. Pretende-se assim analisar se é viável ou não recorrer ao outsourcing logístico no caso específico da área hospitalar.

O problema sobre manter as actividades logísticas internas ou externalizá-las será analisado de acordo com os seguintes pontos de vista:

- Estratégico: no sentido de averiguar a pertinência da colocação da hipótese de externalização.
- Quantitativo: levantamento e comparação dos custos decorrentes da tomada das duas decisões.
- Qualitativo: análise das vantagens e desvantagens das duas opções e medição dos critérios qualitativos.

Com esta análise pretende-se concluir acerca da viabilidade de uma unidade hospitalar externalizar as suas funções logísticas.

É de salientar que a análise realizada foi aplicada a um grupo de hospitais privados portugueses, daí que as conclusões não possam ser generalizadas a todos os hospitais portugueses. Contudo, a metodologia seguida poderá ser aplicada a outros casos distintos que queiram averiguar a viabilidade do outsourcing logístico.

1.3 Metodologia de investigação

Ellram (1996) classifica as metodologias de investigação de acordo com o tipo de dados e o tipo de análise efectuada a esses dados. Assim, os dados podem ser empíricos ou modelados e a análise pode ser primariamente quantitativa ou qualitativa. Os métodos quantitativos empíricos incluem a informação secundária tratada por análises estatísticas e os modelados incluem a simulação, programação linear, programação matemática, entre outros. Os métodos primariamente qualitativos empíricos incluem os casos de estudo, observação participativa e estudos etnográficos, os modelados incluem a simulação e o *role playing*.

A metodologia utilizada na presente dissertação é o caso de estudo. Este método apesar de ser um dos métodos menos compreendido e mais criticado (Ellram, 1996), tem sido muito utilizado como metodologia de investigação pois permite estudar e testar um dado problema num contexto real (Voss et al., 2002). Este método permite responder às questões “Como”, “Porquê” e “Qual” com relativo conhecimento completo da natureza e complexidade da totalidade do fenómeno (Voss et al., 2002).

No que concerne à informação, esta pode ser categorizada em dois grandes tipos: primária e secundária (de acordo com as fontes de informação). A informação primária é recolhida especificamente para o estudo em questão, sendo retirada directamente das fontes, por exemplo através de entrevistas. A informação secundária é informação que já foi produzida anteriormente com outro fim, mas que pode ser aproveitada para o estudo.

As seis principais fontes de informação dos casos de estudo identificadas por Yin (1994) são a documentação, registo e arquivos, entrevistas, observação directa, observação participativa e artefactos físicos. Cada uma destas fontes possui vantagens e desvantagens, sendo complementares entre si na construção de um bom caso de estudo.

Na presente dissertação foi utilizada uma combinação de fontes de informação primária e secundária. A informação primária foi obtida através do acesso às aplicações informáticas da empresa, observação directa e indirecta, entrevistas não estruturadas e semi-estruturadas. A informação secundária foi obtida com base em jornais, livros, bases de dados, Internet e relatórios.

Os diferentes tipos de dados podem sofrer uma análise qualitativa, quantitativa ou uma mistura das duas. Ellram (1996) refere que os métodos quantitativos prevaleciam em estudos de logística, gestão de operações e marketing e os qualitativos em estudos de ciências sociais como a antropologia e sociologia. Actualmente, as disciplinas mais relacionadas com a gestão também utilizam os métodos qualitativos. Na presente dissertação foram utilizadas as duas abordagens de forma a enriquecer os resultados e conclusões obtidos.

1.4 Estrutura da Dissertação

A presente dissertação encontra-se dividida em 7 capítulos.

O primeiro capítulo é a Introdução, na qual são descritas as principais motivações que levaram à realização desta dissertação, o âmbito em que a mesma se enquadra e quais os objectivos que se pretende atingir. É também apresentada uma primeira abordagem à metodologia seguida, na qual se explicam as diferentes metodologias de investigação que podem ser utilizadas e quais foram escolhidas por melhor se enquadrarem no objectivo do estudo. Por fim, é descrita de forma sucinta a estrutura da dissertação.

No capítulo 2 é descrito o contexto no qual se insere a presente dissertação. É feita uma breve referência aos sistemas de saúde em geral, é descrita a evolução do sistema de saúde português e são apresentados os principais concorrentes do sector privado da saúde em Portugal.

O capítulo 3, Revisão da Literatura, descreve em detalhe a componente teórica que suporta a investigação. Em primeiro lugar são clarificados os conceitos de logística e de gestão da cadeia de abastecimento. Seguidamente são descritas as especificidades da logística hospitalar e o novo paradigma que a mesma está a atravessar nos dias de hoje. Depois de apresentado o enquadramento do conceito de outsourcing logístico, é feita uma descrição do mesmo e são apresentadas as principais motivações que levam as empresas a utilizar este tipo de estratégia. Adicionalmente é apresentada a evolução dos prestadores de serviços logísticos e as principais vantagens e desvantagens do outsourcing logístico. Por fim é explorada a situação actual do outsourcing logístico na área hospitalar.

No capítulo 4, são descritas várias metodologias de apoio ao processo de outsourcing, e é apresentada a metodologia que foi aplicada ao caso de estudo, que tem por base contributos das várias metodologias apresentadas.

No quinto capítulo é apresentada uma breve descrição do Grupo Trofa Saúde e é descrito o modelo logístico actual.

No sexto capítulo é aplicada a metodologia descrita no capítulo 4 ao caso do Grupo Trofa Saúde. Assim, o problema é analisado do ponto de vista estratégico, económico e qualitativo, sendo posteriormente discutidos os resultados.

No último capítulo são apresentadas as principais conclusões, os contributos e as limitações do estudo, bem como sugestões para investigações futuras.

2. Contexto

Os sistemas de saúde de cada país são fortemente condicionados pelas políticas de saúde dos governos, pelo sistema social envolvente e pelo nível de prosperidade do país. O tipo de sistema de saúde vigente em cada país e o grau de modernização ou intervenção possível são amplamente influenciados pela visão que a comunidade tem sobre os conceitos de acessibilidade, universalidade, igualdade e sobre o papel do governo.

Neste sentido, os modelos dos sistemas de saúde variam de país para país. Por exemplo, o sistema de saúde americano é baseado num modelo liberal e privado assente em seguros de saúde privados. “Existem 158 milhões de americanos que têm seguro através da entidade empregadora, que lhe desconta, mensalmente, um valor fixo do ordenado. Outros 15 milhões têm contratos directos com as seguradoras. Finalmente, 42 milhões de idosos beneficiam do *Medicare* e 35 milhões de pobres do *Medicaid* (dois subsistemas custeados pelo Estado). Ainda assim, sobram 32 milhões de americanos que não têm cobertura na assistência à doença. Ou porque são trabalhadores com salários demasiado baixos para conseguirem pagar um seguro ou porque a empresa não o consegue subsidiar.” (Cristão, 2010). O modelo americano origina assim, um desequilíbrio na distribuição dos cuidados de saúde. Segundo um estudo da Commonwealth Fund in Anderson et al. (2008), o EUA é o país da OCDE que mais gasta em saúde, cerca de 15,3% do PIB contra 8,9%, média da OCDE e, no entanto, é o país cuja eficácia e igualdade de acesso a cuidados de saúde é mais reduzida, apenas 27,4% da população americana se encontra coberta por um seguro de saúde público, contra 100% de países como a Austrália, Canadá, Reino Unido e Suíça.

O modelo de sistema de saúde da União Europeia é diferente dos EUA uma vez que assenta na medicina socializada, isto é, trata-se de um modelo de seguro de saúde público, em concorrência com as seguradoras privadas, garantindo assim uma cobertura universal. O sistema de saúde é público e universal, sendo assegurado pelo Estado através dos fundos que recolhe dos impostos das populações. Estas só recorrem a seguros privados por livre iniciativa. Na base deste modelo estiveram razões históricas, como as tensões sociais que a Revolução Industrial gerou e que deram origem a princípios de solidariedade e Estado-Providência.

Em Portugal, a opção por um modelo de Serviço Nacional de Saúde, baseado no modelo social europeu, tem vindo a consolidar a percepção, por parte dos cidadãos, da utilidade de um bem público que, muito embora comporte um elevado grau de dependência entre o Estado e os cidadãos, surge como a melhor forma de garantir os valores do acesso, da equidade e da solidariedade social. No entanto, o modelo sistémico de Serviço Nacional de Saúde em Portugal, socialmente virtuoso, não pode dispensar a correcção de desequilíbrios estruturais que possam surgir.

Existem ainda situações intermédias como é o caso do Japão em que todos os residentes devem inscrever-se obrigatoriamente num dos seguros de saúde públicos disponíveis (Seguro Social – intermediado pelas empresas empregadoras; Seguro Nacional de Saúde – administrado pelas cidades e municípios).

Já o sistema de saúde australiano contempla uma mistura de organizações públicas e privadas, cuja responsabilidade pela prestação de serviços de saúde é do governo de cada estado/território que gere as relações com os profissionais de saúde e estabelecimentos hospitalares, ao passo que o governo nacional cria as políticas, regulamentos e tipos de financiamento associados. Todos os cidadãos têm acesso a um serviço universal de saúde complementado pelo esquema de benefícios farmacêuticos e recebem, ainda, incentivos para aderir a sistemas de saúde privados.

2.1 Evolução do Sistema de Saúde Português

No início dos anos 70 o Sistema de Saúde Português estava muito fragmentado. Era constituído por um reduzido número de Hospitais do Estado de grande dimensão, uma extensa rede de Misericórdias, postos médicos dos Serviços Médicos Sociais da Previdência, Serviços de Saúde Pública (centros de saúde a partir de 1971), médicos municipais, serviços especializados para a saúde materno-infantil, tuberculose e doenças psiquiátricas, e sector privado especialmente desenvolvido na área do ambulatório.

A capacidade de financiar os serviços públicos de saúde era muito limitada, sendo que a despesa com a saúde em percentagem do PIB era cerca de 2,8% em 1970 (6,8% do PIB em 2007). Os indicadores socioeconómicos e de saúde eram igualmente limitados: taxa de mortalidade infantil de 58,6% (3,4% em 2007), 8.000 médicos (37.904 em 2007, com um pequeno incremento populacional ao longo dos últimos 30 anos), 37% de partos hospitalares (99% em 2007).

Barros (2007) refere que a revolução democrática do 25 de Abril de 1974 e a Constituição de 1976 trouxeram profundas mudanças ao Sistema de Saúde Português. Foi criado o Serviço Nacional de Saúde (SNS) com o intuito de prestar serviços de saúde de forma equitativa e abrangente a todos os cidadãos independentemente da sua condição social ou económica. Ficou igualmente estabelecido que o financiamento da saúde deveria provir do Orçamento Geral do Estado, substituindo o financiamento com base nos fundos sociais.

Contudo, a “crise do petróleo” dos anos 70 e a instabilidade política vivida na altura não favoreceram o arranque do SNS. Apenas com a adesão de Portugal à Comunidade Económica Europeia (agora União Europeia) em 1986 se tornou possível financiar o sector da saúde em Portugal, contribuindo para a sua expansão e aumento da sua eficiência.

O papel do SNS é definido num contexto mais alargado com a Lei de Bases da Saúde de 1990, lembrando a existência e importância do sector social e privado. Esta legislação pretende estimular o sector privado na área da saúde, incluindo a gestão privada de instituições de saúde. O Governo introduziu ainda em 1990 as taxas moderadoras no SNS e em 1993 foram estabelecidas cinco regiões administrativas de saúde (Administrações Regionais de Saúde).

Em 1996 foi decidido que todos os hospitais deveriam adoptar novas formas de gestão, mais flexíveis e autónomas. Foi também criado o Instituto da Qualidade em Saúde, com o objectivo

de promover a qualidade do sector da saúde português e foram levados a cabo programas para reduzir as listas de espera cirúrgica e para introduzir o cartão do utente.

O sistema de saúde actual é descrito como uma rede de serviços prestadores de cuidados de saúde que pertencem aos sectores público, privado e social. Tem-se colocado bastante ênfase na prescrição de medicamentos genéricos e o Governo já anunciou que os novos hospitais a serem construídos nos próximos anos serão Parcerias Público Privadas (PPP) – investimento privado, financiamento público, gestão privada (incluindo serviços clínicos) e propriedade pública.

Actualmente tem-se assistido, por parte do Governo, à condução de fortes políticas de redução da despesa pública no sentido de conseguir alcançar um equilíbrio das contas públicas. Em 2007 o Governo apresentou e pôs em prática uma proposta de reestruturação do SNS que visava a redução das despesas de âmbito ambulatorio, diminuição dos preços dos medicamentos e a redução das taxas de comparticipação do Estado. Neste sentido, têm sido fechadas muitas urgências, centros de atendimento permanente e maternidades de Instituições de Saúde Públicas ao longo de todo o território português. As taxas moderadoras sofreram aumentos de 2,1% na generalidade dos serviços e, de 23% no caso das urgências.

De acordo com o Instituto Nacional de Estatística (INE) o Governo diminuiu o investimento em saúde em percentagem do PIB de 7,3% em 2005, para 7,1% em 2006 e para 6,8% em 2007 (ver Tabela 1). No entanto, a despesa de consumo final das famílias em saúde *per capita* aumentou de 511€ em 2005 para 543€ em 2006, em percentagem do PIB estes valores traduzem-se em 3,6% em 2005 e 3,7% em 2006 (ver Tabela 2).

Tabela 1 - Despesa das Administrações Públicas em Saúde, em Portugal

	Unid.	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Despesa em saúde	10 ⁶ €	9.027	9.512	10.271	10.953	11.046	11.118
Despesa em % do PIB	%	6,7	6,9	7,1	7,3	7,1	6,8

Fonte: INE, 2009

Tabela 2 - Despesa de consumo final das famílias em saúde, em Portugal

	Unid.	2002	2003	2004	2005	2006
Consumo em saúde	10 ⁶ €	4229	4725	5084	5390	5745
Consumo em saúde em % do PIB	%	3,7	3,4	6,5	3,6	3,7
Consumo em saúde <i>per capita</i>	€	108	453	484	511	543

Fonte: INE, 2009

Em 22 Março de 2010 foi publicado no Diário da República o Decreto-Lei 19/2010 que concretizou a criação da SPMS – Serviços Partilhados do Ministério da Saúde, EPE. Esta empresa pública empresarial, referida no Programa de Estabilidade e Crescimento como uma das medidas para reduzir despesa, pretende “centralizar, otimizar e racionalizar a aquisição de bens e serviços e disponibilizar serviços de logística”, bem como prestar serviços financeiros e em matéria de compras, logística e recursos humanos aos serviços do SNS.

A criação e adopção da SPMS visa “a promoção da eficácia e eficiência”, “permitindo não só elevadas poupanças, criação de sinergias e aumento da produtividade, como também ao nível da qualidade e celeridade da informação de gestão produzida”. O secretário de Estado da Saúde, Óscar Gaspar, afirmou que existem estudos que apontam para poupanças que podem ir dos 180 aos 400 milhões de euros, com a adopção da referida central de compras. Acrescenta ainda que “não só vai permitir comprar mais barato como combater o desperdício” (Carriço, 2010).

As fortes políticas contraccionistas levadas a cabo pelo Governo e os espaços que tem deixado vazios com o encerramento de valências nas Instituições de Saúde Públicas tem dado lugar ao investimento em Unidades de Saúde Privadas por parte de grupos económicos interessados em investir neste domínio, como é o caso da Banca.

A União das Misericórdias Portuguesas também tem vindo a colmatar as lacunas da rede pública através da abertura de serviços que o Estado decide fechar num determinado local. Manuel Lemos, secretário-geral da União das Misericórdias de Portugal (UMP), refere que a filosofia destas instituições tem sido, no que diz respeito à posição no sector da Saúde, “ser substitutivos e complementares do Estado” (Mendes et al., 2007).

Como se pode verificar na Tabela 3 os Hospitais Oficiais Públicos e Não Públicos¹ diminuíram de 107 unidades em 2006 para 99 em 2007 e os Hospitais Privados aumentaram de 93 unidades em 2006 para 99 em 2007, sendo 5 Hospitais Privados com fins lucrativos e 1 sem fins lucrativos.

A crescente abertura de Unidades de Saúde Privadas levam a que haja uma grande aposta e desenvolvimento do sector dos seguros, chegando-se mesmo a falar de um ciclo virtuoso, isto é, mais investimentos privados na saúde puxam mais seguros, que puxarão mais investimentos privados na saúde. Na realidade os seguros de saúde já cobrem 2 milhões de portugueses, ou seja 20% da população já tem um seguro de saúde e outros 20% são beneficiários de subsistemas de saúde.

Segundo dados da Associação Portuguesa de Seguradores (APS) os seguros de saúde têm tido um aumento considerável dentro do financiamento privado da saúde. Em 2004 as seguradoras cobriam 8,51% do financiamento privado em saúde, um aumento de cerca de três pontos percentuais, quando comparado com os valores de 2000, em que o seu peso era de 5,32%. Em

¹ Os Hospitais Oficiais são tutelados administrativamente pelo Estado, independentemente da propriedade das instalações. Podem ser: Públicos – tutelados pelo Ministério da Saúde ou Secretarias Regionais de Saúde, cujo acesso é universal; ou Não Públicos que engloba: Hospitais Militares – tutelados pelo Ministério da Defesa Nacional, Hospitais Paramilitares – tutelados pelo Ministério da Administração Interna, Hospitais Prisionais – tutelados pelo Ministério da Justiça.

2006 os custos suportados pelas seguradoras situavam-se nos 250 milhões de euros, sendo que em 2008 esses custos se aproximavam dos 400 milhões de euros.

Tabela 3 - Estabelecimentos de Saúde em Portugal

	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Hospitais	213	204	209	204	200	198
Oficiais	119	114	116	111	107	99
Públicos	108	103	105	100	96	88
Não Públicos	11	11	11	11	11	11
Privados	94	90	93	93	93	99
Com fins lucrativos	42	39	39	39	44	49
Sem fins lucrativos	52	51	54	54	49	50
Centros de Saúde	391	393	376	379	378	377
Farmácias e postos farmacêuticos móveis	2.897	2.986	3.031	3.034	3.035	3.038

Fonte: INE, 2009

De facto, apesar da crise económica e financeira mundial, os hospitais privados facturaram em 2009 cerca de 700 milhões de euros, mais 42,5% relativamente ao ano anterior. Segundo Teófilo Leite, presidente da Associação Portuguesa de Hospitalização Privada (APHP), prevê-se que a facturação atinja os 1.200 milhões de euros nos próximos dois a três anos. Actualmente os hospitais privados têm 3.000 camas e irão atingir as 5.000 com a abertura das 25 novas unidades previstas (OJE/Lusa, 2009).

Actualmente o sector privado é responsável pela realização de mais de 25% das cirurgias em Portugal, ao abrigo do programa SIGIC (Sistema Integrado de Gestão de Inscritos para Cirurgia) criado pelo Governo para reduzir as listas de espera, o que tem contribuído para o aumento da actividade dos Hospitais Privados.

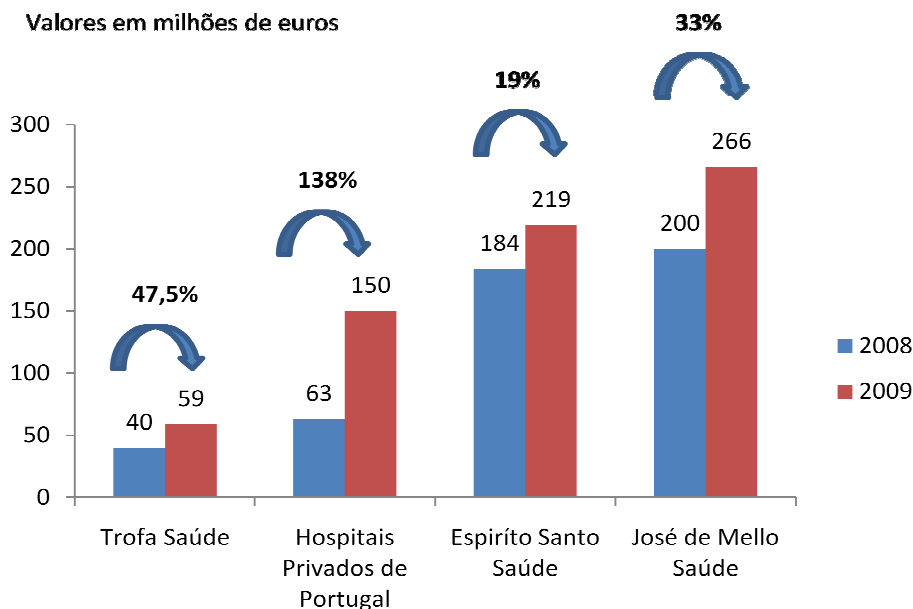
2.2 A Concorrência no Sector Privado

A procura de cuidados de saúde nos Hospitais Privados tem vindo a aumentar e a tendência é que se mantenha. Uma das razões que tem contribuído para este aumento é o maior número de população abrangida por seguros de saúde.

Neste momento existem quatro principais grupos privados que representam 80% do mercado, a saber: José de Mello Saúde, Espírito Santo Saúde (ESS), Hospitais Privados de Portugal (HPP) e Trofa Saúde. A facturação dos Grupos em 2009 foi, respectivamente, 266 milhões de euros, 219 milhões de euros, 150 milhões de euros, 59 milhões de euros (ver Gráfico 1). Os quatro

grupos realizaram, em 2009, cerca de 2,2 milhões de consultas, 595 mil urgências e 72.800 cirurgias, superando a actividade do ano anterior.

Gráfico 1 - Facturação dos principais Grupos de Saúde em 2008/2009



Fonte: Aperta, 2009

O **Grupo José Mello Saúde** foi o primeiro grupo a dedicar-se à prestação de cuidados de saúde privada, com a abertura em 1945 do Hospital Cuf Infante Santo em Lisboa. Actualmente, possui na zona de Lisboa mais um hospital – Hospital Cuf Descobertas – e quatro Unidades de Ambulatório – Clínica Cuf Alvalade, Clínica Cuf Belém, Clínica Cuf Cascais e Clínica Cuf Torres Vedras. É detentor ainda de seis unidades de imagiologia clínica (Dr. Campos Costa) e possui uma Parceria Público-Privada com a gestão do Hospital de Braga. Em 2008 inaugurou o Instituto Cuf de Diagnóstico e Tratamento na cidade do Porto e em Junho de 2010 abriu o Hospital Cuf Porto com capacidade para 150 camas e 8 salas de bloco operatório.

O Grupo Mello, seguindo uma estratégia de internacionalização, apostou na compra de 38% do Grupo Hospitalário Quirón. Este grupo espanhol possui sete unidades em Espanha dispersas pelas cidades de Madrid, Barcelona, Valência, Saragoça, São Sebastião, Bilbao e Málaga.

Com o crescente envelhecimento da população os grupos privados de saúde têm investido muito neste segmento e o Grupo Mello Saúde não é excepção. O Grupo possui um conjunto de soluções residenciais e domiciliárias de assistência a seniores: Residências Assistidas Domus Vida (Domus Vida Junqueira, Domus Vida Parque das Nações e Domus Vida Parede), Cuidados Paliativos Domus Pallium (Domus Pallium Parque das Nações) e Serviços Domiciliários Domus Care (Domus Care Lisboa e Porto).

Em 2009 o Grupo José Mello Saúde tinha capacidade instalada de 1.000 camas e empregava 4.500 colaboradores. Realizou cerca de 665.000 consultas, 22.000 cirurgias e 83.500 diárias de internamento.

O **Grupo Espírito Santo Saúde (ESS)**, foi o segundo grupo privado que mais facturou em 2009, tendo iniciado a sua actividade no sector da saúde em 2000. Este grupo possui uma rede integrada de Unidades Hospitalares, Clínicas Ambulatórias, Hospitais Residenciais, Residências Sénior e uma participação activa no programa de Parcerias Público-Privadas. As unidades do grupo ESS abrangem todo território nacional. Na Zona Norte, conta com o Hospital da Arrábida, que foi recentemente ampliado para o dobro da capacidade, e a Clipóvoa, Hospital Privado da Póvoa do Varzim, cuja oferta é complementada com os centros ambulatórios satélite (Clipóvoa) do Porto, Vila Nova da Cerveira e Amarante. Na região centro o Grupo dispõem de um Hospital Privado em Aveiro (Cliria), de um centro médico em Águeda e de uma clínica em Oiã, que em 2010 será totalmente remodelada e reposicionada em termos de oferta clínica. É na Zona da Grande Lisboa que o Grupo ESS possui as suas unidades mais recentes: Hospital da Luz (Lisboa), abriu em 2007 com 168 camas mas já acusa sinais de sobrelotação, Hospital de Santiago (Setúbal), Irio – Instituto de Radioterapia (Lisboa), Clínica Parque dos Poetas (Oeiras) e o Hospital Residencial do Mar (Loures) que associa os serviços e competências de um hospital a uma infra-estrutura semelhante a uma residência. Em Évora o Grupo gere em parceria com terceiros o Hospital da Misericórdia de Évora, a única unidade privada de saúde com internamento e bloco operatório da região do Alentejo.

O Grupo expandiu a sua oferta de mercado com a abertura de duas residências sénior, que associam um conjunto de serviços e de acompanhamento de saúde, de hotelaria e de lazer: Clube de Repouso Casa dos Leões em Carnaxide e Casas da Cidade – Residências Sénior em Lisboa, junto ao Hospital da Luz. Recentemente foi aprovada a entrega da gestão do Hospital de Loures ao Grupo ESS, no âmbito das Parcerias Público Privadas. O Grupo prevê ainda abertura em 2012 do Hospital da Arrábida Porto, na zona do Foco, complementando assim a sua oferta na Zona Norte do País.

Em 2009 o Grupo ESS empregava 5.000 colaboradores e realizou cerca de 895.000 consultas, das quais 262.000 foram realizadas no Hospital da Luz e 31.500 cirurgias, das quais 10.375 foram realizados no Hospital da Luz.

O **Grupo Hospitais Privados de Portugal (HPP)**, controlado pela Caixa Geral de Depósitos, foi fundado em 1998 e possui actualmente cinco unidades no país: Hospital da Boavista (Porto), Hospital da Misericórdia de Sangalhos, Hospital dos Lusíadas (Lisboa), Hospital de São Gonçalo de Lagos, Hospital de Santa Maria de Faro e o Hospital de Cascais em regime de Parceria Público-Privada.

Em Junho de 2007 os HPP celebraram uma parceria estratégica e cruzamento de participações com o líder do sector Privado de Saúde em Espanha – USP Hospitales. Os HPP ficaram com uma participação de 10% no grupo espanhol e o USP com uma participação de 25% sobre os HPP.

Em 2011, prevê-se a abertura de uma nova unidade em Viseu e em 2012 em Faro. Os HPP possuem actualmente em Portugal uma capacidade instalada de 627 camas e empregam cerca

de 3.545 trabalhadores. Em 2009 realizaram 354.000 consultas, 196.600 urgências, 12.965 cirurgias e 74.904 diárias de internamento.

O **Grupo Trofa Saúde** teve origem na Casa de Saúde da Trofa S.A. criada em 1989. Actualmente o Grupo conta com 3 Hospitais: Hospital Privado da Trofa, Hospital Privado da Boa Nova (Perafita – Matosinhos) e Hospital Particular de Lisboa, adquirido em Dezembro de 2007. Possui ainda quatro clínicas satélite na Zona Norte: Clínica Nossa Senhora das Dores (Trofa), Clínica da Maia, Clínica de Paços de Ferreira e Hospital de Dia de Vila Nova de Famalicão, aberto em Março 2009. Recentemente abriu mais uma clínica na Zona de Lisboa – Clínica Particular de Lisboa. O Grupo tem ainda uma unidade especializada em radiologia no Porto – Instituto de Radiologia Dr. Pinto Leite e uma unidade vocacionada para o tratamento de sinistrados de seguradoras – Planicare Porto e Lisboa.

Como os demais grupos privados, o Grupo Trofa Saúde também apostou em unidades vocacionadas para os cuidados geriátricos, através da aquisição de 60% da Trofa Sénior Residências em parceria com o Sindicato Bancário do Norte.

Em 2010 abrirão portas o Hospital Privado de Braga e o Hospital Internacional do Algarve, na cidade de Albufeira. Em 2011 prevê-se a abertura do Hospital Privado de Alfena e em 2012 o Hospital Privado de Vila Nova de Gaia.

No ano de 2009, o Grupo possuía 215 camas no total das suas Unidades, realizou cerca de 6.300 cirurgias, 29.100 diárias de internamento, 222.200 consultas e 69.700 urgências.

De forma a complementar a análise dos principais grupos privados foi efectuada uma análise comparativa dos vários grupos hospitalares de acordo com diversas variáveis referentes ao ano de 2009, que pode ser consultada na Tabela 4.

Tabela 4 - Comparação Grupos Privados de Saúde

Ano 2009	Grupo Mello	Espírito Santo Saúde	Hospitais Privados de Portugal	Trofa Saúde
Facturação	266 Milhões €	219 Milhões €	144 Milhões €	59 Milhões €
Crescimento de facturação face a 2008	30%	19%	130%	47,5%
Nº Unidades	15	17	5	10
Nº consultas	665.000	895.000	354.000	222.200
Nº urgências	435.000		196.600	69.700
Nº cirurgias	22.000	31.500	12.965	6.300
Diárias de internamento	83.500	n.a.	74.904	29.100
Nº camas	1.000	n.a.	627	215
Nº colaboradores	4.500	5.000	3.545	2.039

Fonte: Elaboração própria

3. Revisão da Literatura

3.1 Os conceitos de Logística e Gestão da Cadeia de Abastecimento

O conceito de logística tem origens militares, tendo sido utilizado pela primeira vez nas guerras Napoleónicas. Durante as Grandes Guerras era necessário planejar rotas tendo em conta factores como uma fonte de água potável próxima, transporte, armazenagem e distribuição de equipamentos e mantimentos. Nos anos 50, as empresas começaram a utilizar estes conhecimentos para satisfazer os seus clientes, contribuindo assim para o aumento das trocas comerciais entre regiões geográficas dispersas. De acordo com Ballou (2004) à medida que os sistemas logísticos foram sendo aperfeiçoados as regiões/países especializaram-se na produção de determinados produtos, vendendo o excedente e comprando os produtos de escassa ou inexistente produção local.

A logística é então o conjunto do planeamento, operação e controlo do fluxo de materiais, mercadorias, serviços e informações da empresa, que ao integrar e racionalizar as funções sistémicas desde a produção até à entrega, asseguram vantagens competitivas na cadeia de abastecimento e a consequente satisfação dos clientes.

De uma forma mais simples pode-se definir a logística, e por conseguinte a gestão logística, como a gestão de um conjunto de actividades que permitem fazer chegar o produto/serviço certo, na quantidade certa, no local certo, no tempo certo e ao mínimo custo.

Por seu lado, o conceito de cadeia de abastecimento (SCM – *Supply Chain Management*) é relativamente recente, tendo aparecido pela primeira vez na literatura de gestão em meados da década de 1980. Este conceito é mais amplo que o de gestão logística, pois para além de englobar as componentes da gestão logística, inclui as compras, o abastecimento das empresas e a qualificação e gestão dos seus fornecedores.

O CSCMP – *Council of Supply Chain Management Professionals* apresenta definições distintas destes dois conceitos. A gestão logística é “... a parte da cadeia de abastecimento que planeia, implementa e controla de forma eficiente e eficaz o fluxo directo, inverso e armazenamento de bens, serviços e informação relacionada, entre o ponto de origem e ponto de consumo, de forma a responder aos requisitos do cliente”, enquanto “a gestão da cadeia de abastecimento abrange o planeamento e gestão de todas as actividades envolvidas no *sourcing* e *procurement*, assim como todas as actividades de gestão logística. Relevantemente também inclui a coordenação e colaboração com os parceiros do canal, que podem ser fornecedores, intermediários, operadores logísticos, e clientes. Em suma, a gestão da cadeia de abastecimento integra a gestão da procura e oferta dentro e através das empresas.”

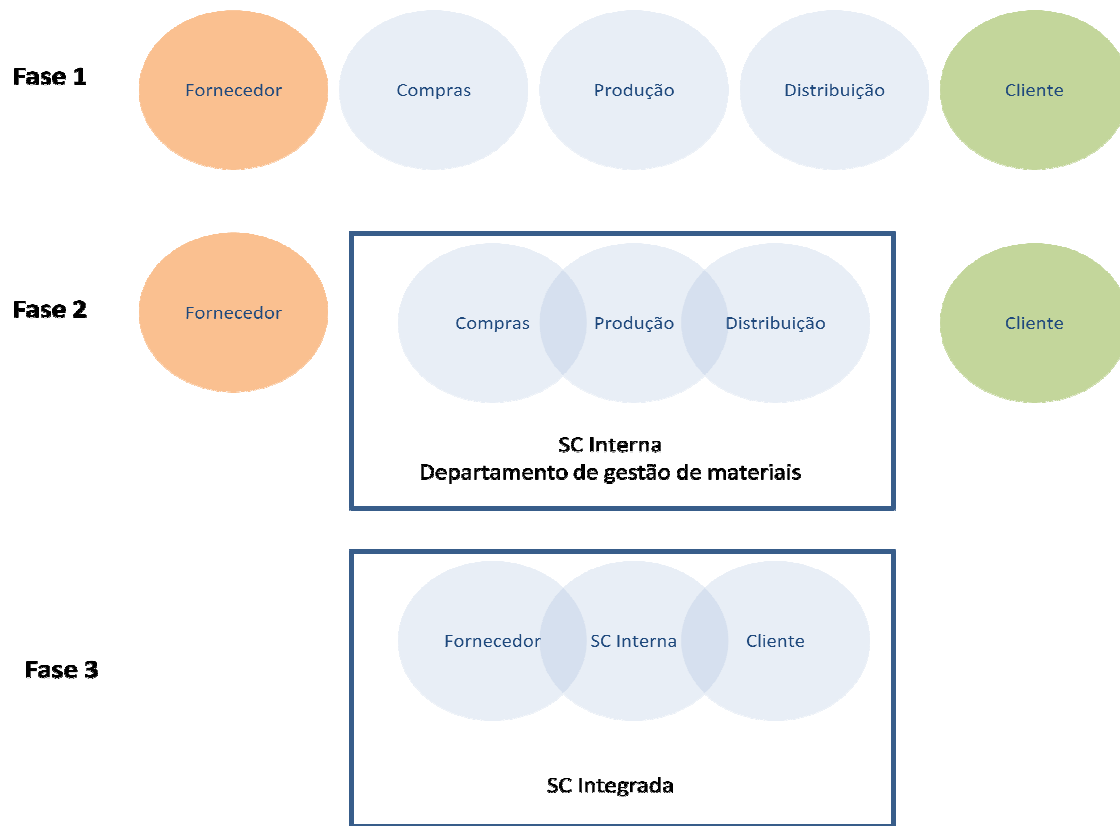
Mentzer et al. (2001), definem SCM como a coordenação estratégica sistemática das tradicionais funções de negócios e das táticas ao longo dessas funções no âmbito de uma determinada empresa e ao longo dos negócios no âmbito da cadeia de abastecimento, com o objectivo de aperfeiçoar o desempenho a longo prazo das empresas isoladamente e da cadeia de abastecimento como um todo.

Krajewski et al. (1999) realçam a importância estratégica da SCM para o alcance de vantagens competitivas. Segundo os autores a SCM envolve “a coordenação de funções chave de uma empresa, como o marketing, financeiro, engenharia, sistemas de informação, operações e logística”. A sincronização destas funções com as dos seus fornecedores deve ser feita de forma a corresponder o fluxo de materiais, serviços e informação à procura dos clientes.

Estes autores defendem ainda que para a SCM ter sucesso deve existir um elevado nível de integração funcional e organizacional. Normalmente, para uma empresa atingir esse nível de integração deve passar por 3 etapas (Figura 1):

1. *Primeira fase – Entidades da cadeia de abastecimento independentes*: os fornecedores e os clientes são consideradas entidades independentes da empresa, com os quais é mantida uma relação formal e existe uma reduzida troca de informação. Internamente, as actividades de compra, controlo da produção e distribuição agem de forma independente, tentando otimizar as suas próprias actividades, sem considerar as actividades dos outros. Cada entidade externa e interna da cadeia de abastecimento é responsável pelo controlo do seu inventário, originando variadas ineficiências de fluxo de matérias e serviços, bem como duplicação de stocks.
2. *Segunda fase – Integração interna*: a empresa inicia um processo de integração interna, combinando a compra, o controlo da produção e a distribuição num único departamento de gestão de materiais. Nesta fase a empresa utiliza a mesma informação e sistema de controlo de materiais para a distribuição, compra, marketing, financeiro, contabilidade e operações. Contudo, a empresa continua a considerar os seus fornecedores e clientes entidades independentes, sendo a sua preocupação de ordem tática e não estratégica.
3. *Terceira fase – Integração da cadeia de abastecimento*: a cadeia de abastecimento interna é alargada à componente externa da empresa, isto é, aos seus fornecedores e clientes, transformando-se numa cadeia de abastecimento integrada. A empresa passa a focar-se no cliente ao invés de se focar no produto ou serviço. A empresa deve tentar perceber o cliente, de forma a prestar-lhe um serviço/produto que vá de encontro às suas expectativas e deve tentar entender os seus fornecedores, a sua organização, capacidade, pontos fortes e fracos, estabelecendo com eles relações de parceria.

Figura 1 - Desenvolvimento de uma SCM Integrada



Fonte: Krajewski et al., 1999

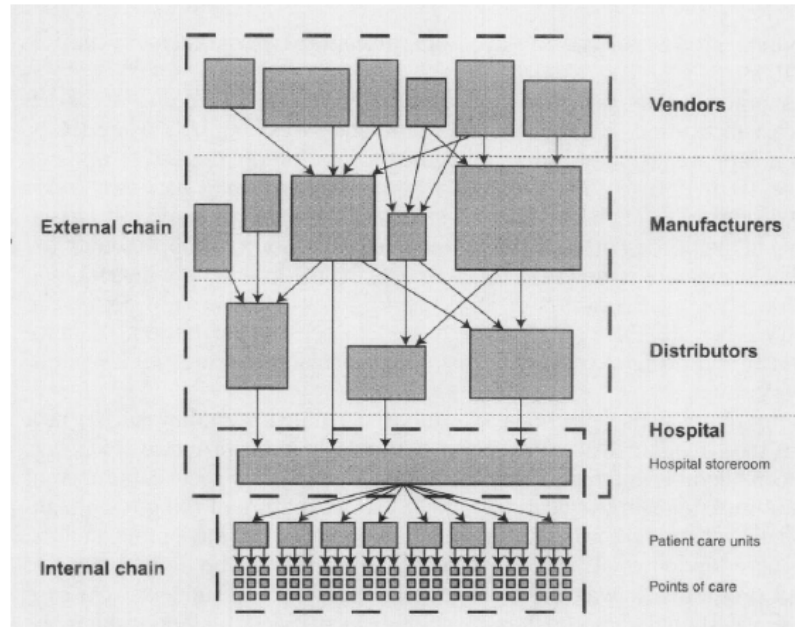
3.2 Logística Hospitalar

3.2.1 Especificidades da Logística Hospitalar

A SC Hospitalar é bastante complexa: os fluxos de materiais incluem produtos de alto e baixo custo, perecíveis e de longa duração, delicados ou mais resistentes, que são consumidos em larga ou pequena escala. A Figura 2 exemplifica uma SC Hospitalar típica proposta por Rivard-Royer et al. (2002). Esta SC é composta por vendedores/produtores que desenvolvem, criam e/ou fornecem o produto. O produto pode ser entregue directamente nos Hospitais, ou então são entregues aos distribuidores que distribuem e transportam para as Unidades de Saúde. Os Hospitais disponibilizam o produto/serviço ao consumidor final, que pode ser um prestador de cuidados de saúde ou um paciente. As Unidades Hospitalares constituem elas próprias uma rede complexa de distribuição, composta tipicamente por um elevado número de

arrecações que fornecem, cada uma, dezenas de pontos de consumo de dispositivos médicos (Rivard-Royer et al., 2002).

Figura 2 - SC Hospitalar Típica



Fonte: Rivard-Royer et al., 2002

Um Hospital é abastecido por diversas empresas que fornecem material completamente distinto: consumíveis médicos, fármacos, equipamentos, *catering*, lavanderia, recolha de lixo contaminado e normal, limpeza, produtos de higiene pessoal, sistemas de informação, entre outros. O sector da saúde é diferente dos restantes na medida em que os produtores exercem pouca influência sobre o consumidor final (seja ele o paciente ou o prestador de cuidados de saúde). De acordo com Gattorna (1998) esta situação gerou um ambiente complexo e fragmentado em toda a indústria da saúde. A comunicação entre os vários elementos da SC é bastante limitada, resumindo-se apenas a relações transaccionais, existindo assim pouca cooperação e acordos de parceria.

A SC Hospitalar é ainda caracterizada por níveis de stock elevados, descontinuidade no fornecimento de produtos, rupturas frequentes, métodos de gestão de stocks pouco eficientes e assentes em processos manuais, pouca rastreabilidade dos produtos, tecnologias inconsistentes, gestão baseada em papel e falta de confiança e vontade em estabelecer parcerias. Relativamente à estrutura organizacional de um Hospital típico caracteriza-se pela inexistência de um único responsável por toda a logística hospitalar, sendo várias as classes que intervêm nos processos logísticos: aprovisionamento, armazenagem, farmácia, distribuição, serviços clínicos. Esta estrutura burocrática e descentralizada é propícia à desresponsabilização e limita a capacidade de motivação e medição de desempenho.

Witson (1997) defende que muitos hospitais se focam na redução dos custos de aquisição em vez de se focarem na redução dos custos de entrega. Segundo o autor os custos de entrega “... são mais representativos do verdadeiro custo dos produtos, uma vez que incluem os custos de transacção, armazenagem, manuseamento, transporte e financiamento. (...) Estima-se que a cada dólar gasto na aquisição de um bem deve ser acrescido um valor de \$0.70 a \$1 resultante dos gastos logísticos inerentes à entrega do produto ao consumidor final”. Estudos recentes referem que um hospital pode reduzir as suas despesas como um todo em cerca de 2% através da melhoria dos seus processos de inventário e distribuição, e este valor representa uma percentagem dos custos totais, e não apenas de custos com a aquisição de materiais (Scheneller et al., 2006).

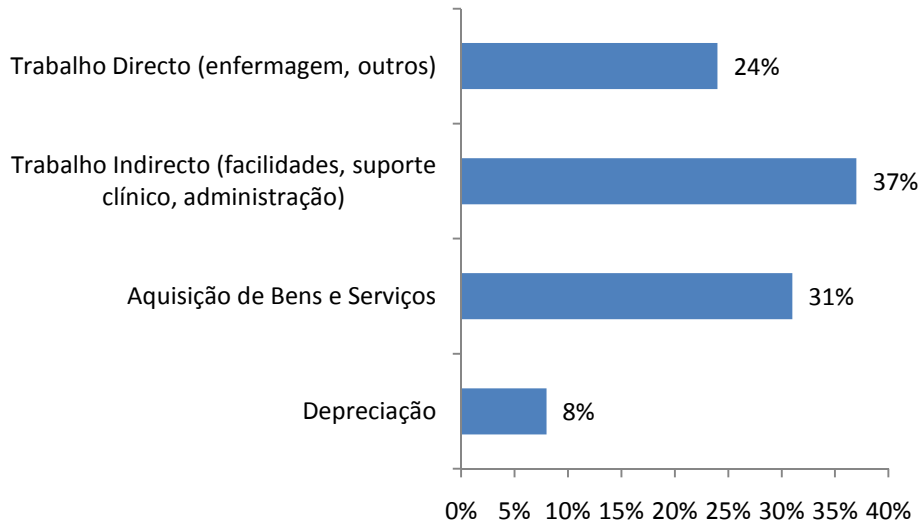
3.2.2 O Novo Paradigma da Logística Hospitalar

O sector da saúde tem sofrido pressões para uma crescente alteração do seu paradigma: aumento dos custos, soluções tecnológicas e de negócios novas, diferentes formas de prestar cuidados de saúde, maior concorrência. Todas estas pressões têm contribuído para que a indústria da saúde se torne mais focada no cliente, mais baseada em tecnologia e mais eficiente. A melhoria e aumento de eficiência das Instituições de Saúde só tem sido possível através da adopção das melhores práticas de gestão já testadas nos sectores mais desenvolvidos (indústria automóvel, retalho, entre outros). De facto, muitos têm sido os ensinamentos transportados dos vários sectores de actividade para a área da saúde, nomeadamente, no que respeita à gestão de recursos, investimento em tecnologia, negociação, redução de custos, modelos logísticos eficientes. Contudo, o sector da saúde tem ainda um longo caminho a percorrer, estando a sua evolução muito dependente do grau do envolvimento do Governo de cada país no sistema de saúde. Trata-se de uma actividade fortemente regulamentada pelo Governo de cada país, o qual desempenha um papel muito importante no sector – regulador, aprovisionador, pagador, empregador.

Como já foi referido anteriormente, muitas têm sido as pressões para a redução dos gastos com a saúde. As duas grandes componentes das despesas com a saúde são os salários e a aquisição de produtos farmacêuticos, materiais de consumo clínico, imobilizado e serviços. De facto, segundo Schneller et al. (2006) os custos de aquisição de bens e serviços externos (ex: catering, lavandaria, limpeza, entre outros) constituem a segunda rubrica com maior peso nas despesas hospitalares, sendo a primeira os custos com trabalho indirecto (ver Gráfico 2). Esta realidade varia de Instituição para Instituição, Carvalho et al. (2009) chegam mesmo a afirmar que “a componente de fármacos, consumíveis, fornecimentos e serviços externos e compras para imobilizado andarão em segundo lugar, e muitas vezes em primeiro, na hierarquia das despesas das unidades hospitalares”, fazendo igualmente parte desta repartição as unidades hospitalares de carácter privado. Isto significa que as Instituições de Saúde devem levar a cabo uma política de gestão profissional e apostar na melhoria e optimização das suas soluções logísticas. Este investimento já tem sido levado a cabo por vários países. São exemplos desta crescente preocupação a criação de centrais de compras/negociação de artigos hospitalares,

nos EUA as *Alliances and GPOs – Group Purchasing Organisations* e no Reino Unido a *NHS Supplies – Nacional Health Service Supplies Authority*.

Gráfico 2 - Despesas Hospitalares Operacionais



Fonte: Schneller et al., 2006

Em Portugal, O SNS apresenta uma situação financeira cada vez mais frágil: em 2009 as despesas do SNS aumentaram 469 milhões de euros, isto é, mais 5,5% face ao ano de 2008 e de acordo com a proposta do Orçamento de Estado este valor deverá crescer cerca de 10,1% em 2010. Em 2009 a despesa total foi de 8,9 mil milhões de euros, dos quais 1,58 mil milhões dizem respeito a encargos com produtos farmacêuticos.

Também o sector privado da saúde em Portugal tem sofrido pressões para reduzir custos. A concorrência é cada vez mais elevada, são elaborados acordos de preços fechados com as seguradoras e é necessário ser competitivo para concorrer ao SIGIC (Sistema Integrado de Gestão de Inscritos para Cirurgia) lançado pelo Governo. Todos estes factores têm contribuído para que o sector da saúde em geral se preocupe mais com a gestão da sua cadeia de abastecimento e optimização do modelo logístico como um todo.

São exemplos desta crescente preocupação a criação da já referida SPMS – Serviços Partilhados do Ministério da Saúde, EPE, e o desenvolvimento de projectos de consultoria de optimização de processos logísticos, como é o caso do Hospital de Santa Maria, Hospital do Espírito Santo de Évora e Hospital do Barreiro que automatizaram os processos de gestão dos armazéns periféricos dos Serviços Utilizadores (SU) e Armazém Central. A implementação desta nova solução permitiu a redução de stocks, de consumos e recursos humanos e a actualização constante da informação sobre o inventário existente. Também o Centro Hospitalar do Porto levou a cabo um projecto denominado *Hospital Logistics System* (HLS) que teve como principal objectivo a eliminação do desperdício nos processos operacionais e

logísticos através da adopção de metodologias *Kaizen Lean*. A aplicação destas metodologias permitiu o aumento da satisfação dos profissionais de saúde, que passaram a dedicar inteiramente o seu tempo ao paciente, redução de stocks, reorganização dos serviços e simplificação dos processos.

Gattorna (1998) defende que os modelos actuais de funcionamento da SC desaparecerão nos próximos 10 anos e identifica uma série de tendências:

- Novos formatos de prestação de cuidados de saúde (cuidados ambulatoriais, cuidados em casa) apontam para a redução das necessidades de camas e para hospitais mais pequenos em articulação com serviços locais.
- Utilização do EDI e *Internet Based Logistics*
- Distribuidores/armazenistas tenderão a expandir o seu papel de simples fornecedor para um integrador da SC.
- A SC será caracterizada por participantes ligados electronicamente: os hospitais, serviços de saúde, consultórios médicos não deterão stocks. Estes serão colocados nos serviços utilizadores à consignação pelo distribuidor/produtor e geridos por VMI (*Vendor Managed Inventory*). Quando os produtos forem utilizados num utente, o seu código de barras será lido e essa informação será transmitida ao distribuído/produtor que terá de repor o stock e ao pagador do serviço de saúde (governo, seguro, ...).
- O papel das farmácias mudará significativamente, estas poderão continuar a fornecer os produtos de auto-medicação, mas a sua função poderá ser substituída por um retalhista de produtos de consumo: o médico coloca a receita directamente no computador, que será validada de acordo com o sistema que o utente possua. A receita será passada automaticamente ao departamento de entregas directas ao cliente do produtor ou distribuidor. Os medicamentos prescritos serão enviados directamente ao utente durante a noite, na pior das hipóteses. As reposições serão enviadas directamente ao utente quando necessário ou requisitado.
- Os distribuidores terão um papel importante de valor acrescentado através da criação de produtos prontos a consumir: preparação de kits para intervenções cirúrgicas, responsabilidade para movimentar o produto ao longo da SC, controlo e passagem da informação de consumos aos produtores, permitindo melhorias de planeamento e previsão e contribuindo para a redução de eventuais rupturas de stock.

3.3 Outsourcing Logístico

3.3.1 Enquadramento

Hitt et al. (2005) definem estratégia como um “conjunto integrado e coordenado de compromissos e acções definido para explorar competências centrais e obter vantagem competitiva”. De facto, é através da formulação da estratégia que as empresas definem os

objectivos que pretendem alcançar a longo prazo, a forma como os vão atingir e que recursos vão afectar.

Contudo, segundo Prahalad e Hamel (1994) os gestores dispensam pouco tempo a formular estratégias futuras (cerca de 2,4% do seu tempo). Os mesmos autores defendem que para desenvolver um ponto de vista consciente sobre o futuro, um gestor deveria gastar 20 a 50% do seu tempo, durante um período de vários meses. Depois deveria continuar a rever e ajustar o seu ponto de vista de acordo com a evolução do futuro. Os autores defendem uma estratégia de visão em que as empresas devem desaprender o seu passado antes de procurarem o futuro e reconhecer que uma posição confortável no mercado não é suficiente.

Porter (1987) distingue dois tipos de estratégia: corporativa (que abrange toda a empresa) e de negócio (ou competitiva). A estratégia corporativa trata duas questões distintas: em que negócios a empresa deve competir e como a sede corporativa deve gerir o conjunto de unidades de negócio, de forma a que a empresa como um todo crie mais valor do que a soma dos diferentes negócios separadamente. Constituem exemplos de estratégias corporativas a diversificação, internacionalização, estratégia colaborativa, integração vertical, outsourcing estratégico, entre outros. A estratégia de negócio define a forma como a empresa pode desenvolver uma vantagem competitiva em cada uma das áreas de negócio em que actua. Este tipo de estratégia requer a compreensão das necessidades dos clientes e do modo como vão ser satisfeitas pela empresa, de forma diferente da concorrência.

Existem autores que distinguem mais um tipo de estratégia – estratégia funcional – que diz respeito à definição e implementação de estratégias em cada área funcional, como o marketing, finanças, recursos humanos, com o intuito de levar a cabo a estratégia de negócio e a estratégia corporativa.

No que se refere à área da saúde são muitas as decisões e estratégias que os gestores têm de delinear: oferecer o serviço X ou não, recrutar mais colaboradores dependentes ou não, investir num determinado equipamento ou não, centralizar ou descentralizar, internalizar ou externalizar.

3.3.2 Conceito e principais motivações

O outsourcing consiste na contratação a uma entidade externa de uma função ou área de apoio ao negócio (Moura, 2006), com o intuito da empresa se concentrar nas suas competências centrais, oferecendo assim uma proposta de valor única aos seus clientes. Normalmente as empresas fazem outsourcing de actividades não estratégicas: que não são críticas para a criação de valor, que a empresa não desempenha particularmente bem ou que a empresa consegue obter no mercado a menor custo.

Intimamente ligado ao conceito de outsourcing existe o conceito de competências centrais introduzido na literatura por Prahalad e Hamel no início dos anos 90. Os autores definem as competências centrais de uma empresa como um pequeno conjunto de recursos estratégicos que servem de base ao desenvolvimento de vantagens competitivas de uma empresa, isto é,

aquelas actividades que uma empresa executa particularmente bem em comparação com os concorrentes e que lhe permite oferecer ao cliente um bem/serviço de valor único. As competências centrais são únicas e diferenciadoras face à concorrência e difíceis de imitar (Prahalad e Hamel, 1990). Para uma empresa gerar lucro através das suas competências centrais deve conseguir sustentá-las e inovar continuamente, pois aquilo que são competências centrais nos dias de hoje podem deixar de o ser amanhã quando os concorrentes conseguirem imitar. Prahalad e Hamel (1994) exemplificam este facto com empresas de automóveis Japonesas. Nos anos 70 e 80 a qualidade dos carros fabricados pelas empresas japonesas, medida pelo nº de defeitos por veículo, constituía uma verdadeira competência central, pois era um elemento muito valorizado pelos clientes. Na década de 90 os produtores de carros do ocidente conseguiram inovar e produzir carros com a mesma qualidade que os Japoneses. O nº de defeitos por veículo deixou de ser uma competência central e passou a ser um pré-requisito para qualquer carro.

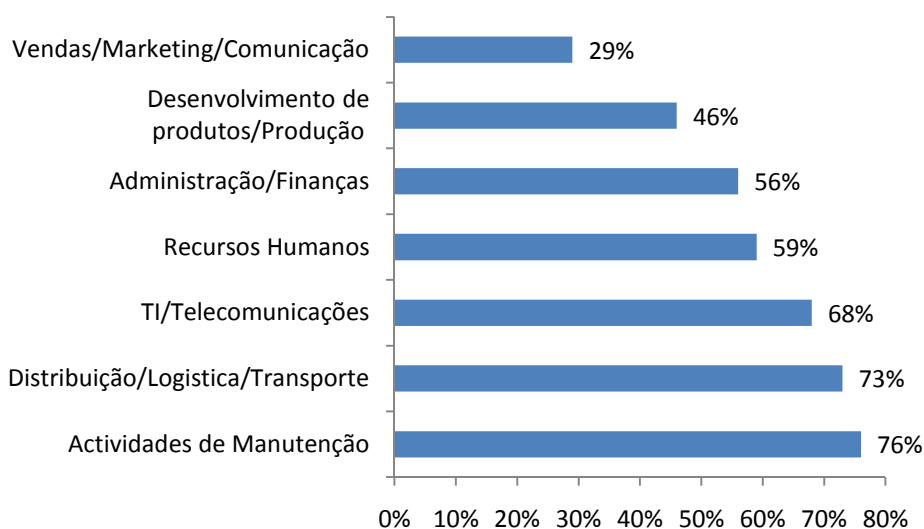
Neste sentido as empresas recorrem ao outsourcing para se concentrarem nas suas competências centrais através da subcontratação de actividades não estratégicas. Desta forma aumentam a sua flexibilidade, reduzem os seus riscos e os seus investimentos em capital e aumentam a qualidade das actividades externalizadas (Hitt et al., 2005). Inicialmente, as empresas começaram a fazer outsourcing de actividades de apoio como serviços de segurança, limpeza e alimentação. Mais recentemente, o âmbito do outsourcing alargou substancialmente, passando a englobar a generalidade das actividades, mesmo as mais exigentes, como as relativas à gestão da informação, à logística e outras.

Heizer et al. (2006) destacam exemplos de outsourcing: a externalização de serviços de *call center* das empresas francesas a empresas angolanas e das empresas americanas e inglesas à Índia. A Procter & Gamble externaliza os seus serviços financeiros e de contabilidade às Filipinas. A empresa americana Electronic Data Systems (EDS) fornece serviços de tecnologias de informação a empresas como a Delphi Automotive e a Nextel. O trabalho de montagem de computadores da IBM é realizado por uma empresa especialista na montagem electrónica – Solectron. A produção dos carros Chrysler Crossfire, Audi A4 convertível e Mercedes CLK convertível é feita na empresa Wilhelm Karmann na Alemanha. A UPS é responsável pela armazenagem e expedição das sapatilhas Nike.

De facto, existe um grande número de empresas que recorre ao outsourcing logístico e o seu sucesso depende muito da sua capacidade para controlar toda a sua cadeia de valor, dentro e fora da organização. A decisão de contratar um prestador de serviços logísticos é normalmente difícil de tomar, pois nem sempre é inevitável. As empresas podem investir em veículos, armazéns próprios e outros meios para assegurar a gestão das actividades logísticas internamente.

No entanto, a contratação de serviços logísticos encontra-se em franca expansão, como se pode verificar no Gráfico 3 pelo segundo lugar que ocupa nas funções mais externalizadas pelas empresas, e um dos factores que afecta a decisão de outsourcing é o reconhecimento da falta de recursos e/ou conhecimento internos. Para além disso, a contratação de um operador logístico pode significar a redução de custos, a entrada em novos mercados e a prestação de um serviço mais efectivo e de melhor qualidade.

Gráfico 3 - Funções externalizadas pelas empresas



Fonte: Muller et al., 2008

Norek et al. (2001) consideram que os operadores logísticos podem proporcionar ao cliente um maior conhecimento sobre os seus custos, uma vez que fornecem ao cliente uma factura detalhada de todos os custos por unidade transaccionada. Os mesmos autores aplicaram um inquérito a 24 empresas líderes do sector do retalho de forma a averiguar quais as razões que levaram a gestão a externalizar as operações logísticas (ver Tabela 5). A redução de custos foi a principal razão apontada (57,7%), seguindo-se o aumento de flexibilidade e redução do risco (26,9%) em segundo lugar e a falta de capacidade e espaço (13,5%) em terceiro.

Tabela 5 - Razões para utilizar Operadores Logísticos

Razões para utilizar Operadores Logísticos	Percentagem total de respostas
Custos de operação mais baixos do que realizados internamente	57,7%
Flexibilidade/Redução de riscos	26,9%
Falta de capacidade/espaço	13,5%
Competência não central/Maior experiência do operador	11,5%
Redução dos custos com pessoal	9,6%
Redução do investimento em instalações e equipamento	9,6%

Fonte: Norek et al., 2001

Langley Jr. e a empresa Capgemini (2009) num estudo sobre operadores logísticos, aplicaram um questionário a empresas que não recorriam a outsourcing, de forma a averiguar quais os motivos. Assim, as principais razões apontadas para não recorrer a outsourcing, conforme se pode verificar na Tabela 6, foram as seguintes: a expectativa de redução de custos poderá não ser alcançada (32%), a logística é uma competência central (27%), diminuição do controlo sobre as funções externalizadas (25%), a logística é demasiado importante para subcontratar (25%), os compromissos sobre os níveis de serviço prestado poderão não ser atingidos (23%), e por fim as empresas consideram ter mais conhecimentos que o operador logístico (17%).

Tabela 6 - Razões para não contratar Operadores Logísticos

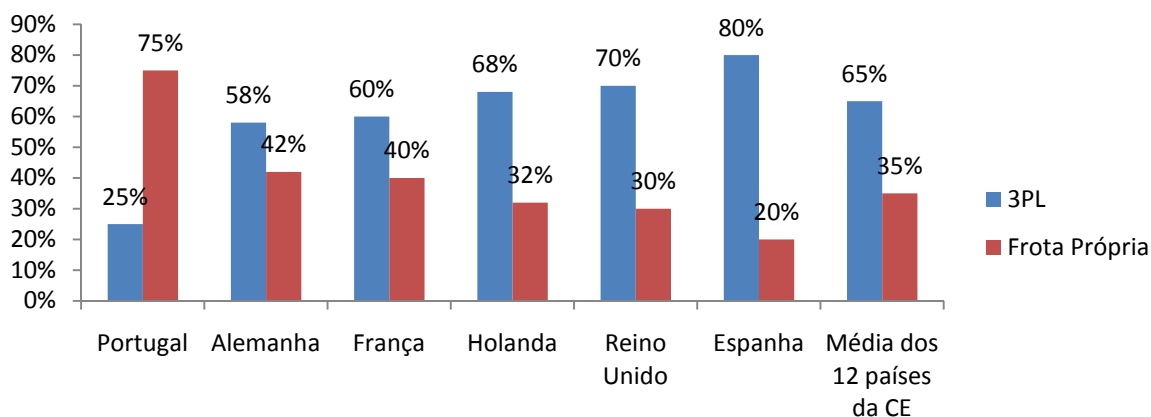
Razões para não contratar serviços logísticos	Percentagem total de respostas
Os custos podem não ser reduzidos	32%
A logística é uma competência central	27%
O controlo pode diminuir	25%
A logística é demasiado importante para subcontratar	25%
Os níveis de serviço podem não ser atingidos	23%
Nós temos mais conhecimentos	17%

Fonte: elaboração própria a partir de Langley Jr. et al. (2009)

Actualmente, os fornecedores de serviços logísticos para além das actividades tradicionais (transporte, armazenagem e gestão de stocks) também oferecem outras de valor acrescentado como a (re)embalagem, etiquetagem, *picking* e expedição, *cross-docking*, gestão de informação, entre outras. Segundo Moura (2006) “no início da década de 80 a contratação de serviços logísticos representava menos de 10% dos custos logísticos totais, este montante ronda, actualmente, 30% nos países mais desenvolvidos”.

Em 1991, de acordo com estatísticas da Eurostat, em Portugal apenas cerca de 25% do transporte era realizado por operadores logísticos, contra os cerca de 65% da média da Comunidade Europeia (Gráfico 4). O mercado português evidenciava nesta altura o maior índice de frota própria (cerca de 75%), o que significava que as empresas preferiam deter e gerir o seu próprio parque de veículos. Já em Espanha apenas 20% da frota era detida pelas próprias empresas, pertencendo a restante a prestadores de serviços logísticos. Este fenómeno português é explicado, segundo O’Laughlin et al. (1993), pelo facto de as normas sobre o licenciamento permanecerem inalteradas desde 1945, e devido ao apertado controlo sobre a capacidade transportada permitida.

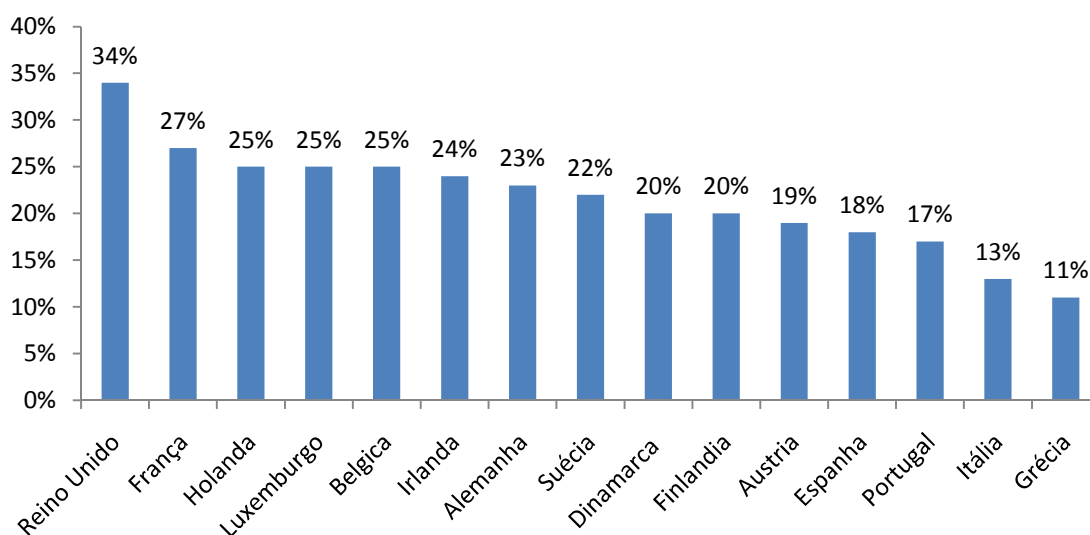
Gráfico 4 - Quota de Mercado dos Transportes - 3PL vs. Frota Própria



Fonte: Eurostat in O’Laughlin et al., 1993

De acordo com um estudo do Marketline International citado em Waters (1999), o mercado dos operadores logísticos da União Europeia, em 1997, movimentava cerca 32 biliões de dólares americanos, isto é, um quarto dos custos com operações logísticas dizia respeito a encargos com outsourcing. No entanto, existiam diferenças consideráveis entre os vários membros da UE, como se pode constatar no Gráfico 5. No Reino Unido cerca de 34% dos custos logísticos diziam respeito a outsourcing, já em Portugal esse valor era de apenas 17%.

Gráfico 5 - Despesa Logística em Outsourcing (1996)



Fonte: Waters, 1999

3.3.3 Evolução dos Prestadores de Serviços Logísticos

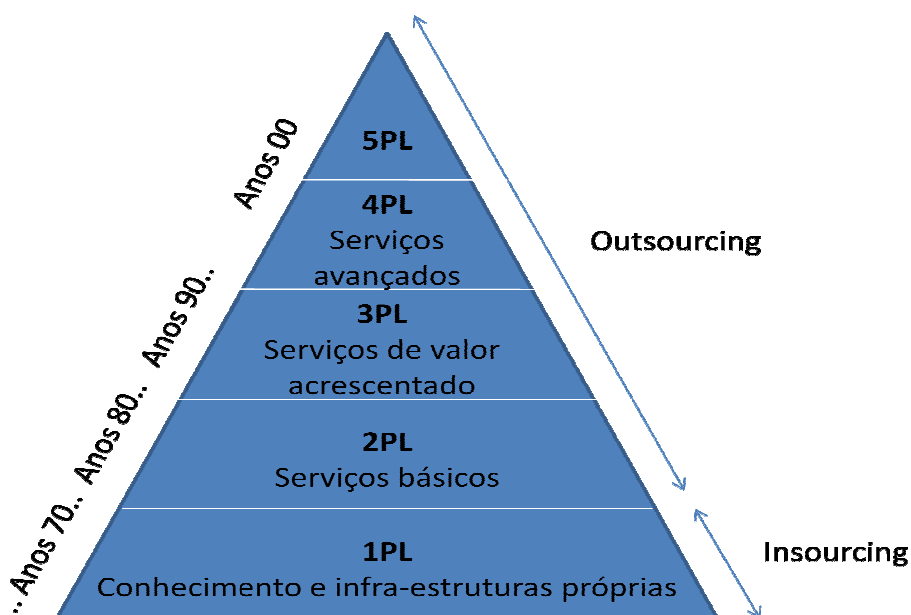
A crescente pressão para a redução de custos e os sistemas logísticos cada vez mais complexos contribuíram para um aumento da contratação externa de actividades logísticas. O conceito de prestador de serviços logísticos (PSL) pode abranger todo o tipo de actividades ou em definições mais específicas diz respeito a uma empresa que desempenhe apenas parte das actividades logísticas de uma empresa cliente.

Carvalho e al. (2006) definem um prestador de serviços logísticos como “um especialista na área, que desenvolve um trabalho profissional e tem como função agregar valor ao produto ou serviço durante as várias fases da cadeia de abastecimento, designadamente controlo de stocks, armazenagem, transporte e serviço pós venda.”. Deve ainda “ser capaz de atender as necessidades logísticas dos clientes, de forma personalizada e com o objectivo estratégico de conseguir maior amplitude de mercado, melhor serviço e flexibilidade, tudo isto ao mais baixo custo possível.”.

Na literatura especializada pode-se encontrar diversas denominações para as empresas prestadoras de serviços logísticos, nomeadamente: Operadores Logísticos (*Logistics Operators*), Empresas de Logística Contratada (*Contract Logistics Companies*), Fornecedores de Logística Integrada (*Integrated Logistics Providers*), Fornecedores de Serviços Logísticos Terciarizados (*Third Party Logistics*). Ao longo da presente dissertação será utilizado o termo Prestadores de Serviços Logísticos na sua acepção mais abrangente, isto é, englobando os *Second Party Logistics* (2PL), *Third Party Logistics* (3PL), *Fourth Party Logistics* (4PL) e *Fifth Party Logistics* (5PL).

A Figura 3 sintetiza a evolução do Outsourcing Logístico.

Figura 3 - Evolução do Outsourcing Logístico



Fonte: Moura, 2006

Até à década de 70, as actividades logísticas eram desempenhadas com os recursos internos das organizações, o que se designa por *First Party Logistics* (1PL) ou *Insourcing Logistics* ou Logística *in-house*. Neste sentido, a generalidade das empresas dispunham dos conhecimentos e das infra-estruturas necessárias à realização das suas actividades, nomeadamente, frota própria, armazéns, equipamento e, entre outros recursos, pessoal para processar as funções logísticas. Moura (2006) defende que esta forma tradicional de logística pode ser bastante eficiente e eficaz se a empresa se mantiver atenta às flutuações do mercado e se pretender tratar internamente todas as actividades.

Com a crescente pressão para a diminuição de custos, as empresas começaram, nos anos 80, a recorrer ao outsourcing logístico de actividades como o transporte e armazenagem – *Second Party Logistics* (2PL). As empresas especializadas em transporte começaram a surgir oferecendo uma ampla gama de serviços, como a disponibilização de vários tipos de meios de transporte e tecnologia relacionada. A sua proposição de valor baseava-se na especialização, eficiência e economias de escala, proporcionando serviços de transporte partilhados para vários expedidores a um baixo custo. Também um elevado número de empresas passou a fornecer serviços de armazenagem, que englobava o armazenamento de produtos e serviços especializados relacionados. Todos os movimentos realizados para dentro e fora do armazém eram efectuados por frota própria da empresa contratante ou por empresas de transporte. Os grandes benefícios retirados da externalização da actividade de armazenagem consistiam em eliminar o capital investido na construção de armazéns próprios e no aproveitamento de expedição de pequenas quantidades de produto com produtos de outras empresas que recorrem à mesma empresa de armazenagem (Bowersox et al., 2007). A empresa que não possua infra-estruturas suficientes para a sua actividade logística pode contratar um 2PL para o fornecimento dos transportes e/ou dos serviços básicos. Normalmente não se trata de uma relação de parceria entre a empresa e o 2PL, mas sim da compra de serviços logísticos por parte do contraente.

Na década de 90 deu-se início à expansão de operadores logísticos que forneciam soluções integradas de logística, incluindo serviços de valor acrescentado – *Third Party Logistics* (3PL). Tipicamente um operador logístico para além de oferecer um serviço integrado de transporte primário e secundário, armazenagem e gestão de stocks, oferece um conjunto de actividades de valor acrescentado como *picking* e expedição, *cross-docking*, (re)embalagem, etiquetagem e rotulagem, criação de kits, realização de relatórios de gestão, entre outros. Em certa medida, o 3PL surge com o propósito de estabelecer uma relação próxima entre a empresa e o fornecedor de logística, não apenas para realizar tarefas logísticas, mas também para assumir riscos e benefícios de forma partilhada. Simchi-Levi et al. (2008) referem que a relação estabelecida entre um 3PL e o cliente constitui uma “verdadeira aliança estratégica”, envolvendo compromissos de longo prazo e gestão de múltiplas funções ou processos. O contrato é efectuado por um longo período de tempo e pressupõe-se normalmente que o 3PL trabalha com meios próprios (veículos, armazéns, entre outros). As operações logísticas por contrato podem ser partilhadas (o serviço é prestado a um certo número de clientes que partilham as mesmas infra-estruturas) ou dedicadas (o serviço é desenhado para servir os requisitos de um único cliente, com infra-estruturas dedicadas). Normalmente o cliente mantém o controlo sobre alguns parâmetros de gestão e serviços, existindo vários graus possíveis de integração e responsabilização entre as funções do cliente e do terceiro.

A Tabela 7 sintetiza as principais diferenças entre um 2PL e um 3 PL.

Tabela 7 - 2PL vs. 3PL

Prestador Tradicional de serviços Logísticos (2PL)	Operador Logístico Integrado (3PL)
Oferece serviços genéricos (<i>Commodities</i>)	Oferece serviços sob medida – personalizados
Tende a concentrar-se numa única actividade logística: transporte, ou stock, ou armazenagem	Oferece múltiplas actividades de forma integrada: transporte, stock, armazenagem
O objectivo da empresa contratante do serviço é a minimização do custo específico da actividade contratada	O objectivo da empresa contratante é reduzir os custos totais da logística, melhorar os serviços e aumentar a flexibilidade
Contratos de serviços tendem a ser de curto ou médio prazos (6 meses a 1 ano)	Contratos de serviços tendem a ser de longo prazo (5 a 10 anos)
O know-how tende a ser limitado e especializado (transporte, armazenagem, etc.)	Possui ampla capacidade de análise e planeamento logístico, assim como de operação
As negociações para os contratos tendem a ser rápidas (semanas) e num nível operacional	As negociações para os contratos tendem a ser longas (meses) e a um alto nível da gestão

Fonte: Fleury et al., 2000 in Moura, 2006

O crescente desenvolvimento da SCM e a intensificação e diversificação das actividades prestadas pelos operadores logísticos contribuíram para o surgimento de novos operadores logísticos denominados *Fourth Party Logistics* (4PL). Mais do que meros operadores logísticos especializados, os 4PL desempenham funções integradas, recorrendo intensivamente a novas tecnologias (muitas vezes sem os activos fixos tradicionais como veículos e armazéns), em articulação com operadores 3PL, proporcionando aos seus clientes soluções para a generalidade das actividades da SC. O 4PL constitui uma evolução do 3PL, sendo responsável pela gestão e execução de operações logísticas complexas, que incluem recurso a outros prestadores de serviços, tanto de transporte como de armazenagem, ou ainda na área dos sistemas de informação logísticos. O 4PL funciona, perante o cliente, como um contratador único, embora tenha de subcontratar empresas externas para efectuar as operações logísticas. O 4PL gere e integra todos os tipos de recursos necessários, inspecciona, administra e fiscaliza todas as funções dos 3PL que contrata, conseguindo operar num espaço geográfico mais alargado.

Na Tabela 8 podem ser consultadas as principais diferenças entre um 3PL e um 4PL.

Tabela 8 - 3PL vs. 4PL

Operador Logístico Integrado (3PL)	Prestador de serviços avançados (4PL)
Fornece múltiplos serviços logísticos	Disponibiliza soluções integradas e serviços mais avançados que os 3PL
Possui activos próprios (frota, armazém, entre outros)	Normalmente, subcontrata 3PL para exercer as actividades logísticas
Um cliente pode ter múltiplos 3PL	Um cliente tem um 4PL
Opera num espaço geográfico mais restrito	Opera num espaço geográfico mais alargado

Fonte: Elaboração própria

A crescente utilização da Internet e sobretudo a expansão do comércio electrónico contribuíram para o recente surgimento de uma classe de prestadores de serviços logísticos denominada *Fifth Party Logistics* (5PL). Trata-se de empresas especializadas em entregas rápidas, com competências especiais na gestão de informação, e que em tempo mínimo fazem chegar os produtos aos clientes, mesmo nos lugares mais isolados. Os 5PL disponibilizam soluções globais baseadas na ligação em rede entre prestadores e utilizadores de serviços logísticos, com partilha de riscos e benefícios, circulação de informação e conhecimento.

3.3.4 Vantagens do Outsourcing Logístico

A logística tem ganho uma importância crescente nas organizações. Se, por um lado, as empresas estão interessadas em consolidar as suas competências, concentrando-se naquilo que fazem melhor, por outro, sentem a necessidade de recorrer a terceiros para desenvolverem aquilo que não faz parte das suas actividades centrais. Neste sentido, têm surgido cada vez mais prestadores de serviços logísticos no mercado, e muitas das razões que levam as empresas a recorrer ao outsourcing logístico baseiam-se nas vantagens que daí advêm e que se apresentam de seguida.

Foco nas competências centrais (Waters, 1999; Rushton et al., 2000; Gattorna, 1998; Kakabadse et al., 2005; Moura, 2006; Simchi-Levi et al., 2008)

A empresa deve concentrar-se e desenvolver as suas competências centrais, isto é, focar nas actividades que executa particularmente bem e que a diferencia dos concorrentes, pelo menos na perspectiva dos clientes.

A empresa deve escolher cuidadosamente que funções quer externalizar, ficando disponível para se focar nas competências centrais do seu negócio, no que sabe e pode fazer melhor.

Os autores Simchi-Levi et al. (2008) alertam para o facto de no caso de a logística constituir uma das competências centrais da empresa, esta não dever ser externalizada, sob pena da empresa perder competitividade.

Redução de custos (Waters, 1999; Rushton et al., 2000; Carvalho, 2002; Tompkins et al., 1998; Gattorna, 1998; Kakabadse et al., 2005; Moura, 2006)

Se as empresas externalizarem os serviços logísticos, não necessitam de investir capital em veículos, edifícios, equipamentos, formação, transformando, assim, custos fixos em variáveis (dependentes do volume de serviços prestados). Esse dinheiro fica disponível para ser utilizado em outras áreas do negócio, como produção, sistemas de informação, entre outros.

Para além disso, o manuseamento e a distribuição de determinado tipo de produtos pode requerer recursos, equipamentos, veículos com características muito específicas e significar um elevado investimento, a contratação de um 3PL especializado pode ajudar a eliminar este tipo de investimento, tornando a estrutura da empresa mais leve.

Aproveitamento de especialistas externos em logística (Waters, 1999; Carvalho, 2002; Kakabadse et al., 2005; Moura, 2006)

Através da utilização de um PSL as empresas conseguem ter acesso a um serviço logístico mais eficiente e com mais qualidade, dada a vasta experiência dos operadores logísticos no seu mercado. Estes especialistas têm capacidade para prestar melhor serviço aos clientes finais e apresentam maior eficácia operacional.

Os PSL são, geralmente, mais eficientes que qualquer outra empresa na medida em que sendo a logística a sua principal actividade, reúnem competências que lhes permitem maior especialização, quase sempre a custos mais baixos. Para fazer face à concorrência, os operadores logísticos têm necessidade de realizar investimentos em activos, tecnologias e na formação de recursos humanos para melhorar a sua capacidade competitiva.

Economias de escala (Rushton et al., 2000; Carvalho, 2002; Tompkins et al., 1998; Moura, 2006)

Os operadores logísticos conseguem ser mais eficientes na utilização dos seus recursos e consequentemente mais competitivos no preço, uma vez que prestam serviços a várias empresas. Se uma empresa possuir infra-estruturas logísticas próprias não consegue obter as economias de escala e poupança de recursos de um operador logístico.

Como prestam serviços a muitas empresas, de diferentes sectores e em muitos mercados, têm oportunidade de aperfeiçoar os seus métodos de trabalho e explorar economias e, desse modo, praticar custos mais baixos e melhor serviço do que uma empresa não especializada. Como trabalham para muitos clientes têm possibilidade de fazer planos de entregas que evitem duplicações de percursos ou o retorno de viagens em vazio, investir em tecnologias mais avançadas e eficientes que poderia não se justificar em operações de menor escala.

Maior flexibilidade (Waters, 1999; Carvalho, 2002; Simchi-Levi et al. 2008)

De acordo com os vários autores existem três tipos de flexibilidade que aumentam com a externalização dos serviços logísticos:

Flexibilidade geográfica – os tempos de reposição são cada vez mais curtos, o que pode exigir armazenamento mais próximo do cliente. Através do recurso a um 3PL a empresa pode ir de encontro às exigências dos seus clientes sem ter de construir armazéns próprios próximos dos mesmos.

Flexibilidade na oferta de serviços – para uma empresa pode não compensar oferecer determinado serviço se a procura for baixa. Mas se recorrer a um operador logístico pode conseguir oferecer esse serviço, pois apesar de a procura ser baixa para a empresa, esta pode ser alta para o operador uma vez que presta serviços a várias empresas.

Flexibilidade na contratação de recursos – através de um operador logístico a empresa consegue reagir mais rapidamente às condições do mercado, pois transforma custos fixos em custos variáveis. Se o mercado estiver em alta contrata um volume maior de serviços logísticos, se o mercado abrandar os seus custos também diminuem. Esta situação não seria possível se recorresse a recursos internos.

Apoio à entrada em novos mercados (Carvalho, 2002; Tompkins et al., 1998; Moura, 2006)

Dado que os operadores logísticos possuem o know-how e os meios necessários para trabalhar com os mais variados produtos e clientes, podem ser importantes no apoio à entrada em novos mercados, particularmente no âmbito internacional, na medida em que estão, em geral, ligados a redes que operam em todo o mundo, conhecem os mercados, as regras do comércio internacional e todos os condicionalismos do transporte nacional.

Acesso a serviços de valor acrescentado (Moura, 2006)

Para além das funções logísticas básicas, os operadores logísticos podem prestar serviços de valor acrescentado, como a reembalagem, etiquetagem, montagem de *packs* promocionais, entre outros.

Existem, ainda, operadores que podem mesmo assegurar algumas funções de tipo fabril como por exemplo a pré-montagem ou reconfiguração de produtos e de embalagens, de forma a adequá-los a exigências legais ou às condições necessárias para a sua venda ou exposição nos locais de consumo.

Diferimento dos custos no tempo (Rushton et al., 2000)

O aumento dos custos suportados pelos operadores logísticos demoram a reflectir-se nas contas da empresa contratante.

Acesso a tecnologias de ponta (Rushton et al., 2000; Kakabadse et al., 2005)

A tecnologia encontra-se em permanente alteração e evolução, mas muitas vezes as empresas não têm tempo, recursos e/ou conhecimentos para actualizar a sua tecnologia logística com a frequência exigida pelo mercado. Os operadores logísticos, pelo contrário, actualizam

constantemente as suas tecnologias de informação e equipamentos de forma a manterem-se competitivos no mercado em que actuam. Desta forma, os PSL conseguem adaptar-me mais rapidamente às exigências do dia-a-dia, uma vez que têm de lidar com um número alargado de clientes que utiliza diferentes tecnologias.

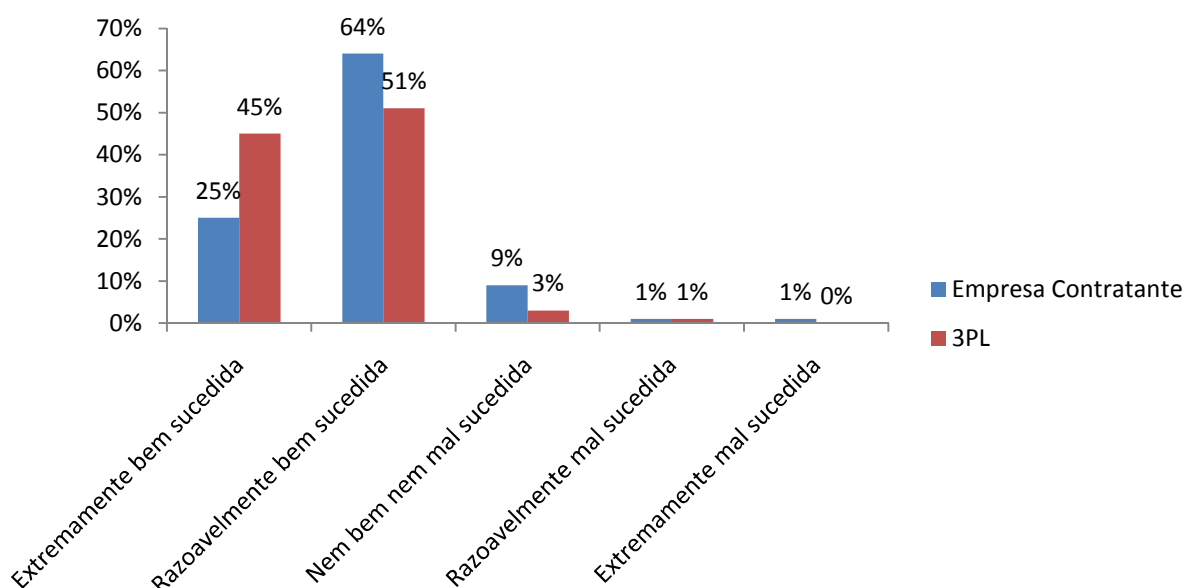
A utilização de um PSL permite que o cliente tenha acesso a tecnologias de ponta, mais experiência e conhecimento para além da indústria em que actua, e permite aumentar as oportunidades de melhorar o seu serviço.

Melhorar o serviço ao cliente final (Waters, 1999; Carvalho, 2002; Tompkins et al., 1998; Gattorna, 1998)

Através da utilização de um PSL o serviço ao cliente final pode ser melhorado, na medida em que o serviço logístico passa a ser prestado por um agente especializado e com capacidade para realizar entregas mais frequentes. O *lead time* (tempo que medeia a chegada do pedido até à entrega do mesmo) pode ser reduzido se o PSL possuir vários centros de distribuição localizados mais próximos dos clientes.

Langley Jr. e a empresa Capgemini no estudo que realizaram em 2009 desafiaram as empresas contratantes e os 3PL a avaliarem as relações que mantinham. Como o Gráfico 6 evidencia, cerca de 89% das empresas contratantes consideram que as relações de outsourcing que possuem são extremamente ou razoavelmente bem sucedidas, 9% considera que não são nem bem nem mal sucedidas e 2% pensa que são razoavelmente ou extremamente mal sucedidas. Os operadores logísticos são mais optimistas e consideram que 96% das relações que mantêm são extremamente ou razoavelmente bem sucedidas, 3% nem bem nem mal sucedidas e 1% razoavelmente mal sucedidas.

Gráfico 6 - Avaliação das empresas contratantes e dos 3PL sobre a sua relação



Fonte: Langley Jr. et al., 2009

As empresas contratantes e os 3PL foram igualmente questionados sobre quais os factores que contribuíam para o sucesso das relações de outsourcing que mantinham. As respostas dos dois intervenientes foram maioritariamente idênticas, à excepção da capacidade do 3PL/cliente fornecer ideias de melhoria da SC. Neste factor específico apenas 35% das empresas consideram que o seu parceiro possui essas capacidades, contra 57% dos 3PL. Isto explica-se pelo facto de a maioria das empresas encarar a relação com os 3PL como sendo de carácter mais operacional e menos estratégico, sendo que não esperam ideias de melhoria da SC dos seus operadores logísticos. Em suma, as principais razões apontadas para o sucesso das relações, de acordo com a Tabela 9, são: a abertura, transparência e boa comunicação (74%), as relações pessoais a nível operacional (65%), a flexibilidade do 3PL (64%), a relação de parceria e colaboração entre o cliente e o 3PL (61%), o alcance das reduções de custos estipuladas (54%), o alcance de melhorias do nível de serviço (54%), entre outras.

Tabela 9 - Factores que contribuem para o sucesso das relações de Outsourcing Logístico

	Empresa Contratante	3PL
Abertura, transparência e boa comunicação	74%	77%
Relações pessoais a nível operacional	65%	72%
Flexibilidade do 3PL em acomodar as necessidades do cliente	64%	65%
Relação de parceria e colaboração entre o cliente e o 3PL	61%	72%
Alcance das reduções de custos estipuladas	54%	58%
Alcance de melhorias do nível de serviço	54%	71%
Relacionamento ao nível executivo próximo e de parceria	44%	51%
A capacidade do 3PL/Cliente de fornecer boas ideias para a melhoria e inovação da SC	35%	57%
Vontade do 3PL/Cliente partilhar o risco	30%	25%
Acordo financeiro para compensar o 3PL / Ser compensado pelo Cliente	15%	19%

Fonte: Langley Jr. et al., 2009

3.3.5 Desvantagens do Outsourcing Logístico

O outsourcing logístico também apresenta diversas desvantagens que devem ser analisadas aquando da decisão sobre externalizar os serviços logísticos ou não. As principais desvantagens apontadas pelos vários autores são as seguintes:

Menor interacção com os clientes (Carvalho, 2002; Moura, 2006; Simchi-Levi et al., 2008)

Com a utilização de um PSL a empresa deixa de contactar directamente com os seus clientes, uma vez que passam a ser os distribuidores dos PSL a interagir directamente com os clientes finais. As empresas têm menor feedback sobre o mercado e sobre os requisitos dos clientes.

Segundo Simchi-Levi et al. (2008) os PSL tentam ajudar as empresas a combater esta perda de interacção através da colocação do logótipo da empresa contratante nos seus veículos de distribuição, utilização de uniformes com o logótipo da contratante e disponibilização de relatórios sobre as interacções com os clientes da empresa.

Risco de externalizar competências centrais (Simchi-Levi et al., 2008)

As empresas devem avaliar muito bem aquilo que são as suas competências centrais, que não podem ser externalizadas, e aquilo que não são. Se determinadas actividades logísticas fazem parte das competências centrais de uma empresa e outras não, então a empresa só deve externalizar as actividades que não executa particularmente bem. Por exemplo, se a reposição por VMI e o manuseamento de produtos são competências chave de uma empresa, mas o transporte não o é, a empresa pode contratar um operador logístico apenas para transportar material. Muitas empresas farmacêuticas têm armazéns próprios para a gestão de fármacos de elevado valor e risco, mas recorrem ao outsourcing para armazenar produtos menos dispendiosos e mais fáceis de controlar.

Perda de controlo sobre a operação logística (Rushton et al., 2000; Carvalho, 2002)

Recorrer a um operador logístico pode resultar em perda de controlo sobre toda a operação logística e sobre o serviço que é prestado aos clientes finais. Mas, de acordo com Rushton et al. (2000), essa perda de controlo pode ser reduzida se o serviço contratado for bem seleccionado e se se monitorizar cuidadosamente a performance do operador logístico em termos de serviço contratado.

Perda de controlo sobre a escolha dos recursos (Rushton et al., 2000)

A empresa contratante deixa de ter poder de escolha sobre os recursos utilizados, como o número, tamanho ou tipo de armazém, tipo e tamanho de veículos, entre outros. Desta forma, as empresas devem escolher um operador logístico cuja estrutura se adapte melhor às suas necessidades.

Perda de know-how em distribuição e logística por parte do cliente (Rushton et al., 2000; Moura, 2006)

Com a externalização logística a empresa perde algum know-how logístico, devendo no entanto manter uma cultura e visão estratégica da operação logística. Esta perda de controlo torna mais difícil a tarefa de voltar a desenvolver as operações logísticas internamente, caso a empresa o pretenda fazer.

Falta de experiência do PSL no sector de actuação da empresa cliente (Rushton et al., 2000)

O PSL pode não ter experiência com os produtos e mercados da empresa cliente.

Incompatibilidade entre o PSL e o serviço de vendas do contratante (Rushton et al., 2000)

Pode ser difícil coordenar os calendários e horários de distribuição do operador logístico com o serviço de vendas da empresa cliente. O comercial pode comprometer-se com determinada

entrega, mas o operador logístico pode não conseguir entregar no tempo estabelecido, pois tem de cumprir o ciclo de entregas fixado.

Perda de influência directa da distribuição (Rushton et al., 2000)

No caso das operações logísticas partilhadas a utilização de um 3PL pode significar a perda de influência directa na distribuição, pois o distribuidor entrega produtos de várias empresas distintas.

Perda de um meio de divulgação da marca (Rushton et al., 2000)

Pode não ser possível utilizar os veículos de distribuição para fazer publicidade à marca.

Problemas de confidencialidade de informação (Rushton et al., 2000)

Pode existir problemas de confidencialidade de informação, uma vez que os produtos podem misturar-se com os dos concorrentes.

Incompatibilidade cultural (Rushton et al., 2000)

Pode existir problemas de incompatibilidade cultural entre o contratante e o operador logísticos.

No referido estudo de Langley Jr. et al. de 2009 foram identificados os problemas que as empresas contratantes têm com os operadores logísticos contratados, que podem ser consultados na Tabela 10. Obviamente existem diferenças entre as repostas das duas partes, sendo que a percepção de problemas por parte dos operadores logísticos é inferior à das empresas contratantes. O principal problema apontado pelas empresas é a falta de melhoria continua nos serviços prestados pelos operadores, 46% dos casos contra 19% referidos pelos 3PL. Os níveis de serviço prometidos também não foram realizados em 46% dos casos e as potencialidades das tecnologias de informação disponibilizadas pelos operadores são consideradas insuficientes (43%). A expectativa de redução de custos não se concretizou em 36% dos casos e foi considerado insatisfatório o período de transição para a externalização (31%). Foi ainda reconhecida uma falta de capacidade de gestão de projecto (35%) e de capacidades em geral (30%) do operador logístico. Adicionalmente, foram apontados como problemas de relacionamento entre a empresa contratante e o operador logístico o facto dos benefícios não terem sido atingidos em tempo útil (25%), promessas de prestação de serviços premium que os operadores não possuíam (25%), falta de integração a nível de processos e serviços da SC (26%), falta de conhecimentos específicos acerca da indústria em causa (20%) e incapacidade de criar relações de confiança (12%).

Tabela 10 - Principais problemas apontados nas relações de Outsourcing Logístico

	Empresa Contratante	3PL
Falta de melhoria contínua nos serviços prestados	46%	19%
Níveis de serviço prometidos não realizados	46%	31%
Capacidades de tecnologias de informação insuficientes	43%	31%
Expectativa de redução de custos não concretizadas	36%	34%
Falta de capacidade de gestão de projecto	35%	17%
Período de transição para a externalização insatisfatório	31%	25%
Falta de capacidades em geral	30%	21%
Benefícios não atingidos em tempo útil	25%	18%
Promessas de prestação de serviços <i>premium</i> que os operadores não possuíam	25%	Não questionado
Falta de integração a nível de processos e serviços da SC	26%	26%
Falta de conhecimentos específicos acerca da indústria em causa	20%	11%
Incapacidade de criar relações de confiança	12%	13%

Fonte: Langley Jr. et al., 2009

3.5 Outsourcing Logístico Hospitalar

Gattorna (1998) defende que a SC da Indústria da Saúde poderia melhorar se fosse externalizada a empresas logísticas especializadas e apresenta três motivações para a concretização desta solução:

- Permite que os prestadores de cuidados de saúde e hospitais externalizem actividades não *core*, mas críticas a uma empresa competente e orientada por processos;
- Os investimentos em TI de gestão da SC passam a ser feitos por empresas especializadas, cujas capacidades centrais podem ser alavancadas de forma a atingir os objectivos da empresa;
- Permite que a massa crítica construa economias de escala superiores às existentes nos dias de hoje.

Contudo, Schneller et al. (2006) apesar de reconhecerem que a distribuição não é uma competência chave de um prestador de cuidados de saúde, alertam para o facto de a externalização logística levar à perda de algum controlo sobre as despesas e sobre o nível de serviço prestado aos clientes internos e externos. Os autores defendem que as Unidades Hospitalares devem manter conhecimentos internos acerca das funções externalizadas, de

forma a conseguirem avaliar a qualidade do serviço prestado por terceiros, monitorizar as relações e assegurar que continuam a representar uma vantagem. Os autores relatam o exemplo do University of Nebraska Hospital que externalizou uma parte significativa do armazenamento e da distribuição, mantendo, contudo, uma liderança interna forte sobre as capacidades logísticas.

Carvalho et al. (2009) apresentam como grande vantagem da externalização logística a contribuição para “profissionalizar a gestão”, isto é, uma vez que os prestadores de serviços logísticos possuem elevado know-how nas actividades que desenvolvem podem ajudar as Unidades Hospitalares a elevarem o seu nível de serviço logístico.

Segundo um estudo de Langley Jr. et al. (2006) 53% das empresas do sector da saúde entrevistadas utilizam serviços dos 3PL, ficando bem atrás de indústrias como a automóvel que externaliza cerca de 88% das suas actividades logísticas. Também a utilização de prestadores de serviços logísticos do tipo 4PL é inferior à da média das restantes indústrias, 5% contra 15% respectivamente. No entanto prevê-se que esta realidade venha a aumentar uma vez que 17% das empresas da indústria da saúde entrevistadas equaciona substituir os 3PL que utilizam por operadores do tipo 4PL, mostrando-se menos disponíveis para racionalizar ou diminuir a utilização de 3PL. As actividades logísticas que mais externalizam continuam a ser as mais básicas como transporte e armazenagem (80% e 74% respectivamente), sendo que 47% das entrevistadas recorrem à externalização de actividades como etiquetagem, embalagem, montagem e construção de kits, contra 36% da média das restantes indústrias. (Langley Jr. et al., 2008)

De facto, pode-se encontrar diversos exemplos de Unidades Hospitalares que recorrem ao outsourcing de serviços logísticos, sobretudo nos EUA. Os grandes distribuidores como a Baxter Healthcare Corporation (Illinois), a McKesson Corp. (San Francisco) ou a Owens & Minor (Richmond) já prestam serviços integrados de abastecimento, como a distribuição de produtos, disponibilização de produtos à consignação, gestão externa dos serviços de aprovisionamento com preços competitivos, quer às centrais de compra quer aos hospitais individualmente.

A título de exemplo a distribuidora Owens & Minor fornece o Florida Hospital (Orlando), no valor de 20 milhões de dólares por ano, tendo instalado um sistema de encomendas electrónico. Os scanners existentes nos Serviços Utilizadores (SU) do Hospital são utilizados para enviar as contagens de stock para o armazém da Owens & Minor e com base nesses consumos é feita a preparação das encomendas e embalagem no armazém do distribuidor. As entregas no armazém do Hospital são efectuadas em paletes, caixas e contentores dos SU. A distribuição interna aos SU é efectuada pelos funcionários do Hospital.

DeScioli (2005) relata a implementação por parte do distribuidor DTD, Inc de um novo serviço que inclui um sistema de *Vendor Managed Inventory* (VMI) com recurso a sistemas automáticos de pontos de utilização, em 14 hospitais americanos, incluindo o Mid West Hospital e o West Coast Hospital. Com a implementação deste sistema pretendia-se passar a gestão de stocks dos hospitais para a DTD, Inc, em que esta empresa com base na informação recebida pelos sistemas automáticos de pontos de utilização, sobre os movimentos de stock,

monitorizava os níveis de stock dos seus artigos assumindo a responsabilidade pela reposição dos mesmos, de forma a garantir os níveis de stock máximo e mínimo e rotação contratados.

É ainda de realçar o forte desenvolvimento das centrais de compras nos EUA. As Healthcare Group Purchasing Organizations (GPOs) são entidades que agregam o volume de compras dos seus sócios (hospitais, centros de saúde, entre outros) alavancando o seu poder negocial de forma a obterem descontos junto dos fornecedores. Assim os membros dos GPOs compram os bens e serviços a preços de grupo, isto é, a preços mais baixos do que se negociassem com os fornecedores individualmente.

Na Europa o caso mais conhecido de outsourcing logístico é o do Reino Unido. Em 1991 foi criada uma central de aprovisionamento do serviço nacional de saúde com serviço logístico integral – National Health Service Supplies Authority (NHS Supplies). As instituições de saúde passaram a poder comprar directamente aos fornecedores com base em contratos negociados pelo NHS Supplies (central de negociação) ou utilizar o NHS Supplies como central de aprovisionamento integral, que compra, armazena e distribui os produtos às instituições de saúde. Adicionalmente, o NHS Supplies oferece os seguintes serviços: entregas fraccionadas nas quantidades requisitadas pelas instituições, gestão informática dos stocks ao nível dos SU, disponibilizam gestores de serviço a clientes que operam nas instalações dos hospitais, serviços de testes de mercado, serviços de compra e leasing de equipamentos bem como contratos de manutenção dos mesmos.

Em 2000 a NHS Supplies sofreu uma forte reestruturação, passando a incorporar três divisões nacionais: Aquisições (NHS Purchasing and Supply Agency – NHS PASA), Distribuição/Grossista (NHS Logistics Authority – NHSLA) e Serviço a Clientes. A função de Aquisição estava organizada em oito áreas associadas às várias famílias de produtos/serviços. A armazenagem e distribuição eram garantidas através de uma rede sofisticada de sete armazéns e respectivos centros de distribuição, sendo que um deles era detido e gerido pela Exel.

Em 2006 foi formada uma *Joint Venture* entre a NHS Business Services Authority e a DHL formando a NHS Supply Chain. A assinatura deste contrato significou a externalização dos serviços de distribuição e armazenagem à DHL, bem como a externalização da negociação e compra de alguns produtos/serviços pertencentes à NHS PASA. A entrega dos referidos serviços logísticos à DHL significou a disponibilização de um maior número de referências às Unidades Hospitalares, que anteriormente eram negociados individualmente, e a prestação de um serviço logístico mais profissional e especializado. O contrato foi realizado por um período de 10 anos, nos quais se espera uma poupança de £1bn, cujo dinheiro será investido na melhoria dos serviços prestados aos utentes no *front-office*.

Após a pesquisa efectuada, desconhece-se a existência em Portugal de casos de outsourcing de serviços logísticos de armazenagem e distribuição de um hospital a terceiros. Todos os Hospitais portugueses possuem armazém próprio, existindo apenas casos como o da Unidade Local de Saúde de Matosinhos, S.A. que externalizou as funções de distribuição.

A indústria farmacêutica portuguesa já apresenta uma realidade distinta. Por exemplo, a portuguesa Bial externalizou toda a armazenagem e distribuição dos medicamentos que

produz. Também os laboratórios Roche e Labesfal externalizaram este tipo de serviços a operadores logísticos.

Os retalhistas SONAE Distribuição e Auchan também não possuem logística própria no que concerne à armazenagem e distribuição dos produtos farmacêuticos que vendem.

Sabe-se ainda que o grupo de hospitais privados José Mello Saúde se encontra em negociações com um operador logístico para avançar com um projecto de gestão integrada dentro das Unidades Hospitalares, desconhecendo-se, contudo, o âmbito e abrangência do projecto.

No que concerne à existência de centrais de serviços partilhados em Portugal, foi criado em 1966 o Serviço de Utilização Comum dos Hospitais (SUCH). Trata-se de uma associação privada sem fins lucrativos que disponibiliza uma oferta integrada de serviços partilhados para aos seus associados (constituídos essencialmente por instituições de saúde públicas, como ARS, centros hospitalares, misericórdias, entre outros). Actualmente o SUCH disponibiliza os seguintes serviços: gestão de instalações e equipamentos, gestão financeira, gestão de recursos humanos, negociação e logística, estratégia e gestão, gestão alimentar especializada e gestão de roupa, limpeza e resíduos hospitalares.

Em 2010 foi criado pelo Governo Português a já referida SPMS – Serviços Partilhados do Ministério da Saúde, EPE que tem como principal objectivo prestar serviços financeiros, recursos humanos, compras e logística aos serviços do SNS.

4. Abordagem Metodológica

O outsourcing, e em particular o outsourcing logístico, é uma prática cada vez mais comum no seio das organizações, como já foi referido em capítulos anteriores. Trata-se de uma decisão difícil de tomar mas que pode melhorar a performance da empresa ao nível dos seus processos de negócio. Contudo, se o processo de externalização for mal estruturado pode resultar na perda de conhecimentos e competências, difíceis de recuperar (Franceschini et al., 2003).

Mclvor (2000) aponta como um dos principais problemas das decisões de outsourcing o facto de não serem tomadas sob uma perspectiva estratégica, mas sim adoptando uma perspectiva de curto prazo, em busca de reduções de custos imediatas.

Vários autores defendem, assim, a necessidade das organizações adoptarem uma abordagem metodológica no que concerne às iniciativas de outsourcing de forma a evitar erros, minimizar riscos e maximizar benefícios. É certo que o tipo de actividades que uma empresa decide externalizar, como e quando deve externalizar difere de organização para organização. Contudo, ao longo dos anos foram desenvolvidas várias metodologias de apoio à decisão de outsourcing.

Mclvor (2000) propõe uma framework de outsourcing de actividades core, baseada em aspectos de natureza financeira e económica, composta por quatro fases: definição das actividades core, avaliação de actividades relevantes na cadeia de valor, análise dos custos associados às actividades core (custos estimados para o desenvolvimento das actividades internamente e custos associados a potenciais fornecedores) e análise da relação/aliança estratégica com o parceiro escolhido. A empresa só avança para a última fase se decidir externalizar a actividade core em causa.

Autores como Zhu et al. (2001) apresentam metodologias que abordam a iniciativa de outsourcing na totalidade. A metodologia proposta pelos autores é composta por quatro fases: planeamento (a empresa elabora o plano de negócios para a externalização, identificando os custos actuais, a previsão de custos após o outsourcing e a viabilidade da iniciativa), desenvolvimento (realização do contrato com o fornecedor, estudo dos impactos da iniciativa nos benefícios dos trabalhadores, elaboração do plano para os eventos principais, do plano de separação dos trabalhadores e do plano de comunicação), implementação (a empresa elabora o plano de transição, dá-se a transição de negócio e essa transição é avalida), e avaliação (avaliação dos resultados da iniciativa de outsourcing).

Ao contrário da metodologia proposta por Zhu et al. que consideram os processos de outsourcing como tendo um início e um fim bem definidos, Kumar et al. (2007) propõem uma metodologia que tem em consideração o carácter cíclico da iniciativa de outsourcing. Esta metodologia divide-se em cinco fases que devem seguir uma ordem sequencial, isto é, uma fase inicia-se quando a anterior termina. As fases propostas são: estratégia e iniciação (a empresa elabora um plano estratégico com base em estudos de capacidade da indústria e do mercado, bem como uma análise preliminar de custo-benefício para a consideração de qualquer estratégia de outsourcing), análise de negócio (análise aos processos de negócio a fim de determinar quais os processos a externalizar), caderno de encargos e selecção do fornecedor

(desenvolvimento das especificações do contrato e selecção do fornecedor), execução e implementação (transição do trabalho para o fornecedor), e conclusão ou rescisão (a empresa e o fornecedor veem o contrato e decidem sobre a sua continuidade ou denúncia).

Já Greaver (1999) defende uma metodologia, composta por sete fases, em que as diferentes fases do processo podem decorrer em paralelo, uma vez que muitas delas estão interrelacionadas. As fases da metodologia proposta são as seguintes: planeamento da iniciativa (formação de equipas multidisciplinares que avaliem os riscos, recursos, informação e competências de gestão necessárias para minimizar os riscos), exploração de implicações estratégicas (análise da forma como o outsourcing se pode integrar nas estratégias da empresa e como a sua implementação pode afectar essas estratégias), análise de custos e performance (análise dos custos das actividades da empresa, projecções de custos futuros para essas actividades e estimação dos custos que não desaparecerão com o outsourcing, análise dos novos custos decorrentes do outsourcing aos quais devem ser adicionados os benefícios resultantes da externalização), selecção de fornecedores (definição dos critérios de qualificação de fornecedores e entrega do respectivo caderno de encargos aos fornecedores, recepção das propostas, avaliação das mesmas e selecção do candidato), negociação dos termos de contrato (elaboração de uma lista de condições que servirão de base à redacção do contrato), transição de recursos (iniciação do processo de transição, tendo em especial atenção os recursos humanos), gestão da relação (monitorização de performances, avaliação de resultados e decisão de estender, renegociar ou realizar novo concurso).

Marshall et al. (2005) defendem a criação de um modelo de outsourcing dinâmico, de forma a ter em conta o contexto individual de cada empresa. O modelo assenta em quatro fases standard (formação da ideia, avaliação, gestão e resultado) que não têm necessariamente de seguir esta ordem, podendo inclusive as descobertas de uma determinada fase incentivarem o regresso à fase anterior. Neste modelo dinâmico de outsourcing são ainda tidos em conta factores ambientais, organizacionais e sociais que podem influenciar todo o processo.

A presente dissertação focará as fases iniciais das metodologias apresentadas, isto é, pretende-se, com base num caso de estudo, aferir a viabilidade da externalização das actividades logísticas. Para isso, a possibilidade de outsourcing logístico será analisada do ponto de vista estratégico, quanto à sua relevância na cadeia de valor (McIvor, 2000 e Zhu et al., 2001). Serão analisados os custos actuais da operação logísticas, os custos futuros sem externalização e os custos futuros com externalização (McIvor, 2000, Zhu et al., 2001, Kumar et al., 2007, Greaver, 1999, Marshall et al., 2005). Aos novos custos decorrentes do outsourcing serão adicionados os custos que não desaparecerão com a externalização e as potenciais poupanças de capital (Greaver, 1999, Schneller et al., 2006). Por fim, será realizada uma análise qualitativa do problema, recorrendo às vantagens e desvantagens do outsourcing logístico levantadas no Capítulo 3. Desta forma, não se pretende seguir nenhuma metodologia em particular, mas sim construir uma metodologia de decisão de outsourcing com base nos contributos de cada metodologia apresentada. Não serão objecto de análise fases como a a selecção de fornecedores, processo de transição e avaliação de resultados. Interessa apenas avaliar a iniciativa de outsourcing sob o ponto de vista estratégico e de tomada de decisão.

5. O caso de estudo

O outsourcing pode trazer inúmeras vantagens para uma organização. Contudo, trata-se de um processo que requer elevada reflexão acerca das actividades a externalizar e respectivas vantagens e desvantagens, mensuradas quantitativamente e/ou qualitativamente, a fim de evitar possíveis danos para a organização.

A presente dissertação debruça-se sobre a avaliação da viabilidade de externalizar as actividades logísticas num contexto muito específico como o da área hospitalar. Esta avaliação é feita recorrendo a um caso de estudo em que se pretende avaliar a decisão sob o ponto de vista estratégico, económico e qualitativo recorrendo à discussão de possíveis vantagens e desvantagens.

O caso de estudo em questão trata-se do Grupo Trofa Saúde, grupo de hospitais e clínicas privadas, que se encontra actualmente a ponderar a possibilidade de externalizar as suas actividades logísticas. Neste capítulo são descritas as várias unidades que constituem o Grupo Trofa Saúde e o modelo logístico que se encontra implementado actualmente.

5.1 O Grupo Trofa Saúde

O Grupo Trofa Saúde (GTS) teve origem na Casa de Saúde de Trofa, S.A. em 1989, mas foi com a criação e evolução do Hospital da Trofa (1998) que se tornou conhecido.

O GTS tem como missão a “Prestação de cuidados de saúde personalizados e de excelência, globais e compreensivos, dentro de uma cadeia de saúde, desde a prevenção, educação e protecção, até ao tratamento da doença, reabilitação e assistência técnica especializada, em ambiente institucional, ambulatório, urgência e domiciliário.”

Para cumprir o propósito estratégico apresentado, o grupo ambiciona no prazo de cinco anos construir uma rede nacional e integrada de hospitais e clínicas privadas, tornando-se uma referência nacional e europeia no sector. Actualmente o grupo possui as seguintes unidades:

- Hospital Privado da Trofa (77 camas)
- Hospital Particular de Lisboa (78 camas)
- Hospital Privado da Boa Nova (60 camas)
- Hospital de Dia de Vila Nova de Famalicão
- Clínica da Maia
- Clínica Nossa Senhora das Dores
- Clínica de Paços de Ferreira
- Clínica Particular de Lisboa
- Instituto Radiologia Dr. Pinto Leite
- Planicare
- Trofa Sénior Residências

Actualmente o grupo conta com 739 colaboradores dependentes e 1300 colaboradores independentes (médicos, enfermeiros e técnicos). Cerca de 56% dos colaboradores inserem-se na faixa etária dos 18 aos 34 anos e 32% possuem formação superior.

Em 2009, o Grupo facturou cerca de 59 milhões de euros, o que representa um aumento de 47,5% face ao ano anterior. A actividade das Unidades do Grupo também aumentou significativamente no exercício de 2009, como se pode verificar no Tabela 11. Este aumento aconteceu com maior expressão no ambulatório, sendo que as restantes áreas hospitalares também cresceram mas a ritmos menos significativos.

Tabela 11 - Níveis de actividade Grupo Trofa Saúde

	2007	2008	2009	Var. Med. Anual
Cirurgias	5.600	5.800	6.300	6%
Diárias de Internamento	26.800	30.100	29.100	4%
Consultas	101.100	115.600	222.200	53%
Urgências	48.900	49.900	69.700	21%

O GTS pretende abrir até 2012 quatro hospitais privados, passando a facturar anualmente 200 milhões de euros em oito unidades e a realizar dois milhões de actos médicos. As próximas unidades previstas são:

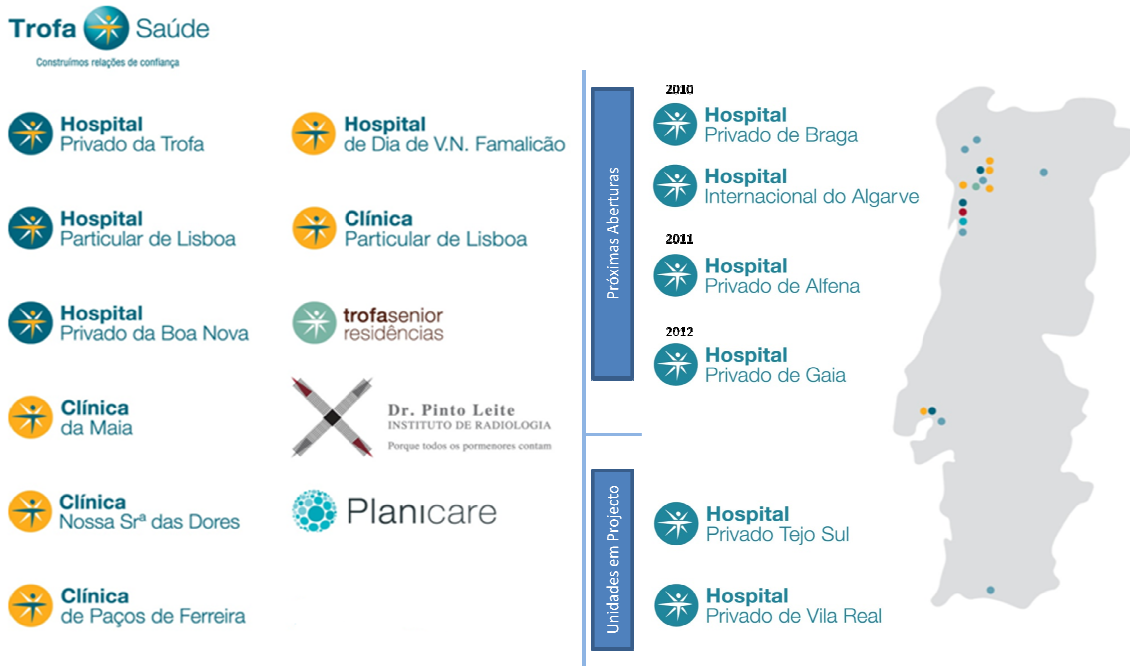
- Hospital Privado de Braga (100 camas) → 2010
- Hospital Internacional do Algarve (25 camas) → 2010
- Hospital Privado de Alfena (100 camas) → 2011
- Hospital Privado de Gaia (60 camas) → 2012

Encontram-se ainda em projecto mais dois Hospitais, ainda sem previsão de abertura:

- Hospital Privado de Vila Real (60 camas)
- Hospital Privado Tejo Sul (100 camas)

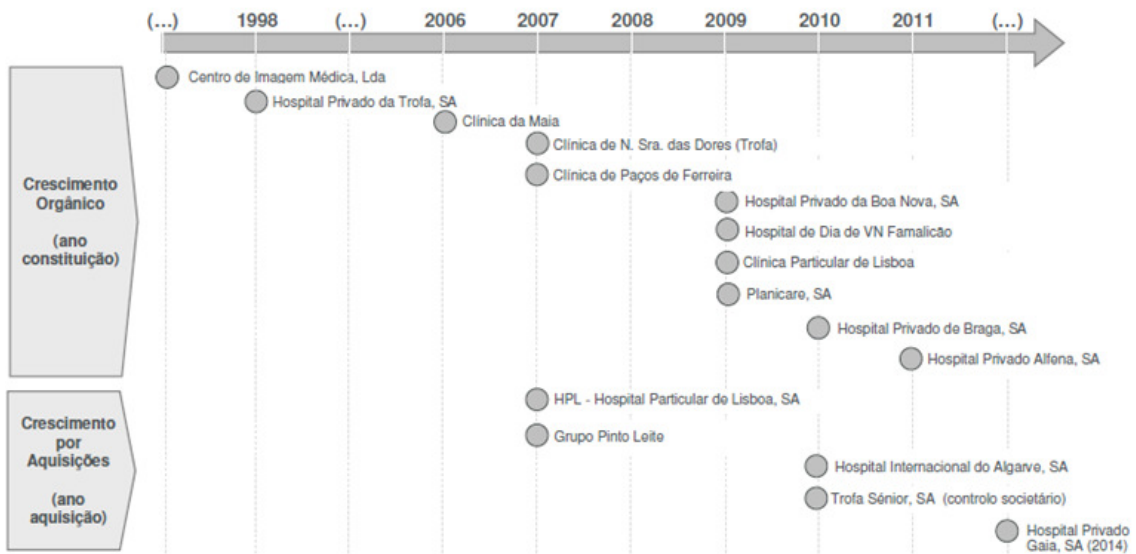
A Figura 4 representa a distribuição geográfica das Unidades do Grupo, que traduz uma maior concentração de Hospitais e Clínicas na Zona Norte, um Hospital e Clínica em funcionamento na Zona da Grande Lisboa, e um Hospital que abrirá em 2010 na Zona Sul.

Figura 4 - Dispersão geográfica das Unidades do Grupo Trofa Saúde



Na Figura 5 encontra-se representada a evolução temporal do crescimento do GTS. Este crescimento iniciou-se em 2006 através de um processo de expansão orgânica e via aquisições.

Figura 5 - Evolução Histórica do Grupo Trofa Saúde



De seguida são descritas as várias unidades do Grupo Trofa Saúde individualmente e apresentadas as facilidades que disponibilizam, bem como os resultados obtidos no ano de 2009.

Unidades em Funcionamento

Hospital Privado da Trofa

O Hospital Privado da Trofa (HPT) foi criado em 1998 e distingue-se pelo facto de possuir Serviço de Urgência 24h nas especialidades de pediatria, clínica geral e medicina interna. Disponibiliza ainda serviços de imagiologia, endoscopia, fisioterapia, medicina dentária e mais recentemente de oncologia.

No ano de 2009 facturou cerca de 20,2 milhões de euros, tendo registado um crescimento de 5% face ao ano anterior. Realizou 2.900 cirurgias, 122.000 consultas, 44.600 urgências e 9.100 diárias de internamento. Actualmente, o Hospital encontra-se em obras de ampliação o que fará quase duplicar a sua capacidade. Na Tabela 12 são descritas as facilidades que o HPT possui.

Tabela 12 - Hospital Privado da Trofa

Camas	72 → 120
Blocos Operatórios	2 → 4
Unidade de Cuidados Intensivos	Não
Blocos de Partos	3 → 4
Serviço de Urgência	Sim
Quartos	30 → 40
Serviço de Imagem (TC, RMN)	Sim
Outros	Sim

Clínica Nossa Senhora das Dores

A Clínica Nossa Senhora das Dores (CSD) está localizada na cidade da Trofa e passou a integrar a gestão do HPT em Maio de 2006. Possui dois pisos com diversos consultórios, várias especialidades e serviço de enfermagem permanente.

Em 2009, o valor de serviços prestados ascendeu a aproximadamente 382 mil euros, representando um crescimento de cerca de 1% face a 2008.

Clínica da Maia

A Clínica da Maia (CMAI) abriu em Maio de 2006 e está sobre a alçada da gestão do HPT. Disponibiliza um vasto portfólio de serviços médicos e de enfermagem e está vocacionada para o apoio e consulta a toda a família.

Em 2009 a facturação ascendeu a 582.000€, tendo diminuído cerca de 10.000€ face ao ano anterior.

Clínica de Paços de Ferreira

A Clínica de Paços de Ferreira (CPF) abriu em 2007 e trata-se de mais uma unidade satélite do HPT. Possui nove consultórios, posto de colheita e de enfermagem, e disponibiliza cerca de 30 especialidades e diversos meios complementares de diagnóstico.

A facturação desta unidade ascendeu os 257.000€ em 2008, tendo aumentado para 282.000€ em 2009.

Hospital de Dia de Vila Nova de Famalicão

O Hospital de Dia de Vila Nova de Famalicão (HDF) abriu em Março de 2009 e está sobre a gestão do HPT. Dispõe de uma unidade de cirurgia de ambulatório com duas salas de bloco e uma sala de cuidados pós anestésicos, recobro para adultos e recobro pediátrico. Conta ainda com um serviço de urgência até às 24 horas, 11 consultórios e serviço de imagiologia.

Nos primeiros nove meses de existência, registou um Volume de Negócios de aproximadamente 900.000€.

Hospital Particular de Lisboa

O Hospital Particular de Lisboa (HPL) foi fundado em Fevereiro de 1967 e adquirido pelo GTS em Dezembro de 2007. A Unidade disponibiliza urgência 24h com cinco especialidades, cirurgia geral, cirurgia plástica e reconstrutiva, cirurgia vascular, neurocirurgia, ginecologia/obstetrícia, gastroenterologia, ortopedia, pediatria, entre outros.

Em 2009 facturou cerca de 11.755.000€, realizou 3.100 cirurgias, 300 partos, 36.000 consultas, 12.500 urgências e 12.700 diárias de internamento. A Tabela 13 reflecte as facilidades que o Hospital disponibiliza.

Tabela 13 - Hospital Particular de Lisboa

Camas	78
Blocos Operatórios	6
Unidade de Cuidados Intensivos	8
Blocos de Partos	2
Serviço de Urgência	Sim
Quartos	40
Serviço de Imagem (TC, RMN)	Não
Outros	Sim

Clínica Particular de Lisboa

A Clínica Particular de Lisboa (CPL) foi inaugurada em 2009 e encontra-se sobre a alçada da gestão do HPL. Esta unidade destina-se à prestação de serviços de ambulatório de âmbito generalista. Integra um diversificado portfolio de especialistas e serviços de saúde e está vocacionada para o apoio e consulta a toda a família.

O Volume de Negócios em 2009 ascendeu os 55.000€.

Hospital Privado da Boa Nova

O Hospital Privado da Boa Nova (HPBN) abriu em Matosinhos em Março de 2009 e pretende representar o conceito de *“One Stop Shopping”*. É o único hospital privado do norte do país com capacidade de resposta integral nas áreas materno-infantil e cardiovascular, 24h/365 dias por ano. Apesar deste especial enfoque, o HPBN disponibiliza uma oferta alargada e multidisciplinar das diversas especialidades médico-cirúrgicas.

Nos primeiros nove meses de actividade facturou cerca de 4,7 milhões de euros, tendo apresentado um crescimento médio de 25% ao mês. Realizou cerca de 700 cirurgias, 17.900 consultas, 15.700 urgências e 2.400 diárias de internamento. A Tabela 14 evidencia as facilidades que o HPBN disponibiliza.

Tabela 14 - Hospital Privado da Boa Nova

Camas	60
Blocos Operatórios	4
Unidade de Cuidados Intensivos	4
Blocos de Partos	4
Serviço de Urgência	Sim
Quartos	30
Serviço de Imagem (TC, RMN)	Sim
Outros	Sim

Instituto de Radiologia Dr. Pinto Leite

O Instituto de Radiologia Dr. Pinto Leite (IRPL) conta com 67 anos de experiência, tendo sido adquirido pelo GTS no ano de 2007. Esta Unidade, sediada na cidade do Porto, está especializada na realização de exames complementares na área da radiologia.

Em 2009 registou em volume de negócios de cerca de 3.208.000€ (mais 17% que em 2008) e atingiu, pela primeira vez, níveis de EBITDA superiores a 20%.

Planicare

A Planicare iniciou a sua actividade em 2009 na cidade do Porto. Esta Unidade posiciona-se como um parceiro para o tratamento e reparação do dano corporal a sinistrados de seguradoras, desde a participação do acidente à total recuperação e reintegração dos sinistrados.

No seu primeiro ano de actividade, a Planicare celebrou um total de 7 contratos, de âmbito nacional ou regional, que lhe permitiu atingir um volume de facturação de 4,3 milhões de euros. Ao longo do ano de 2009 realizou quase 1.000 cirurgias dentro das Unidade do GTS.

Trofa Sénior Residências

A Trofa Sénior Residências (TSR) resulta de uma parceria societária entre o GTS e o Sindicato dos Bancários do Norte realizada no final do ano de 2009, e tem como objectivo a prestação de cuidados de saúde à população sénior. Este projecto pretende dar uma resposta efectiva a cada uma das diferentes necessidades do segmento sénior, apresentando para o efeito: 67 Residências Individuais Assistidas (equivalentes a apartamentos T1, destinadas a residentes que procuram uma maior privacidade, comodidade e conforto) e 38 Suites. Dispõe igualmente da vertente de Centro de Dia (destinado ao acolhimento diário de seniores sem dependência) e de Suite Hotel Sénior (hotel com acompanhamento para estadia temporária).

No último trimestre de 2009 facturou cerca de 152.000€, mas prevê-se um forte crescimento deste segmento de mercado, tratando-se de um alvo prioritário da oferta de serviços do GTS. A proximidade ao Hospital Privado de Alfena, em Valongo, será um dos eixos fundamentais de desenvolvimento do negócio Trofa Sénior Residências, pelo potencial de *cross-selling* que a mesma proporciona.

Próximas Aberturas

Hospital Internacional do Algarve

O Hospital Internacional do Algarve (HIA), cuja abertura está prevista para Julho de 2010, encontra-se localizado na cidade de Albufeira e representa um investimento de cerca de 35

milhões de euros. Para além de servir a população da região do Algarve, seu principal enfoque, esta unidade vai permitir que o Grupo Trofa Saúde desenvolva uma componente de turismo de saúde através do aproveitamento do crescente número de pessoas que procuram tratamento médico ou estético durante as férias.

O Hospital possui 5.400m², distribuídos por cinco pisos, e vai apostar em valências com pouca cobertura na região, como é o caso da neurocirurgia e da ortopedia. A Tabela 15 indica as facilidades que o HIA irá disponibilizar.

Tabela 15 - Hospital Internacional do Algarve

Camas	25
Blocos Operatórios	4
Unidade de Cuidados Intensivos	Não
Blocos de Partos	3
Serviço de Urgência	Sim
Quartos	20
Serviço de Imagem (TC, RMN)	Sim
Outros	Sim

Hospital Privado de Braga

O Hospital Privado de Braga (HPB) representa um investimento de cerca 50 milhões euros e prevê-se que abra em Setembro de 2010 na cidade de Braga. Trata-se de um hospital geral e de agudos, que irá disponibilizar um serviço completo de urgência 24 horas, e oferecer um conjunto alargado de valências médicas, cirúrgicas e de diagnóstico, incluindo uma unidade de cuidados intensivos. Numa segunda fase do projecto, será construído um edifício para oncologia global, medicina nuclear, radioterapia e hospital de dia oncológico.

O Hospital disponibilizará as facilidades que se apresentam na Tabela 16.

Tabela 16 - Hospital Privado de Braga

Camas	100
Blocos Operatórios	6
Unidade de Cuidados Intensivos	6
Blocos de Partos	4
Serviço de Urgência	Sim
Quartos	40
Serviço de Imagem (TC, RMN)	Sim
Outros	Sim

Hospital Privado de Alfena

O Hospital Privado de Alfena (HPA) encontra-se em fase de construção, representando um investimento na ordem dos 50 milhões de euros e prevê-se que abra no ano de 2011 na cidade de Alfena. Trata-se de um hospital de agudos, com especial enfoque nas áreas de Cardiologia de Intervenção, Oncologia, Medicina e Ortopedia e Reabilitação.

O Hospital possui 17.887m², distribuídos por 8 pisos e disponibilizará as facilidades que se apresentam na Tabela 17.

Tabela 17 - Hospital Privado de Alfena

Camas	100
Blocos Operatórios	6
Unidade de Cuidados Intensivos	6
Blocos de Partos	6
Serviço de Urgência	Sim
Quartos	40
Serviço de Imagem (TC, RMN)	Sim
Outros	Sim

Hospital Privado de Vila Nova de Gaia

As obras do Hospital Privado de Gaia iniciaram-se em Setembro de 2008, próximo da Avenida da República em Gaia. O Hospital, cujo investimento representa cerca de 40 milhões de euros, dispõe de uma área bruta de cerca de 12.000m² e prevê-se que abra em 2012.

Disponibilizará as facilidades evidenciadas na Tabela 18.

Tabela 18 - Hospital Privado de Vila Nova de Gaia

Camas	60
Blocos Operatórios	4
Unidade de Cuidados Intensivos	Não
Blocos de Partos	3
Serviço de Urgência	Sim
Quartos	40
Serviço de Imagem (TC, RMN)	Sim
Outros	Sim

Unidades em fase de projecto

Hospital Privado de Vila Real

O Hospital Privado de Vila Real trata-se de um hospital generalista e de agudos e encontra-se actualmente em fase de projecto. Esta Unidade irá disponibilizar serviço de urgência de 24 horas, um conjunto variado de valências médicas, cirúrgicas e de diagnóstico, bem como serviços de cuidados intensivos. Na Tabela 19 encontram-se resumidas as facilidades que a Unidade irá disponibilizar.

Tabela 19 - Hospital Privado de Vila Real

Camas	60
Blocos Operatórios	4
Unidade de Cuidados Intensivos	Não
Blocos de Partos	3
Serviço de Urgência	Sim
Quartos	30
Serviço de Imagem (TC, RMN)	Sim
Outros	Sim

Hospital Privado Tejo Sul

O Hospital Privado Tejo Sul encontra-se actualmente em fase de projecto e disporá de uma área total de cerca de 24.000m². Trata-se um Hospital de agudos, com urgência 24h, urgência pediátrica e com especial enfoque nas componentes de oncologia, obstetrícia, ortopedia e clínica da mulher e criança. No Tabela 20 podem ser consultadas as facilidades que o Hospital irá disponibilizar.

Tabela 20 - Hospital Privado Tejo Sul

Camas	100
Blocos Operatórios	6
Unidade de Cuidados Intensivos	Sim
Blocos de Partos	4
Serviço de Urgência	Sim
Serviço de Imagem (TC, RMN)	Sim
Outros	Sim

G. H. T., Gestão Hospitalar, ACE

De forma a sustentar e apoiar o rápido crescimento do Grupo Trofa Saúde, foi criado um Agrupamento Complementar de Empresas - G. H. T. Gestão Hospitalar, ACE -, sediado na

cidade da Trofa, que disponibiliza vários serviços de suporte e tem como principal objectivo uniformizar as várias Unidades do Grupo a todos os níveis.

O ACE disponibiliza as seguintes actividades de suporte:

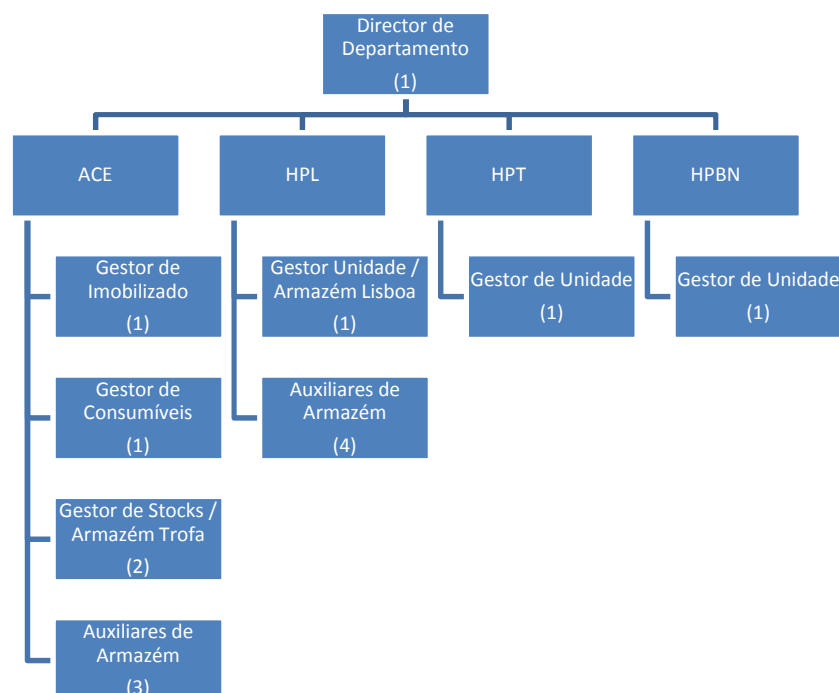
- Financeiro
- Facturação
- Marketing
- Obras e Projectos
- Qualidade
- Sistemas de Informação
- Aprovisionamento
- Farmácia
- Frota

5.2 Modelo Logístico actual

Com a expansão do grupo foi adoptado um modelo de centralização de compras, armazenagem e distribuição e é no ACE que estão centralizadas essas funções. O modelo logístico abrange três departamentos distintos: Aprovisionamento, Farmácia e Frota.

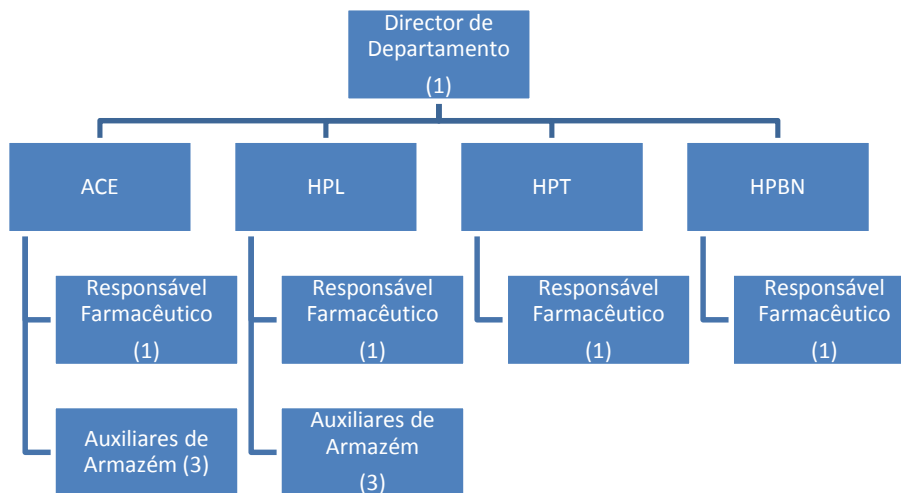
O departamento de Aprovisionamento é responsável pela aquisição de Imobilizado, Materiais de Consumo Clínico, Economato (material de consumo administrativo, de limpeza e de manutenção e conservação), Material de Consumo Hoteleiro e Serviços. É constituído por 15 colaboradores que estão divididos de acordo com as áreas apresentadas na Figura 6.

Figura 6 - Organograma Aprovisionamento



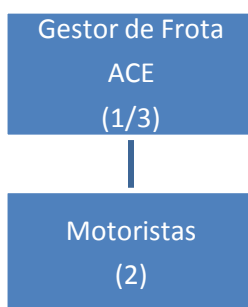
O departamento de Farmácia é responsável pela compra de medicamentos e outros produtos farmacêuticos, como reagentes. É composto por 11 pessoas distribuídas pelas funções descritas na Figura 7.

Figura 7 - Organograma Farmácia



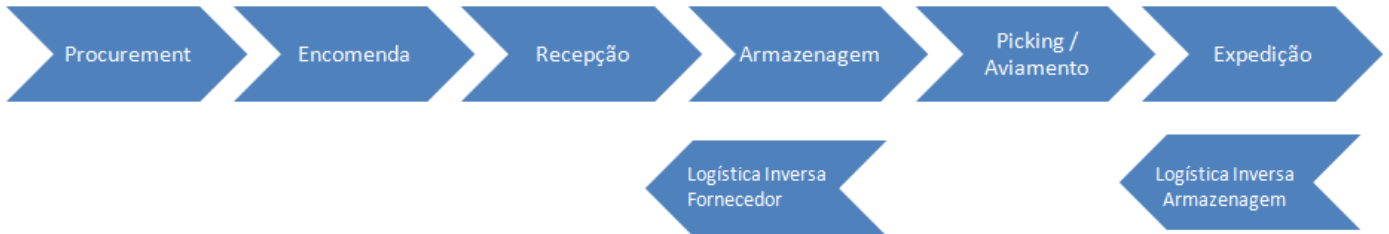
O Departamento de Frota é responsável pela entrega dos materiais de aprovisionamento e farmácia do armazém central da Trofa aos serviços de cada Unidade da Zona Norte. É constituído por uma pessoa que dispensa um terço do seu tempo a gerir a frota (custos de combustível, portagens, requisições de viaturas, planeamento de rotas, entre outros) – ver Figura 8 – dedicando o restante tempo a actividades do departamento de qualidade. É composto ainda por dois motoristas e duas viaturas, um furgão Mercedes com capacidade de carga de 9m³ adquirido há cerca de um ano e uma fourgonnette Renault com um volume de carga útil de 2,3m³ adquirida há 11 anos. Como em Lisboa os armazéns de farmácia e aprovisionamento se encontram no interior do hospital, a distribuição do material é feita internamente. Existe apenas um carro de serviço que transporta algum material para a Clínica Particular de Lisboa, cuja gestão se encontra ao cargo do HPL.

Figura 8 - Organograma Distribuição



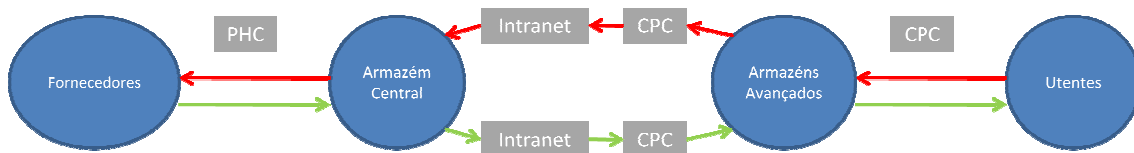
Os departamentos de Aprovisionamento e Farmácia são responsáveis pelas actividades apresentadas na Figura 9.

Figura 9 - Actividades desenvolvidas pelo Aprovisionamento e Farmácia



O modelo logístico do GTS conta com dois armazéns centrais, um na Trofa (Aprovisionamento: 170m², Farmácia: 40m²) e outro em Lisboa localizado no interior do Hospital Particular de Lisboa (Aprovisionamento: 60m², Farmácia: 40m²) e armazéns avançados nas várias Unidades. O armazém da Trofa expede para todos os Hospitais e Clínicas da Zona Norte, somando no total nove unidades, duas das quais são hospitais, e o armazém de Lisboa serve o Hospital Particular de Lisboa e a Clínica Particular de Lisboa. Todos os fluxos de materiais são registados em sistema informático, sendo que o GTS possui 3 aplicações para o efeito: PHC, Intranet e CPC. Na Figura 10 encontra-se esquematizado o papel de cada aplicação na relação entre as várias entidades intervenientes no processo logístico.

Figura 10 - Esquematização dos Sistemas de Informação de suporte às Actividades Logísticas



Analisando a Figura 10 do fim para o início verifica-se que sempre que é utilizado um artigo no tratamento de um utente, os enfermeiros dão saída do mesmo através da aplicação CPC, que actualiza automaticamente o stock. O enfermeiro chefe do respectivo serviço é responsável pelo pedido de material ao armazém central, através da aplicação Intranet que gera uma sugestão de pedido quando o stock atinge o nível mínimo estipulado. Os auxiliares do armazém central satisfazem os pedidos do material que têm stock. Caso não exista stock físico, nem encomenda feita, a aplicação PHC sugere ao gestor de consumíveis para encomendar o material em falta ao fornecedor pré-definido. Quando o material chega ao armazém central é conferido, recepcionado, etiquetado com um código de barras e descrição internos e arrumado no espaço do armazém dedicado ao artigo em causa.

A farmácia para além de enviar produtos farmacêuticos de uso corrente envia unidades de produtos, de acordo com a necessidade diária de cada utente. Esses movimentos de stock são feitos directamente do armazém central para a conta do utente.

As entregas aos Hospitais são feitas todos os dias, uma vez por dia, excepto ao fim-de-semana e às Clínicas duas vezes por semana.

6. Aplicação ao caso de estudo

Nos dias de hoje, a logística desempenha um papel fundamental no ganho de competitividade das empresas pelas suas potencialidades de redução de custos, diminuição do tempo de resposta aos clientes e melhoria do nível de serviço. Neste sentido, a extensão e complexidade da cadeia logística exige novas formas de cooperação e trabalho. Assim, se uma empresa não desempenha as suas funções logísticas de forma a assegurar uma maior competitividade, deve entregar essas funções a uma empresa especializada capaz de profissionalizar as actividades logísticas.

Depois de apresentada a empresa e os departamentos que servirão de base ao caso de estudo em questão, será discutida no presente capítulo a problemática da externalização das actividades logísticas sob o ponto de vista estratégico, analisados os custos inerentes aos vários cenários possíveis e discutidas as vantagens e desvantagens do outsourcing no caso concreto.

6.1 Análise Estratégica

Vários autores defendem que a distribuição e a armazenagem não constituem competências chave de uma Unidade Hospitalar e que esta ficaria melhor servida por uma empresa especializada em serviços logísticos (Gattorna, 1998, Schneller et al., 2006, Carvalho et al., 2009). De acordo com a definição de Prahalad e Hamel apresentada no Capítulo 3 considera-se competência central aquela que é única e diferenciadora, difícil de imitar pela concorrência e que contribui para o valor percebido pelo cliente, que o faz querer adquirir aquele produto/serviço e não outro. Assim, aquilo que diferencia uma Unidade Hospitalar de outra, é o serviço de prestação de cuidados de saúde propriamente dito, desde a admissão do utente, até ao momento em que o utente sai da Unidade Hospitalar e é despoletado o serviço pós-venda. As actividades de armazenagem de material e de distribuição são consideradas actividades de suporte, que apesar de poderem afectar o valor percebido pelo cliente, não constituem actividades chave de uma Unidade Hospitalar, pois o foco de um Hospital deve ser o de prestar um serviço excelente, com bons profissionais de saúde, enfermeiros e auxiliares disponíveis e dedicados e com tecnologia de ponta. Uma Unidade Hospitalar pode beneficiar se os serviços logísticos forem prestados por empresas especializadas, pois liberta meios para melhorar o serviço ao cliente final e consegue obter serviços logísticos de melhor qualidade prestados por profissionais.

Com a iminente abertura de três novos hospitais revelou-se necessário repensar toda a actividade logística do Grupo Trofa Saúde e definir uma nova estratégia corporativa. De facto o modelo de centralização foi considerado uma boa opção, sendo preferível a um modelo de armazéns individuais para cada hospital.

No entanto, actualmente não se coloca a questão da centralização logística, mas sim da externalização logística. Este problema coloca-se principalmente para o aprovisionamento e

para o departamento de frota (distribuição). A farmácia não será alvo do estudo pois a preparação de unidoses e manipulados são consideradas competências estratégicas, sobre as quais a organização deseja manter controlo interno. Para além disso, tanto quanto se saiba não existe em Portugal nenhum operador logístico preparado para trabalhar com unidoses.

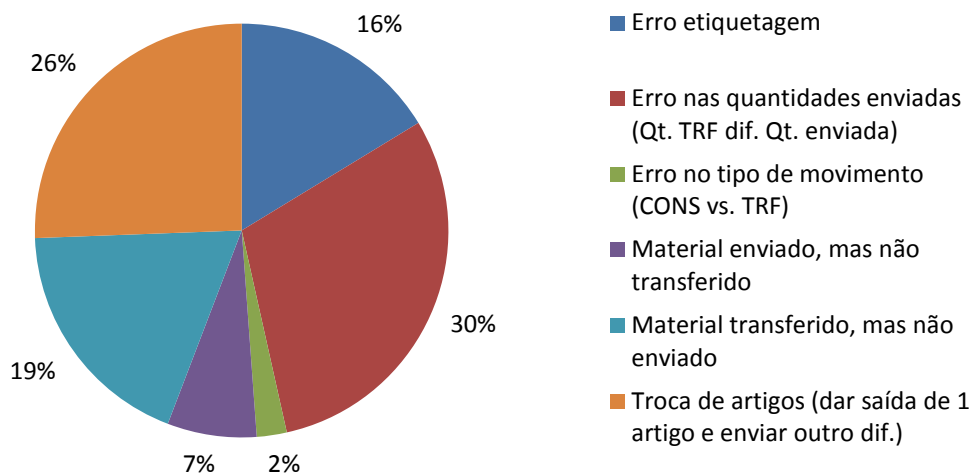
De forma a clarificar o dilema “*to own vs. to outsource*” é descrita, de seguida, a situação actual do aprovisionamento e da distribuição e as principais motivações que levaram a administração a repensar todo o modelo logístico do GTS.

Aprovisionamento

Os dois novos hospitais da zona Norte, Hospital Privado de Braga e Hospital Privado de Alfena, poderiam ser servidos pelo armazém central da Trofa. Contudo este armazém não tem, actualmente, capacidade nem condições para abastecer mais dois hospitais. O espaço é reduzido e o nível de serviço com a abertura do Hospital Privado da Boa Nova tem-se vindo a deteriorar: as encomendas chegam a ficar 2 a 3 dias na zona de recepção, sem serem conferidas e recepcionadas, depois de recepcionado o material fica na zona de etiquetagem até ser necessário para satisfazer um pedido, os prazos de validade não são controlados e existem muitos erros no aviamento de material.

Em Fevereiro e Março de 2010 foi realizado um levantamento do tipo de erros no aviamento e foram obtidos os seguintes resultados (ver Gráfico 7): 30% dos erros consistiam em equívocos nas quantidades enviadas, isto é, a quantidade transferida informaticamente não correspondia à quantidade enviada fisicamente; 26% correspondiam a troca de artigos, ou seja, transferiam determinado artigo informaticamente mas enviavam fisicamente outro diferente; 19% dos erros diziam respeito a material que era transferido informaticamente mas não era enviado fisicamente; 16% correspondia a material enviado que estava mal etiquetado; 7% dizia respeito a material enviado mas não transferido; e 2% a erros no tipo de movimento, isto é, em vez de darem consumo ao serviço transferiam o material para o stock do serviço, ou vice-versa. Todos estes erros originam problemas a montante e a jusante: o stock informático do armazém central e dos armazéns avançados não têm correspondência com o stock físico, sendo necessário efectuar vários acertos diários de stock quer negativos, quer positivos; consequentemente a sugestão informática de encomendas não funcionava, dando origem a urgências, isto é, material que era necessário no imediato, e que informaticamente existia no stock, mas que na realidade não existia fisicamente, nem estava encomendado pois o sistema não tinha sugerido a encomenda.

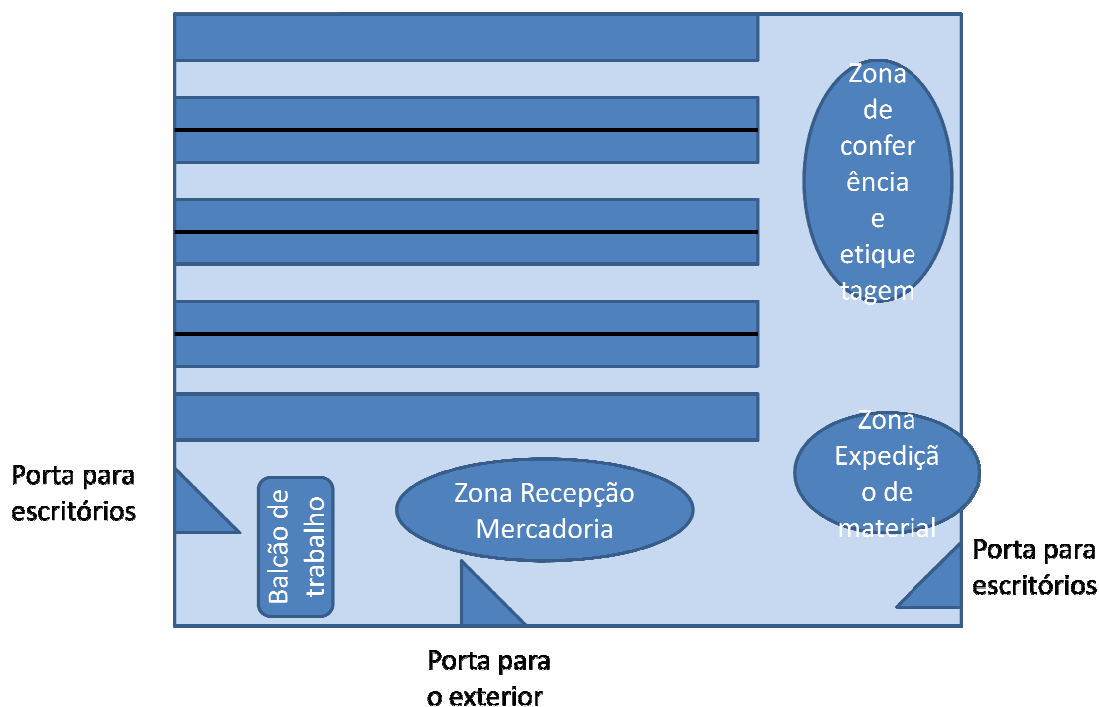
Gráfico 7 - Erros de preparação de pedidos de aprovisionamento (Fevereiro e Março 2010)



Para além, disso todo o *layout* do armazém e tecnologias utilizadas no aviamento de pedidos não contribuem para um trabalho eficiente por parte dos operadores do armazém:

- O armazém é composto por 8 filas de estantes com 8 bastidores. Os corredores são muito pequenos e as estantes, de um dos lados, estão encostadas a uma parede (ver Figura 11).
- O *picking* do material é feito por encomenda (ex: pedido de material da Urgência do Hospital da Trofa) que está organizada pelas localizações das estantes. O material é colocado em caixas que não são possíveis de transportar para dentro de uma fila, ficam na zona de conferência e etiquetagem enquanto o pedido é aviado, pelo que o *picker* pode ter de ir e vir à mesma fila várias vezes, pois não consegue transportar tudo com as mãos até à caixa. Também não é possível utilizar carrinhos, pois não há espaço suficiente entre os corredores.
- Há dias em que a zona de recepção de mercadoria fica completa, sendo necessário colocar a mesma numa zona à parte (corredor da área administrativa – não representado na figura).
- Os operadores imprimem os pedidos a aviar em folhas que utilizam durante o *picking*. Depois voltam ao computador para darem saída informática do pedido, sendo que a listagem de artigos pendentes aparece numa ordem diferente da impressa. Nesta última actividade são necessários cerca de 10 minutos para se assegurar que não há erros na transferência de stock do armazém central para os armazéns avançados.
- Com a abertura do Hospital da Boa Nova, o nº de SKU compradas aumentou, bem como a quantidade transaccionada das SKU existentes. Por outro lado, as novas SKU introduzidas foram sendo colocadas ao acaso no armazém, nos pequenos espaços vazios existentes. Isto originou falta de organização dos produtos nas estantes e ineficiências ao nível das movimentações dentro do armazém.

Figura 11 - Esboço do actual armazém central da Zona Norte



Neste armazém de 120m² encontra-se armazenado o material de consumo clínico (69%), dos quais 44% são stock próprio e 26% stock consignado, material de consumo administrativo (11%), material de limpeza (2%) e material de manutenção e conservação (1%). O material de consumo hoteleiro, que representa cerca de 17% do valor do stock total, encontra-se armazenado num armazém a 5km do central com uma área de 50m². Este material é aviado uma vez por semana, quando solicitado.

Nas condições descritas conclui-se que actualmente não existe estrutura para aguentar com mais dois hospitais na Zona Norte. Seria então necessário fazer obras de fundo no armazém actual de forma a aumentar o espaço disponível, investir em tecnologias de suporte a toda a actividade do armazém (PDA's, EDI, ...), e recorrer a consultores externos capazes de desenhar todo o modelo logístico do GTS, isto é, levantamento e redefinição dos processos e organização logística, desenho de soluções de infra-estruturas, *layouts* e equipamentos logísticos e implementação de procedimentos internos mais eficazes.

No que toca ao Hospital Internacional do Algarve, a administração considera que se as operações logísticas forem levadas a cabo internamente a melhor solução de abastecimento do HIA seria através do armazém central de Lisboa. O HIA tem uma dimensão relativamente reduzida e a procura será muito sazonal para justificar a criação de um armazém central na zona sul. O Hospital seria então abastecido pelo armazém de Lisboa cerca de três vezes por semana, sendo para isso necessário reforçar o stock do armazém de Lisboa e adquirir um veículo para transportar o material para o Algarve.

Distribuição

No que concerne à distribuição esta apresenta alguns problemas:

- Por vezes os pedidos preparados ficam “esquecidos” no armazém e não são transportados para a Unidade correspondente.
- Existem trocas de material entre Unidades e entre serviços, isto é, são entregues materiais num determinado serviço/Unidade que deveriam ser entregues noutra.
- Por vezes os motoristas entregam o material sem recolher qualquer comprovativo de entrega (assinatura de quem recepcionou).
- Os comprovativos de entrega de material são em papel, que devem ser assinados no momento da recepção. Os papéis assinados só são entregues ao aprovisionamento e farmácia no dia seguinte à entrega (quando são entregues).
- A rastreabilidade na entrega dos pedidos é muito incipiente.
- Existe uma elevada rigidez nas entregas, não sendo efectuadas entregas urgentes por parte dos motoristas. Estas têm de ficar a cargo das pessoas do aprovisionamento e da farmácia.
- Falta de cuidado no manuseamento dos produtos, principalmente no que diz respeito a fármacos.

Se a distribuição continuar a ser feita internamente, com base em recursos próprios, ter-se-á que afectar o tempo total de uma pessoa à gestão de frota, contratar mais motoristas e investir na compra de duas novas viaturas (uma para abastecer o HPB e HPA e outra para transportar o material de Lisboa para o Algarve). Todo o processo de entregas terá de ser revisto de forma a torná-lo mais eficaz e eficiente e será necessário investir em tecnologias de informação que permitam uma maior rastreabilidade do material.

No seguimento das descrições e razões apresentadas, o Grupo Trofa Saúde terá de decidir se externaliza as actividades de transporte e armazenagem de materiais de aprovisionamento ou se investe em novas instalações, viaturas de transporte de material, sistemas de informação de suporte e recrutamento de novos colaboradores. Uma vez que as actividades logísticas não são consideradas competências chave do GTS a colocação deste problema considera-se legítima.

Nos subcapítulos seguintes são analisadas as duas opções sob o ponto de vista económico e sob o ponto de vista qualitativo.

6.2 Análise Económica

Após a análise estratégica da questão “*to own*” vs. “*to outsource*” que se coloca à logística do Grupo Trofa Saúde, importa analisar do ponto de vista económico-financeiro as duas opções. A análise da viabilidade económica é uma ferramenta essencial de apoio a uma decisão desta natureza, permitindo analisar a viabilidade do projecto e detectar os ajustamentos necessários para o sucesso da sua implementação.

Nesta análise foram considerados os inputs das várias metodologias descritas no Capítulo 4. Neste sentido, foi realizado um levantamento dos custos actuais das operações de distribuição e aprovisionamento, e realizada uma previsão dos custos futuros sem outsourcing e com outsourcing (McIvor, 2000, Zhu et al., 2001, Kumar et al., 2007, Greaver, 1999, Marshall et al., 2005). Aos novos custos decorrentes do outsourcing foram adicionados os custos que não desaparecerão com a externalização e as potenciais poupanças de capital (Greaver, 1999, Schneller et al., 2006).

Para facilitar a análise económica, o problema foi analisado em duas etapas:

1º Análise dos custos da operação de distribuição

2º Análise dos custos de armazenagem do aprovisionamento

A subdivisão do problema em duas etapas revelou-se necessária uma vez que simplifica a análise e ajuda a compreender detalhadamente os custos de cada actividade – *Activity Based Cost*. Esta separação torna possível a análise individual da viabilidade de realizar outsourcing ou não, podendo inclusive levar à conclusão da rentabilidade da externalização de apenas uma das actividades.

1º Análise dos custos da operação de distribuição

A operação de distribuição foi analisada segundo três cenários distintos:

Cenário A - *Situação actual* – análise dos custos actuais do GTS com a actividade de distribuição. O levantamento da situação actual permite realizar previsões e pressupostos para as situações futuras.

Cenário B - *Situação futura com distribuição interna* – previsão dos custos mensais que o GTS suportará no ano de 2011, com três novos hospitais abertos e com a distribuição a ser levada a cabo internamente.

Cenário C - *Situação futura com externalização de distribuição* – custos que o GTS suportará com o outsourcing se a distribuição for externalizada, e com os três novos hospitais abertos.

Após o levantamento dos custos dos vários cenários, serão comparados os dois cenários futuros, com e sem externalização, de forma a concluir sobre a sua viabilidade.

Se seguida são descritos os vários cenários e respectivo levantamento de custos.

Cenário A - Situação actual

Actualmente, o departamento de frota é constituído por dois motoristas e um gestor de frota que afecta 1/3 do seu tempo às operações logísticas. Os custos mensais com pessoal ascendem portanto a aproximadamente 2.300€.

Foram ainda estimados os seguintes custos mensais com as duas viaturas:

- Combustíveis: 1.300€
- Custo do renting da viatura tipo furgão Mercedes: 990€
- Custos de manutenção da fourgonnette Renault: 170€
- Seguros: 126€

Na Tabela 21 é apresentado um resumo dos custos incorridos pelo GTS actualmente com a operação de distribuição.

Tabela 21 - Custos actuais Transporte de Mercadorias

Transporte de Mercadorias	"As is" (€/mês)
Custos com Pessoal	2.300
Viaturas	
Combustíveis	1.300
Viatura	990
Manutenção	170
Seguros	127
	<u>5.287</u>

Adicionalmente, foram calculados os custos por km percorrido que servirão de referência para o Cenário B.

Tabela 22 – Distância mensal percorrida entre Armazém Central da Trofa e Unidades da Zona Norte

	Distância Armazém Central - Unidade (Km)	Nº viagens semanais	Distância percorrida mês (Km)
HPBN	33	5	1.320
IRPL/Planicare	35	2	560
CMAI	15	2	240
CPF	40	2	640
			<u>2.760</u>

A Tabela 22 indica a distância em Km do armazém central da Trofa às Unidades que este abastece. O HPBN é abastecido cinco vezes por semana e as clínicas são abastecidas dois dias por semana. A distância total percorrida por mês é calculada pela seguinte fórmula:

$$\text{Distância Armazém Central Unidade} \times 2 \text{ (viagem ida e volta)} \times \text{Nº viagens semanais} \times 4 \text{ (nº semanas por mês)}$$

As distâncias percorridas entre o armazém central da Trofa e o HPT e CSD são consideradas negligenciáveis, bem como a distância percorrida entre a CPL e o armazém central de Lisboa, dada a proximidade entre ambos.

Uma vez que os custos mensais de combustível são de 1.300€, pode-se concluir que o custo por km percorrido é de: $1.300\text{€} / 2.760\text{Km} \approx 0,47\text{€/Km}$

Cenário B - Situação futura com distribuição interna

Para calcular os custos futuros da operação de distribuição levada a cabo internamente foram considerados os seguintes pressupostos:

- Tendo em conta que o tempo dos 2 motoristas que constituem o departamento de frota se encontra totalmente preenchido, seria necessário contratar mais 2 motoristas: um para transportar o material para o HPB e HPA e outro para transportar o material de Lisboa para o HIA.
- Actualmente o gestor de frota dispensa apenas 1/3 do seu tempo às operações logísticas. Com o aumento do número de unidades a abastecer e consequente aumento da complexidade logística seria necessário afectar o tempo total de uma pessoa à gestão de todas as operações de distribuição.
- Seriam adquiridos dois novos furgões. Um para fazer a distribuição do HPB e HIA, outro para fazer a distribuição entre Lisboa e Algarve.
- Considera-se que os três novos hospitais já se encontram abertos.

Neste sentido, os custos com pessoal ascenderiam a 3.900€ por mês.

Os custos de combustível foram calculados tendo em conta o custo por Km calculado no Cenário A e tendo em conta as novas unidades a abastecer. Assim, foi calculada a distância percorrida entre o Armazém Central da Trofa e o Hospital de Braga e de Alfena e foi calculada a distância entre o Armazém Central de Lisboa e o Hospital Internacional do Algarve (ver Tabela 23).

Tabela 23 -Distância mensal percorrida entre Armazéns Centrais e Unidades

	Distância Armazém Central - Unidade (Km)	Nº viagens semanais	Distância percorrida mês (Km)
HPBN	33	5	1.320
IRPL/Planicare	35	2	560
CMAI	15	2	240
CPF	40	2	640
HPB	35	5	1.400
HPA	25	5	1.000
HIA	260	3	6.240
			11.400

Assim, os custos totais mensais com combustível ascenderiam a: $11.400\text{Km} \times 0,47\text{€/Km} = 5.370\text{€}$.

Com a aquisição de duas novas viaturas, o GTS terá de suportar custos de renting superiores aos actuais. Assim, pressupõe-se que o custo de renting por viatura será igual ao custo actual do furgão Mercedes, ou seja, 990€/mês . O custo de renting das três viaturas será de $990\text{€} \times 3 = 2.970\text{€/mês}$.

Os custos de manutenção com a fourgonnette Renault de 170€/mês mantêm-se.

O custo mensal com seguros ascenderá os 317€ , sendo que se pressupõe que o valor do seguro de cada uma das novas viaturas será igual ao do furgão Mercedes.

A Tabela 24 evidencia um resumo dos custos esperados num cenário futuro com distribuição interna:

Tabela 24 – Alguns custos futuros de Transporte de Mercadorias sem externalização

Transporte de mercadorias	Futuro sem externalização (€/mês)
Custos com Pessoal	3.900
Viaturas	
Combustíveis	5.370
Viatura	2.970
Manutenção	170
Seguros	317
	12.727

Se o GTS investir em frota própria a Administração considera relevante investir num sistema de localização de frota baseado em tecnologia GPS e GSM. De acordo com os orçamentos levantados, este serviço teria um custo mensal de 25€ por cada viatura, compreendendo um período de fidelização de 48 meses. Assim, este custo seria considerado para a análise como um custo de oportunidade do capital investido, uma vez que este dinheiro deixa de estar disponível para outros investimentos. A esse capital investido é então aplicada uma taxa – WACC (*Weighted Average Cost of Capital* ou em português Custo Médio Ponderado de Capital) – que representa o retorno mínimo exigido de um investimento. O WACC utilizado pelo Grupo Trofa Saúde na análise de investimentos é de 13%. Desta forma pode afirmar-se que mensalmente o GTS tem um custo de oportunidade do capital de $(25\text{€} \times 4 \text{ viaturas} \times 48 \text{ meses} \times 13\%) / 12 = 52\text{€}$.

Como se pode verificar na Tabela 25 o custo total mensal da operação de distribuição interna será de 12.779€ .

Tabela 25 - Custos futuros totais de Transporte de Mercadorias sem externalização

Transporte de mercadorias	Futuro sem externalização (€/mês)
Sub-total	12.727
Custo de Oportunidade	52
Custo Total	12.779

Cenário C - Situação futura com externalização de distribuição

No cenário de externalização foram estimados os custos de uma operação logística de transporte realizada por terceiros, com base em vários orçamentos fornecidos. Assim, considera-se que o Operador Logístico X cobra 8,51€ por cada entrega a cada serviço e que os três novos hospitais se encontram abertos. Considerando que actualmente o GTS faz entregas diárias a cerca de 6 serviços por hospital e realiza entregas duas vezes por semana a cada clínica, foi construída a Tabela 26.

Tabela 26 - Custos futuros de Transporte de Mercadorias com externalização

Unidade	Nº entregas mensais	Nº de serviços por entrega	Valor de entrega por serviço (€)	Valor Total Mensal (€)
HPT	22	6	8,51	1.123
HPBN	22	6	8,51	1.123
HPL	22	6	8,51	1.123
HPB	22	6	8,51	1.123
HIA	22	6	8,51	1.123
HPA	22	6	8,51	1.123
CMAI	8	1	8,51	68
CSD	8	1	8,51	68
CPF	8	1	8,51	68
HDF	8	1	8,51	68
IRPL	8	1	8,51	68
PLANICARE	8	1	8,51	68
TSR	8	1	8,51	68
				7.216

Analisando a Tabela 26, uma vez que são realizadas entregas diárias a cada hospital, excepto ao fim-de-semana, considera-se que são realizadas 22 entregas mensais a cada hospital. Por clínica são realizadas 2 entregas semanais, ou seja, 8 entregas por mês. Em média, as entregas

por hospital são feitas a 6 serviços distintos, sendo que as entregas às clínicas contabilizam apenas um serviço. Tudo isto multiplicado pelo valor unitário de entrega por serviço totaliza cerca de 7.216€ por mês.

Se o GTS optasse pela solução de externalização, não suportaria os custos adicionais do Cenário B decorrentes da abertura das novas unidades – compra de mais viaturas, contratação de mais colaboradores, entre outros – ficando esse dinheiro disponível para outros investimentos. Por outro lado, deixaria de suportar os custos que possui actualmente, quer com colaboradores, quer com viaturas. O GTS poderá ainda realizar benefícios financeiros com a venda da fourgonnette Renault e retoma por parte do Operador Logístico do furgão Mercedes.

Comparação de cenários

Após o levantamento dos custos dos vários cenários, torna-se relevante comparar os mesmos de forma a tomar uma decisão quanto à externalização da operação de distribuição. Na Tabela 27 é apresentado um pequeno resumo dos custos totais dos vários cenários.

Tabela 27 - Comparação de custos de Transporte de Mercadorias

Transporte de Mercadorias

	<i>"As is"</i> (€/mês)	Futuro sem Externalização (€/mês)	Futuro com Externalização (€/mês)
	5.287	12.779	7.216

A situação actual é aquela que comporta menos custos, mas não pode ser comparada directamente com as restantes, pois baseia-se em pressupostos distintos. Assim deve-se comparar a situação futura sem e com outsourcing. Desta comparação retira-se que a solução de outsourcing de transporte de mercadorias é mais vantajosa em termos económicos que a opção de internalização. De facto, a abertura das novas unidades hospitalares iria fazer disparar os custos logísticos internos com a distribuição de mercadorias, sendo mais rentável esta operação ser realizada por uma empresa especializada que consegue prestar o serviço a preços mais baixos.

2ª Análise dos custos de armazenagem do aprovisionamento

O departamento de aprovisionamento é responsável pela recepção, armazenagem e preparação de material para as várias Unidades do GTS. O aprovisionamento gere os seguintes materiais: material de consumo clínico, material de economato (consumo administrativo, limpeza e manutenção) e material de consumo hoteleiro.

A análise dos custos do aprovisionamento, à semelhança da distribuição, foi realizada com base em três cenários distintos:

Cenário A - *Situação actual* – análise dos custos actuais do GTS com a actividade de armazenagem de materiais do aprovisionamento. O levantamento da situação actual permite realizar previsões e pressupostos para as situações futuras.

Cenário B - *Situação futura com armazenagem interna* – previsão dos custos mensais que o GTS suportará no ano de 2011, com três novos hospitais abertos e com a armazenagem de materiais do aprovisionamento a ser levada a cabo internamente.

Cenário C - *Situação futura com externalização de armazenagem* – custos que o GTS suportará com o outsourcing se a armazenagem for externalizada, e com os três novos hospitais abertos.

Após o levantamento dos custos dos vários cenários, foram comparados os dois cenários futuros, com e sem externalização com o intuito de concluir acerca da viabilidade económica do outsourcing de armazenagem.

De seguida são descritos os vários cenários e respectivo levantamento de custos.

Cenário A - Situação actual

Actualmente o Aprovisionamento possui sete colaboradores afectos às operações de recepção, armazenagem e preparação de pedidos, sendo que quatro pertencem ao armazém da Trofa e três ao armazém de Lisboa. No total os custos com pessoal ascendem a cerca de 6.375€ mensais.

A armazenagem ocupa actualmente uma área de 230m², dos quais 170m² correspondem ao armazém da Trofa e 60m² ao armazém de Lisboa. Este espaço não é propriedade própria do GTS, considerando-se assim um custo mensal de aluguer de espaço de 1.162€.

No passado ano de 2009, durante os inventários registaram-se quebras de stock no valor de 149.000€. Considera-se que se tratou de um ano atípico, sendo que grande parte das quebras dizem respeito a trabalho administrativo que não foi realizado aquando da saída de material de consumo hoteleiro para os vários hospitais e clínicas. Contudo, esse custo foi considerado na situação actual: 149.000€ / 12 meses = 12.417€.

Foram ainda consideradas as amortizações do equipamento – computadores, impressoras de etiquetas, estantes – no valor de 97€ mensais.

Por fim, foram considerados outros custos como electricidade, seguros, limpeza e consumíveis, no valor de 570€/mês.

Na Tabela 28 encontram-se evidenciados os custos actuais do aprovisionamento.

Tabela 28 - Custos actuais de Armazenagem

Armazenagem	"As is"
Custos com Pessoal	6.375
Espaço de armazém	1.162
Quebras	12.417
Amortizações - equipamentos	97
Outros	570
	<u>20.621</u>

Cenário B - Situação futura com armazenagem interna

A análise da situação futura com armazenagem interna baseia-se nos seguintes pressupostos:

- Considera-se que os três novos hospitais já se encontram abertos. Sendo que o HPB e HPA são abastecidos pelo armazém central da Trofa e o HIA é abastecido pelo armazém de Lisboa.
- Serão contratados mais 3 colaboradores para o armazém da Trofa, cujo volume de mercadorias recepcionadas e expedidas irá aumentar consideravelmente, pois irá abastecer dois novos hospitais (os maiores do GTS).
- Para o armazém de Lisboa não será necessário contratar mais nenhum colaborador, pois os que se encontram a trabalhar actualmente ainda conseguem suportar a abertura de mais um hospital de apenas 25 camas (HIA).
- A taxa anual de quebras de 2009 foi de 23%, mas como se tratou de uma situação atípica e pontual, para o cenário futuro será considerada uma taxa anual de quebras de 10% do valor do stock total.
- Pelos problemas descritos na análise estratégica a Administração considera que se a armazenagem continuar a ser levada a cabo internamente, o armazém da Trofa terá de sofrer alterações profundas, bem como os procedimentos de toda a equipa de aprovisionamento. Considera-se portanto, que o espaço de armazenagem passará de 170m² para uma capacidade instalada de 800m².

Apresentados os pressupostos, serão de seguida enunciados os custos previsionais da armazenagem em 2011.

Assim, com 10 colaboradores os custos com pessoal ascenderão a 9000€/mês.

Foi estimada uma renda mensal média por m², de forma a aplicar aos 860m² de espaço de armazenagem da Trofa e de Lisboa. Assim o valor estimado, com base nos vários preços por m² pagos pelo GTS, é de 7,5€/m². Deste modo, o valor total mensal pago pelo espaço de armazenagem será de 6.450€.

Como foi referido nos pressupostos, a taxa de quebras de stock considerada será de 10% do valor do stock. Actualmente o valor do stock da Trofa e de Lisboa é de 650.000€, com a

abertura das novas unidades espera-se que aumente até os 750.000€. Assim, o valor mensal de quebras a considerar será de $(750.000 \times 10\%) / 12 = 6.250\text{€}$.

Para o cálculo das amortizações, foram tidos em consideração os seguintes investimentos:

- Obras de alargamento do armazém da Trofa: uma vez que o espaço do armazém da Trofa é bastante pequeno, estando inclusive o material de consumo hoteleiro armazenado num armazém diferente do principal, seria necessário fazer obras de alargamento do actual armazém. O custo estimado para as obras é de 250.000€ e foi considerada uma amortização em 25 anos.
- Aquisição de computadores: seria necessário adquirir 6 novos computadores para levar a cabo o trabalho no armazém, pelo valor unitário de 500€ a amortizar em 6 anos.
- Aquisição de impressoras de etiquetas: seria necessário adquirir 3 novas impressoras de etiquetas de forma a auxiliar na tarefa de etiquetagem dos materiais. O custo unitário ascende a 1200€, a amortizar em 6 anos.
- Aquisição de estantes: aquisição de 30 estantes para armazenar os novos materiais, com um custo unitário de 20€, a amortizar em 8 anos.
- Aquisição de PDA's: aquisição de PDA's e respectivos acessórios de forma tornar o processo de *picking* mais eficiente. O custo unitário de cada PDA é de cerca 2.325€ a amortizar em 6 anos.

Desta forma, as amortizações mensais ascendem a 1.093€.

Considera-se ainda, que o valor dos outros custos (electricidade, seguro, limpeza, ...) calculados no cenário anterior triplicaria neste novo cenário, totalizando 1.710€.

Na Tabela 29 encontram-se descritos os vários custos associados à operação de armazenagem.

Tabela 29 - Alguns custos futuros de armazenagem sem externalização

Armazenagem	Futuro sem Externalização (€/mês)
Custos com Pessoal	9.000
Espaço de armazém	6.450
Quebras	6.250
Amortizações - equipamentos	1.093
Outros	1.710
	<u>24.503</u>

Para além dos custos supra indicados, na análise do presente cenário foram igualmente considerados os custos com a melhoria de processos internos. Como foi demonstrado na análise estratégica, os procedimentos do aprovisionamento encontram-se ainda ajustados à realidade de apenas um hospital, dando origem a muitas falhas e erros. A Administração considera então necessário recorrer a consultoria externa com o intuito de redesenhar todo o

modelo logístico do GTS, desde o levantamento da situação actual, à redefinição de processos, infra-estruturas e equipamentos. Para além disso seria ainda necessário suportar custos de desenvolvimento de software de forma a viabilizar a utilização dos PDA's necessários ao aumento da eficiência dos processos. Considerou-se portanto um custo total de 60.000€ no desenvolvimento destes dois projectos, baseado na análise de vários orçamentos. Estes custos foram contabilizados como custos de oportunidade, uma vez que este dinheiro deixa de estar disponível para investir noutros projectos.

A solução de armazenagem interna conduz a outras ineficiências como a duplicação de stock, que devem ser medidas. O GTS possui dois armazéns centrais, cujo valor do stock se espera que ascenda a 750.000€ em 2011. Se a operação de armazenagem fosse levada a cabo por um operador logístico, o stock iria estar armazenado em apenas um local, fazendo diminuir o valor do stock. Para a presente análise foi considerada uma poupança média de 100.000€ de stock que não é possível realizar com a armazenagem interna. A este valor foi aplicado o WACC de 13% de forma a identificar o custo de oportunidade associado.

Em suma, os custos de oportunidade mensais considerados para o presente cenário são:

- Consultoria externa e desenvolvimentos informáticos para PDA's: $(60.000€ \times 13\%) / 12 = 650€$
- Poupança stock: $(100.000€ \times 13\%) / 12 = 1083€$

Assim, os custos totais da operação de armazenagem levada a cabo internamente encontram-se descritos na Tabela 30:

Tabela 30 - Custos futuros totais de armazenagem sem externalização

Armazenagem	Futuro sem Externalização (€/mês)
Sub-total	24.503
Custo de Oportunidade	1.733
Custo Total	26.236

Cenário C - Situação futura com externalização de armazenagem

No cenário de externalização de armazenagem foram considerados dois tipos de orçamentos possíveis:

- Custo variável com as unidades expedidas
- Custo fixo mensal

De seguida são analisadas as duas opções.

I. Custo variável com as unidades expedidas

Na opção de custos variáveis foram analisadas diversas propostas de operadores logísticos com custos de armazenagem variáveis de acordo com as unidades expedidas.

Actualmente os dois armazéns do GTS expedem cerca de 235.000 unidades mensais. Com a abertura dos novos hospitais espera-se que o número de unidades expedidas totalize em média 400.000 unidades mensais, considerando um pico na abertura dos hospitais que permita “encher” os armazéns avançados, e um período menos movimentado nos primeiros meses de actividade dos novos hospitais, sendo que a procura das restantes unidades se encontra estabilizada.

Assim, se se considerar um valor médio de 0,14€ por unidade expedida, tem-se que na situação actual o GTS despenderia $0,14€ * 235.000 = 32.900€$ e no futuro: $0,14 * 400.000 = 56.000€$, com a operação de armazenagem. O valor de 0,14€ por unidade expedida inclui a recepção, etiquetagem, armazenagem, e preparação de pedidos. Com estes valores a externalização da operação de armazenagem não é economicamente viável, tendo em conta que actualmente a operação interna custa cerca de 20.391€/mês e no futuro prevê-se que custe 26.236€.

Assim, foi necessário analisar outro tipo de opção: custos fixos mensais.

II. Custo fixo mensal

Após o levantamento dos custos actuais e a previsão dos custos futuros, chegou-se à conclusão que a externalização da armazenagem só seria economicamente viável a partir de um valor mensal igual ou inferior a 20.000€/mês. Uma vez que as propostas de custos variáveis ficavam muito aquém deste valor, esta tornou-se a contra-proposta do GTS. Só a partir deste valor o outsourcing faria sentido quer no cenário actual e quer no futuro. Esta contra-proposta foi aceite por um operador logístico.

Com a externalização todos os custos suportados actualmente pelo GTS desaparecerão, mas é necessário ter em conta os custos com desenvolvimento informático que o GTS teria de suportar de forma a integrar os sistemas de informação do operador logístico com os sistemas internos. Estes custos ascenderiam a 7.000€, que aplicando o WACC de 13% representaria um custo de oportunidade mensal de 75€ que deve ser somado à proposta do operador logístico.

Comparação de cenários

Após o levantamento dos custos dos vários cenários, torna-se relevante comparar os mesmos de forma a tomar uma decisão quanto à externalização da operação de armazenagem. Na Tabela 31 é apresentado um pequeno resumo dos custos totais dos vários cenários.

Tabela 31 - Comparação de custos de armazenagem

Armazenagem	"As is" (€/mês)	Futuro sem Externalização (€/mês)	Futuro com Externalização (€/mês)
	20.621	26.236	20.075

No caso da armazenagem, o cenário futuro com externalização é aquele que apresenta custos mais baixos comparativamente com o cenário futuro sem outsourcing e inclusive com a situação actual. Desta forma, a solução de externalização de armazenagem torna-se a mais rentável do ponto de vista económico.

6.3 Análise Qualitativa

Após a análise estratégica e quantitativa da possibilidade do Grupo Trofa Saúde externalizar as suas operações logísticas de transporte e armazenagem de materiais de aprovisionamento, torna-se necessário avaliar o problema do ponto de vista qualitativo.

A análise qualitativa é deveras importante, pois permite identificar aspectos não mensuráveis que podem por em causa os resultados de uma operação. Krajewski et al. (1999) defendem que as decisões devem ser tomadas tendo em consideração múltiplos critérios cuja valorização monetária pode não ser possível. No entanto, esses critérios não devem ser ignorados, devendo entrar para a análise do problema e desempenhar um papel importante na tomada de decisão.

A análise qualitativa da decisão que o GTS tem de tomar será realizada com base nas vantagens e desvantagens do outsourcing logístico levantadas no Capítulo 3. Neste sentido serão analisadas cada vantagem e desvantagem em pormenor e aplicadas ao caso de estudo do GTS. Ao contrário daquilo que foi efectuado com a análise económica, a distribuição e a armazenagem serão analisadas em conjunto. Posteriormente, serão apresentados os resultados de um pequeno workshop realizado internamente com o intuito de valorizar os critérios qualitativos em cada um dos cenários. Esta análise já terá em conta a distinção entre distribuição e armazenagem. Com as referidas análises espera-se concluir acerca da viabilidade do outsourcing logístico em termos qualitativos.

De seguida é apresentada uma análise pormenorizada das várias vantagens.

Foco nas competências centrais

Diversos autores como Waters (1999), Rushton et al. (2000), Gattorna (1998), Kakabadse et al. (2005) e Moura (2006) defendem que as empresas devem focar-se nas suas competências centrais e externalizar as funções que desempenham menos bem.

Como já foi referido anteriormente, a competência central de uma Instituição de Saúde ou de um Grupo de Instituições é prestar cuidados de saúde aos seus utentes. A logística trata-se apenas de uma área de suporte, mas que pelo elevado valor que movimenta requer especial atenção.

A logística do GTS, como já foi referido, apresenta alguns problemas pois não está dimensionada para a grandeza e futuro crescimento do grupo. Desta forma, ou o GTS investe nas suas operações logísticas de forma a torná-las mais eficazes e eficientes ou entrega essas operações a uma empresa especializada, libertando recursos para investir no seu *core business* que é a prestação de cuidados de saúde.

De facto, apesar de se tratar de algo novo em Portugal na área da saúde, existem diversos casos de sucesso de externalização de actividades logísticas por parte de Instituições de Saúde no estrangeiro, e na linha de pensamento de vários autores é o que faz mais sentido.

Um Hospital Privado tem de lutar mais pela diferenciação dos concorrentes que um Hospital Público, pois o nível de serviço que presta tem de justificar a diferença de valor que um utente paga num Hospital Público ou num concorrente privado. E um Hospital diferencia-se da concorrência pela qualidade do serviço que presta aos utentes, pela qualidade dos profissionais de saúde que tem, pelas instalações e tecnologias modernas que disponibiliza. Na prossecução da sua estratégia de diferenciação, o GTS deve libertar todos os meios e recursos possíveis para se concentrar nas suas competências centrais. Desta forma, constituindo a logística uma actividade de suporte do GTS faz todo o sentido a sua externalização sob o ponto de vista do argumento de foco nas competências centrais.

Redução de custos

A externalização permite às empresas reduzir os custos logísticos, na medida em que deixam de investir em edifícios, equipamentos, formação, passando a contratar serviços a terceiros.

De acordo com a análise de custos realizada na secção anterior, a externalização permitiria ao GTS reduzir os custos logísticos futuros. De facto, dada a dimensão que o grupo atingirá no ano de 2011, com seis hospitais abertos e dispersos no território nacional, não compensa do ponto de vista económico investir numa rede logística nacional própria.

Aproveitamento de especialistas externos em logística

A externalização de serviços logísticos a empresas especializadas permite ter acesso a um serviço logístico mais eficiente e de maior qualidade. De facto, o departamento logístico do GTS apresenta algumas falhas, nomeadamente: falta de rastreabilidade dos produtos, erros nas quantidades enviadas, erros de etiquetagem, erros na entrega dos materiais, entre outros. Este tipo de falhas poderia ser ultrapassado com o recurso a operadores logísticos com tecnologia e conhecimentos especializados. O outsourcing logístico permitiria ao GTS aumentar o seu nível de serviço logístico, aceder a mais e fiável informação sobre a movimentação dos produtos, e com uma menor taxa de erro.

Economias de escala

Os operadores logísticos conseguem ser mais eficientes na utilização dos seus recursos e consequentemente mais competitivos no preço. Desta forma, ao externalizar as suas operações logísticas o GTS conseguirá aceder a serviços logísticos prestados por profissionais a preços mais baixos que os conseguidos internamente. Esta poupança já foi comprovada na secção da análise económica.

Maior flexibilidade

No que concerne à flexibilidade geográfica, a externalização não trará vantagens para o GTS. Veja-se o exemplo do Hospital Particular de Lisboa, que possui armazém central no interior do mesmo. Sempre que é necessário algum material urgente, este pode ser entregue no serviço em escassos minutos, desde que exista stock para satisfazer o pedido. O mesmo não acontecerá com o operador logístico, pois este demorará bastante mais tempo a transportar o material das suas instalações ao Hospital. Esta menor flexibilidade poderá inclusive fazer aumentar o stock dos armazéns avançados, pois os enfermeiros irão sentir necessidade de ter mais stock para fazer face a eventuais “urgências”.

No entanto, a externalização permitirá aumentar a flexibilidade na contratação de recursos, pois se existir menor necessidade de abastecimento (exemplo: meses de Verão no HPT), contratar-se-á menos serviços de transporte, diminuindo assim os custos logísticos. Esta situação não é possível se a logística for mantida internamente, pois os custos mantêm-se fixos independentemente da procura.

Apoio à entrada em novos mercados

Se o operador logístico tiver experiência em outros mercados, pode de facto apoiar o GTS na sua entrada. No entanto, no contexto actual não se prevê essa situação.

Acesso a serviços de valor acrescentado

O aprovisionamento do GTS já desempenha serviços de valor acrescentado como a etiquetagem, reembalagem de produtos consignados e montagem de kits. Deste modo, não se prevê que os ganhos a este nível sejam muito superiores com o recurso a operadores logísticos. Poder-se-á é conseguir uma maior eficiência no desempenho destas actividades, no sentido de reduzir o tempo que os produtos ficam parados para serem etiquetados, bem como reduzir os erros de etiquetagem. A maior rastreabilidade de produtos também poderá ser considerada uma mais-valia na contratação das actividades logísticas a profissionais.

Diferimento dos custos no tempo

Esta é uma vantagem apresentada no capítulo 3 difícil de mensurar. Normalmente, o aumento dos custos suportados pelos operadores logísticos demoram a reflectir-se nas contas da empresa contratante, contudo esta análise não é linear, podendo inclusive os operadores logísticos preverem um aumento dos seus custos e reflectir esse aumento imediatamente nas contas dos seus clientes, sem que esse aumento se tenha efectivado na realidade.

No caso concreto de externalização do GTS é muito difícil prever qual será o comportamento do operador logístico a contratar.

Acesso a tecnologias de ponta

Os operadores logísticos actualizam constantemente as suas tecnologias de informação e equipamentos de forma a manterem-se competitivos no mercado em que actuam e a adaptarem-se rapidamente às exigências do dia-a-dia.

No caso de estudo em questão, o GTS utiliza tecnologias bastante incipientes no que toca à prossecução das suas actividades de distribuição e armazenagem, isto é, as actividades são realizadas recorrendo a suporte em papel, sem recurso a tecnologias como EDI, GPS, PDA.

Neste sentido, o GTS poderá beneficiar bastante com o outsourcing logístico na medida em que conseguirá aceder a tecnologias de ponta disponibilizadas pelo operador logístico e assim aumentar o seu nível de serviço.

Melhorar o serviço ao cliente final

De facto todas as semanas o Aprovisionamento e a Distribuição recebem reclamações dos seus clientes finais – serviços das várias Unidades – acerca dos pedidos satisfeitos e entregas (algumas dessas reclamações foram referidas no subcapítulo da análise estratégica). A externalização dos serviços logísticos permitiria ao GTS profissionalizar os serviços prestados aos seus clientes finais e com isso melhorar o seu nível de serviço, através da correcção de falhas operacionais que o GTS possui. O *lead time* também iria melhorar, pois como já foi referido o material fica alguns dias na zona de recepção antes de ser recepcionado, bem como na zona da etiquetagem, atrasando conseqüentemente a satisfação dos pedidos e a geração automática de encomendas. Esta constitui uma vantagem importante para o GTS.

Após esta análise conclui-se que todas as vantagens enunciadas no Capítulo 3 constituem verdadeiras vantagens para o GTS caso opte pelo outsourcing logístico. A externalização iria permitir ao GTS focar-se nas suas competências centrais, ter acesso a serviços prestados por profissionais a um custo mais baixo que o interno, melhorar o serviço ao seu cliente final ultrapassando as suas falhas operacionais e ter acesso a tecnologias de ponta conseguindo uma monitorização mais efectiva de todo o trabalho logístico. A única vantagem apontada no Capítulo 3 que não constitui uma vantagem para o GTS, mas sim uma desvantagem seria a flexibilidade geográfica, que iria diminuir. O apoio à entrada em novos mercados também não se aplica ao caso em concreto, pelo menos no contexto actual.

Após a análise das vantagens é apresentada de seguida uma análise das desvantagens referidas no Capítulo 3 e aplicadas ao caso de estudo.

Menor interacção com os clientes

Com a utilização de um PSL a empresa deixa de contactar directamente com os seus clientes e esta constitui uma grande desvantagem para o GTS caso opte pelo outsourcing logístico.

De facto, a área hospitalar é muito peculiar, pois a panóplia de artigos transaccionados é bastante diversa e facilmente se troca um artigo por outro muito semelhante. A interacção directa com os clientes finais é que permite perceber as suas necessidades reais e a perda desta interacção pode originar lacunas enormes ao *procurement* do GTS que actualmente se socorre do aprovisionamento para esclarecer determinadas situações. O facto dos serviços logísticos serem prestados por uma empresa externa pode igualmente resultar em alguma resistência inicial por parte dos clientes finais, bem como em dificuldades de comunicação.

Risco de externalizar competências centrais

Em princípio o problema de externalizar competências centrais não se coloca ao GTS, pois as actividades logísticas em causa constituem funções que o GTS não executa particularmente bem e não fazem parte do seu leque de competências chave.

Perda de controlo sobre a operação logística

O risco de perda de controlo sobre a operação logística está sempre presente em qualquer decisão de externalização. Este é de facto um risco que o GTS corre, mas que de acordo com Rushton et al. (2000) pode ser minimizado se o serviço contratado for bem seleccionado e se se monitorizar cuidadosamente a performance do operador logístico em termos de serviço contratado.

Perda de controlo sobre a escolha dos recursos

A empresa contratante deixa de ter poder de escolha sobre os recursos utilizados, como o número, tamanho ou tipo de armazém, tipo e tamanho de veículos, entre outros. No entanto, este risco pode ser minimizado pelo GTS aquando a escolha do operador logístico e no momento da elaboração do contrato, cujas cláusulas podem impor o cumprimento de determinadas características que os recursos devem possuir.

Perda de know-how em distribuição e logística por parte do cliente

Com a externalização logística a empresa perde algum know-how logístico que se torna difícil de recuperar caso a empresa queira voltar a internalizar as operações.

De facto, a perda de know-how logístico caso o GTS decida externalizar é uma realidade, sendo que este risco pode ser minimizado se o GTS mantiver uma cultura e visão estratégica da operação logística como um todo.

Falta de experiência do PSL no sector de actuação da empresa cliente

Este é de facto um dos maiores riscos que o GTS corre com a externalização, na medida em que, como já foi referido anteriormente, não existe nenhuma unidade hospitalar em Portugal que externalize as suas operações de armazenagem e distribuição a terceiros, e consequentemente não existe nenhum operador logístico com experiência no mercado em questão. Uma vez que os artigos transaccionados nas unidades hospitalares são muito peculiares, será muito complicado para um operador logístico sem experiência neste mercado arrancar com uma operação deste género. O GTS deverá ter muita precaução na escolha do

parceiro logístico, caso decida externalizar, pois o sucesso da operação vai depender muito dele.

Contudo, apesar de não existirem operadores logísticos experientes na armazenagem e manuseamento de todos os artigos hospitalares, existem operadores que armazenam produtos farmacêuticos, de laboratórios e de alguns fornecedores de artigos hospitalares.

Incompatibilidade entre o PSL e o serviço de vendas do contratante

Este problema não se coloca directamente ao GTS. Poder-se-á eventualmente colocar o problema do *Procurement* prometer a entrega de um material num determinado prazo, mas o operador logístico não conseguir cumprir esse prazo. Mas numa operação de outsourcing espera-se que situações destas sejam a excepção e não a regra.

Perda de influência directa da distribuição

Se o GTS optar pela externalização vai perder influência sobre a distribuição, uma vez que vão existir horários bem definidos e estipulados para as entregas. No entanto, não faz parte da cultura da distribuição do GTS não cumprir os horários de entrega pré-estabelecidos. Muitas vezes são os próprios colaboradores do aprovisionamento que fazem as entregas de materiais urgentes, quando os pedidos não são realizados na hora estabelecida. Contudo, os operadores logísticos contactados mostraram-se abertos a satisfazer pedidos urgentes, mediante claro, um pagamento extra.

Perda de um meio de divulgação da marca

O facto de não ser, eventualmente, possível utilizar os veículos de distribuição para fazer publicidade à marca não constitui uma verdadeira desvantagem para o GTS. Este não tem sido considerado um meio de publicidade prioritário para o GTS. Contudo, se o operador logístico retomar os veículos do GTS este problema fica ultrapassado.

Problemas de confidencialidade de informação

Os problemas de confidencialidade de informação podem reflectir-se ao nível do operador logístico, uma vez que este passa a ter acesso a informação privilegiada acerca de toda a actividade logística do GTS. Este risco deve ficar salvaguardado no momento da escolha do PSL e da elaboração do contrato de prestação de serviços. No entanto, este poderá tornar-se num problema realmente grave caso não exista confiança no parceiro logístico.

Incompatibilidade cultural

Os problemas de incompatibilidade cultural entre o contratante e o operador logístico poderão ser uma realidade do GTS caso opte pela externalização. No entanto, este problema pode ser minimizando no momento da escolha do parceiro logístico, mas nada garante que não possa vir a existir.

Depois da análise das várias desvantagens levantadas no Capítulo 3 de acordo com a realidade do GTS, conclui-se que existem riscos muito importantes que o GTS deve ponderar e medir

muito bem como a perda de interacção com os clientes finais, a inexistência de um PSL com experiência na área hospitalar e os problemas de confidencialidade de informação que poderão surgir. Foram ainda identificados riscos que poderão ser facilmente ultrapassados pelo GTS como a perda de controlo sobre a operação logística, perda de controlo sobre a escolha dos recursos, perda de know-how logístico, incompatibilidade entre o PSL e o serviço de vendas do contratante e a perda de influência directa na distribuição. Por fim existem riscos que não constituem verdadeiras desvantagens para o GTS como a externalização de competências centrais e a perda de um meio de divulgação da marca.

Depois de analisadas cada uma das vantagens e desvantagens levantadas no Capítulo 3 à luz do caso do Grupo Trofa Saúde, sentiu-se necessidade de as valorizar de forma a sustentar uma conclusão sobre o dilema *“to own” vs. “to outsource”*.

O método utilizado para fazer face a esta limitação do estudo consistiu na aplicação de um questionário de questões fechadas. De acordo com Quivy et al. (1998) o questionário tem a vantagem de permitir verificar as hipóteses teóricas e analisar as correlações que essas hipóteses sugerem. A aplicação deste método exige, segundo Ghiglione et al. (1997), que se comece por uma fase qualitativa, que consistiu no levantamento e análise das várias vantagens e desvantagens do outsourcing logístico. A partir desta análise, foi possível construir um questionário de forma a garantir que as questões tinham o mesmo significado para todos. Ghiglione et al. (1997) defendem ainda que para garantir a comparabilidade das respostas de todos os indivíduos o texto das questões deve ser rigorosamente estandardizado e estas devem ser apresentadas aos inquiridos segundo a mesma ordem.

As questões colocadas são do tipo declarativo em que o inquirido deverá responder segundo uma escala de diferencial semântico, em que num extremo é apresentada a opção *“vantagem muito importante”* e noutra extremo a opção *“desvantagem muito importante”*. Esta escala permite introduzir nuances e posições intermédias nas respostas, sendo uma vantagem relativamente à escala binária *“sim ou não”*, que obriga as pessoas inquiridas a tomar uma posição muito nítida, que pode não ser a sua (Devellis, 1991). Para além disso foi ainda criada uma posição neutra *“indiferente/não se aplica”* de forma a permitir que esta posição seja expressa, apesar de vários autores defenderem que esta opção poderá constituir uma escapatória àqueles que não fazem qualquer esforço de reflexão. De forma a evitar estes problemas foi adoptada uma escala de respostas numérica, sugerida por Ghiglione et al. (1997), em que apenas o significado dos extremos é explícito.

O referido questionário foi aplicado ao responsável pelo departamento de compras, responsável pela gestão de frota, responsável de farmácia e assessor da direcção financeira. Neste sentido, foi realizado um pequeno workshop onde foram explicados os vários critérios que iriam ser ponderados na análise de outsourcing ou não (os critérios correspondem às vantagens e desvantagens já descritas). Depois foi distribuído o questionário com os vários critérios que tinham de ser valorizados nos seguintes cenários: transporte com manutenção de operações internas, transporte com outsourcing, armazenagem de aprovisionamento com manutenção de operações internas e armazenagem de aprovisionamento com outsourcing. Os critérios tinham de ser valorizados de acordo a seguinte escala:

- 2 – Vantagem muito importante
- 1 – Vantagem
- 0 – Indiferente / Não se aplica
- -1 – Desvantagem
- -2 – Desvantagem muito importante

Depois de recolhidos os questionários, foram somadas as várias respostas e obteve-se os resultados apresentados na

Tabela 32 para o caso do Transporte e na Tabela 33 para o caso da Armazenagem.

Tabela 32 - Ponderação de critérios qualitativos - Transporte

	Transporte	
	Sem Externalização	Com Externalização
Foco nas competências centrais	-3	6
Redução de custos	-5	5
Aproveitamento de especialistas externos em logística	-5	6
Economias de escala	0	5
Flexibilidade	0	4
-Flexibilidade geográfica	-2	4
-Flexibilidade na oferta de serviços	-1	2
-Flexibilidade na contratação de recursos	-2	1
Apoio à entrada em novos mercados	-3	3
Acesso a serviços de valor acrescentado	-1	2
Diferimento dos custos no tempo	-3	3
Acesso a tecnologias de ponta	-1	6
Melhorar o serviço ao cliente final	-2	4
Interacção com os clientes	2	-2
Risco de externalizar competências centrais	1	-2
Controlo sobre a operação logística	3	-2
Controlo sobre a escolha dos recursos	2	-1
Know-how em distribuição e logística	3	-1
Falta de experiencia do PSL no sector de actuação da empresa cliente	2	-3
Incompatibilidade entre o PSL e o serviço de vendas do contratante	1	-1
Influência directa na distribuição	2	-2
Meio de divulgação da marca	3	-3
Problemas de confidencialidade de informação	1	-3
Compatibilidade cultural	3	-3
Total	-5	28

Assim, para o caso do transporte podemos concluir o seguinte:

- As principais vantagens apontadas para a manutenção do transporte internamente são a manutenção do controlo sobre a operação logística, o know-how em distribuição e logística que o GTS possui, o facto de os veículos permitirem divulgar a marca e de não existir incompatibilidades culturais.
- As principais desvantagens de manter o transporte interno são o facto de não permitir a redução de custos e de não ser possível aproveitar os conhecimentos de especialistas externos em logística.
- No que toca à externalização do transporte, as principais vantagens apontadas são o foco nas competências centrais, o aproveitamento de especialistas externos em logística e o acesso a tecnologias de ponta disponibilizadas por esses especialistas.
- As desvantagens mais pontuadas negativamente, no caso da externalização do transporte são: a falta de experiência do PSL no sector da logística hospitalar, a perda de um meio de divulgação da marca, problemas associados à perda de confidencialidade de informação e eventuais incompatibilidades culturais que possam surgir.
- Após o somatório dos vários critérios, conclui-se que a externalização do transporte apresenta mais vantagens, ou pelo menos de maior importância, que a opção de manter o transporte interno, 28 valores contra 5 valores negativos respectivamente.

No caso da armazenagem de materiais de aprovisionamento, de acordo com os resultados da Tabela 33 pode-se concluir o seguinte:

- As principais vantagens apontadas para a manutenção da armazenagem interna são o facto de a interacção com os clientes finais ser maior e existir maior controlo sobre a escolha dos recursos.
- Os critérios mais votados negativamente para o caso da armazenagem interna foram o facto de não ser possível aproveitar especialistas externos em logística, nem focar nas competências centrais do GTS, nem permitir uma redução de custos.
- As principais vantagens apontadas para a externalização da armazenagem foram o facto de ser possível aproveitar os conhecimentos de especialistas externos na prossecução das actividades logísticas, beneficiar de economias de escala e de maior flexibilidade.
- Os critérios mais votados como desvantagens da externalização da armazenagem foram: a perda de interacção com os clientes, menor controlo sobre a operação logística, a falta de experiência do PSL na área da saúde e eventuais problemas de confidencialidade que possam surgir.
- Após o somatório dos vários critérios conclui-se que a externalização da armazenagem apresenta mais vantagens que a manutenção da armazenagem interna, 13 contra 3 valores respectivamente.

Tabela 33 - Ponderação de critérios qualitativos – Armazenagem

	Armazenagem	
	Sem Externalização	Com Externalização
Foco nas competências centrais	-3	4
Redução de custos	-3	4
Aproveitamento de especialistas externos em logística	-4	6
Economias de escala	0	6
Flexibilidade	-2	6
-Flexibilidade geográfica	-2	3
-Flexibilidade na oferta de serviços	-1	2
-Flexibilidade na contratação de recursos	-2	1
Apoio à entrada em novos mercados	-2	2
Acesso a serviços de valor acrescentado	-1	2
Diferimento dos custos no tempo	-2	3
Acesso a tecnologias de ponta	0	6
Melhorar o serviço ao cliente final	-1	3
Interacção com os clientes	5	-5
Risco de externalizar competências centrais	2	-3
Controlo sobre a operação logística	3	-4
Controlo sobre a escolha dos recursos	4	-3
Know-how em distribuição e logística	2	-3
Falta de experiencia do PSL no sector de actuação da empresa cliente	3	-4
Incompatibilidade entre o PSL e o serviço de vendas do contratante	1	-1
Influência directa na distribuição	1	-3
Meio de divulgação da marca	1	-2
Problemas de confidencialidade de informação	2	-4
Compatibilidade cultural	2	-3
Total	3	13

6.4 Discussão de resultados

Tal como definido no capítulo introdutório da presente dissertação, o objectivo do estudo consistia em analisar a viabilidade do outsourcing logístico hospitalar recorrendo a um caso de estudo. Para isso o problema foi analisado segundo três pontos de vista: estratégico, económico e qualitativo.

Sob o ponto de vista estratégico, a questão do outsourcing logístico considera-se legítima e pertinente. O Grupo Trofa Saúde pretende abrir até ao ano de 2011 mais três hospitais, dois dos quais na Zona Norte do país e outro na Zona Sul. Esta situação requer repensar, para além

de outras variáveis, sobre a logística do Grupo. Assim coloca-se a questão de investir em recursos logísticos próprios (viaturas, armazéns, colaboradores) ou externalizar as funções de transporte de mercadorias e de armazenagem de materiais de aprovisionamento, mantendo a armazenagem de medicamentos e outros produtos farmacêuticos interna. Para além disso o foco nas competências centrais, a busca pela redução de custos e por estruturas organizacionais mais leves contribuem para legitimar esta questão e o seu estudo.

Do ponto de vista económico foram analisadas separadamente as possibilidades de externalizar o transporte e de externalizar a armazenagem. Assim foi realizado um levantamento dos custos actuais de cada uma das operações, dos custos futuros com a sua manutenção interna e dos custos futuros com externalização. Dessa análise concluiu-se que é mais vantajoso do ponto de vista económico-financeiro externalizar quer as actividades de transporte, quer as de armazenagem. Sendo que, em termos relativos, a poupança de custos no transporte relativamente à situação futura sem externalização é superior à da armazenagem, 77% contra 31% respectivamente.

A externalização logística foi também analisada sob o ponto de vista qualitativo. Em primeiro lugar foram analisadas as várias vantagens e desvantagens do outsourcing logístico levantadas no Capítulo 3 aplicadas ao caso de estudo do GTS. Nesta abordagem concluiu-se que existem vantagens e desvantagens que têm maior ou menor aplicação ao caso de estudo e que umas têm maior relevância que outras, não sendo possível, contudo, concluir acerca da viabilidade do outsourcing logístico. Para fazer face a esta limitação do estudo qualitativo, foi aplicado um questionário aos responsáveis pelos departamentos de aprovisionamento, farmácia, frota e um representante do departamento financeiro. Nesse questionário foi pedido para atribuírem uma classificação de -2 a 2 consoante o critério correspondesse a uma desvantagem muito importante ou vantagem muito importante para o cenário em causa. Após a análise das várias opiniões concluiu-se que o cenário de externalização de transporte e de armazenagem seria preferível ao da sua manutenção interna. Mais uma vez, e de forma a corroborar os dados da análise económica, se verificou uma maior preferência pela externalização do transporte do que no caso da armazenagem.

Em suma, conclui-se que a questão de externalizar as funções logísticas de transporte e de armazenagem de materiais de aprovisionamento é pertinente, sendo a sua concretização viável quer do ponto de vista económico, quer qualitativo.

7. Conclusão

A logística hospitalar e em particular no caso português, apresenta especificidades distintas à das restantes indústrias, como o facto da sua gestão se basear principalmente em papel, os consumidores finais (utentes) não serem os mesmos que tomam a decisão sobre a compra, inexistência de uma responsabilidade única sobre toda a logística hospitalar, e baixa rastreabilidade e controlo sobre os materiais. Todas as ineficiências do meio hospitalar têm vindo a ser combatidas principalmente com recurso às boas práticas da gestão já testadas noutros sectores da economia. E o outsourcing logístico constitui uma dessas boas práticas.

De acordo com a revisão da literatura efectuada já existem instituições de saúde em países como os EUA ou Reino Unido que externalizaram as suas actividades logísticas, com o intuito de se focarem na sua competência central que é a prestação de cuidados de saúde. Através do recurso a especialistas logísticos para realizarem as suas actividades logísticas, essas instituições conseguiram reduzir os custos, melhorar o nível de serviço e aceder a tecnologias de ponta na área da logística.

Em Portugal, os casos de outsourcing logístico na área hospitalar são praticamente nulos, sendo que existem apenas algumas instituições que externalizam as suas actividades de transporte. Através desta dissertação pretendeu-se dar um contributo para o estudo desta realidade em Portugal, sendo que a principal questão residiu sobre se é viável ou não recorrer ao outsourcing logístico no caso específico da área hospitalar. Esta análise de viabilidade do outsourcing logístico hospitalar foi realizada recorrendo a um caso de estudo de um grupo de hospitais privados portugueses – Grupo Trofa Saúde.

Após o levantamento da situação actual do sistema de saúde português, do outsourcing logístico em geral e aplicado à área da saúde em particular, foi realizado um levantamento das várias metodologias que podiam ser aplicadas no desenvolvimento de um processo de outsourcing. De seguida foi efectuada uma compilação dos contributos das várias metodologias e criada uma metodologia de análise à viabilidade do outsourcing logístico hospitalar assente em três pontos de vista: estratégico, económico e qualitativo.

Após a aplicação desta metodologia ao caso de estudo em causa concluiu-se que a questão do outsourcing das actividades de transporte e de armazenagem de materiais de aprovisionamento sob o ponto de vista estratégico era relevante e pertinente, tendo em conta o *core business* do grupo hospitalar. A análise económica permitiu concluir que a externalização traria reduções de custos superiores à situação em que as actividades seriam levadas a cabo internamente, sendo que esta diferença, em termos relativos, se revela mais significativa no caso do transporte. Por fim, a análise qualitativa efectuada com base na análise das vantagens e desvantagens do outsourcing logístico levantadas no Capítulo 3 à luz do caso do Grupo Trofa Saúde, e com base num questionário efectuada internamente permitiu evidenciar a preferência pelo outsourcing logístico das actividades de transporte e de armazenagem, sendo que mais uma vez os resultados para o transporte se revelaram mais significativos.

7.1 Principais contributos

Em termos científicos, a dissertação contribui para o aprofundamento do conhecimento sobre o outsourcing logístico aplicado à área hospitalar, mais concretamente na fase de decisão.

O outsourcing logístico tem sido levado a cabo por várias instituições de saúde estrangeiras que desejam focar-se nas suas competências centrais ou reduzir custos operacionais. No entanto, a maioria dos estudos focam-se na análise dos resultados obtidos, na reestruturação operacional efectuada, mas não indicam como as instituições decidiram tomar a decisão de externalizar. Em Portugal os casos de externalização de transporte e de armazenagem em simultâneo são inexistentes, sendo que este estudo é pioneiro no que toca à área da saúde.

A dissertação pretende constituir uma ferramenta de apoio à tomada de decisão sobre a externalização logística na área da saúde. A aplicação a um caso de estudo real permitiu testar a metodologia de decisão proposta, sendo passível de ser utilizada em outros casos.

7.2 Limitações do estudo e sugestões para investigação futura

A principal limitação do estudo é o facto de ser aplicado a um caso específico na área hospitalar, não sendo possível generalizar as conclusões do caso em particular para a generalidade das instituições de saúde portuguesas.

Por outro lado, são apenas analisadas as actividades logísticas de transporte e de armazenagem de materiais de aprovisionamento, sendo que fica por analisar a armazenagem de artigos de farmácia. Neste caso em específico não fazia sentido do ponto de vista estratégico analisar a farmácia, mas poderá fazer sentido analisar em outras instituições de saúde.

Tendo em conta as limitações referidas, podem-se apresentar algumas linhas de investigação futuras que permitam aprofundar o estudo apresentado:

- Seria interessante aplicar a metodologia de decisão apresentada a outras instituições de saúde, quer para refinar a metodologia, quer para obter mais resultados e assim concluir porque nuns casos a opção é de externalização e noutros não.
- Aplicar a metodologia ao estudo de externalização da farmácia hospitalar, de forma a comparar as várias vertentes logísticas do negócio.
- Seria igualmente interessante expandir o estudo às restantes fases do processo de outsourcing apresentadas no Capítulo 4, como a selecção de fornecedores, execução e implementação, continuação ou rescisão do contrato.
- Por fim, seria relevante o estudo de uma ou mais de instituições que externalizaram as suas funções logísticas de forma a comparar os resultados obtidos pela aplicação da metodologia proposta e a decisão tomada.

Referências

Anderson, Gerard F. e Markovich, Patricia (2008), “Multinational Comparisons of Health Systems Data, 2008”, *The Commonwealth Fund*, pub. nº 1371

Aperta, Pedro (2009), “Saúde Privada”, *Jornal de Negócios*, 26 Novembro

Ballou, R. L. (2004), *Business Logistics / Supply Chain Management*, Nova Jersey, 5ª Edição, Pearson Prentice Hall

Barros, Pedro Pita e Simões, Jorge de Almeida (2007), “Health Systems in Transition – Portugal: Health System Review”, *European Observatory on Health Systems and Policies*, vol. 9, nº 5

Bowersox, Donal J., Closs, David J., Cooper, M. Bixby (2007), *Supply Chain Logistics Management*, Singapura, 2ª edição, McGraw-Hill

Browne, M, Allen, J. (1994), “*Logistics strategies for Europe*”, citado em Cooper, J. (1994), *Logistics and Distribution Planning: Strategies for Management*

Carricho, Marlene (2010), “Empresa de Serviços Partilhados na Saúde começa a funcionar a 1 de Abril”, *Jornal de Negócios*, 22 Março, disponível em: <http://www.jornaldenegocios.pt/index.php?template=SHOWNEWS&id=416063>, [acedido a 3 Abril 2010]

Carvalho, José Mexia Crespo (2002), *Logística*, Lisboa, 3ª edição, Edições Sílabo, Lda.

Carvalho, José Mexia Crespo e Encantado, Laura (2006), *Logística e Negócio Electrónico*, Porto, 1ª edição, SPI – Sociedade Portuguesa da Inovação

Carvalho, José Mexia Crespo e Ramos, Tânia (2009), *Logística na Saúde*, Lisboa, 1ª Edição, Edições Sílabo, Lda.

Cooper, J. (1994), *Logistics and Distribution Planning: Strategies for Management*, Londres, 2ª edição, Kogan Page

Cristão, Catarina (2010), “Plano de saúde americano aproxima-se do europeu”, *Diário de Notícias*, 04 Abril

Decreto-Lei nº 19/2010, Diário da República nº 56, Serie I, 22 de Março 2010, Ministério da Saúde

Delaney, R. (1992), *Cass Logistics*, citado em O’Laughlin, K.A., Cooper, J., Cabocel, E. (1993), *Reconfiguring European Logistics Systems*

DeScioli, Derek T. (2005), “Differentiating the Hospital Supply Chain for Enhanced Performance”, Departamento de Sistemas de Engenharia – *Massachusetts Institute of Technology*

Devellis, Robert F. (1991), *Scale Development: Theory and Applications*, EUA, Sage Publications

- Ellram, Lisa M. (1996), "The use of the case study method in logistics research", *Journal of Business Logistics*, vol. 7, nº 2, 93-138
- Fleury, Paulo F., Wanke, Peter e Figueiredo, Kleber Fossati (2000), *Logística Empresarial: a perspectiva brasileira*, citado em Moura (2006), *Logística: Conceitos e Tendências*
- Franceschini, F., Galetto, M., Pignatelli, A. e Varetto, M. (2003), "Outsourcing: guidelines for a structured approach", *Benchmarking: An International Journal*, vol. 10, nº 3, 246-260
- Gattorna, John L. (1998), *Strategic Supply Chain Alignment*, Hampshire, 1ª edição, Gower Publishing Limited
- Ghiglione, Rodolphe e Matalon, Benjamin (1997), *O Inquérito: Teoria e Prática*, Oeiras, 3ª edição, Celta Editora
- Greaver, Maurice F. (1999), *Strategic Outsourcing: a structured approach to outsourcing initiatives and decisions*, Nova York, 1ª edição, American Management Association
- Heizer, Jay, Render, Barry (2006), *Operations Management*, Nova Jersey, 8ª edição, Pearson Prentice Hall
- Hitt, M. A., Ireland, R. D. e Hoskisson, R. E. (2005), *Strategic Management: competitiveness and globalization*, Australia, 6ª edição, Thomson South-Western
- INE (2009), "Indicadores Sociais 2008", disponível em: http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_publicacoes&PUBLICACOESpub_boui=62622412&PUBLICACOESstema=55538&PUBLICACOESmodo=2, [acedido em 6 Março 2010]
- Kakabadse, Andrew e Kakabadse, Nada (2005), "Outsourcing: Current and Future Trends", *Thunderbird International Business Review*, vol. 47, nº2, 183-204
- Krajewski, Lee J. e Ritzman, Larry P. (1999), *Operations Management: Strategy and Analysis*, EUA, 5ª Edição, Addison Wesley Publishing Company, Inc.
- Kumar, Sameer, Aquino, Edgardo C. e Anderson, Elizabeth (2007), "Application of a process methodology and a strategic decision model for business process outsourcing", *Information Knowledge Systems Management*, vol. 6, nº 4, 323-342
- Langley Jr., C. John e Capgemini U.S. LCC. (2006), *2006 Third-Party Logistics – Results and Findings of the 11th Annual Study*, Capgemini Consulting / Georgia Institute of Technology / Sap / DHL
- Langley Jr., C. John e Capgemini U.S. LCC. (2008), *The State of Logistics Outsourcing – 2008 Third-Party Logistics- Life Sciences and Healthcare Industry Findings*, Capgemini Consulting / Georgia Institute of Technology / Oracle / DHL
- Langley Jr., C. John e Capgemini U.S. LCC. (2009), *The State of Logistics Outsourcing – 2009 Third-Party Logistics – Results and Findings of the 14th Annual Study*, Capgemini Consulting / Georgia Institute of Technology / Oracle / Panalpina

Marshall, D., Lamming, R., Fynes, B. e De Búrca, S. (2005), "The development of an outsourcing process model", *International Journal of Logistics: Research and Applications*, vol. 8, nº 4, 347-359

McIvor, Ronan (2000), "A practical framework for understanding the outsourcing process", *Supply Chain Management: An International Journal*, vol.5, nº 1, 22-36

Mendes, João Paulo e Silva, Elsa Costa (2007), "Privados abrem clínicas onde Governo fechou centros de saúde", *Diário de Notícias*, 13 Março, disponível em: http://dn.sapo.pt/inicio/interior.aspx?content_id=654163, [acedido a 14 Março 2010]

Mentzer, John T., DeWitt, William, Keebler, James S., Min, Soonhong, Nix, Nancy W., Smith, Carlo D. e Zacharia, Zach G. (2001), "Defining Supply Chain Management", *Journal of Business Logistics*, vol. 22, nº 2, 1-25

Moura, Benjamim (2006), *Logística: Conceitos e Tendências*, Vila Nova de Famalicão, 1ª Edição, Centro Atlântico

Muller, Thierry e Ernst & Young (2008), "Outsourcing: the rise of fragmentation", *European Outsourcing Survey*

Norek, Christopher D. e Pohlen, Terrance L. (2001), "Cost knowledge: A foundation for improving supply chain relationship", *International Journal of Logistics Management*, vol. 12, nº1, 37-51

OJE/Lusa (2009), "Facturação dos hospitais privados vai chegar aos 1.200 milhões em três anos", *Oje*, 28 Outubro, disponível em: <http://www.oje.pt/noticias/negocios/facturacao-dos-hospitais-privados-vai-chegar-aos-1200-milhoes-em-tres-anos>, [acedido em 14 Março 2010]

O'Laughlin, K.A., Cooper, J., Cabocel, E. (1993), *Reconfiguring European Logistics Systems*, Council of Logistics Management, Oak Brook

Porter, M. E. (1987), "From competitive advantage to corporate strategy", *Harvard Business Review*, vol. 65, nº 3, 43-59

Prahalad, C. K. e Hamel, Gary (1990), "The core competence of the corporation", *Harvard Business Review*, vol. 68, nº 3, 79-87

Prahalad, C. K. e Hamel, Gary (1994), *Competing for the Future*, Boston, Harvard Business School Press

Quivy, Raymond e Campenhoudt, Luc Van (1998), *Manual de Investigação em Ciências Sociais*, Lisboa, 2ª edição, Trajectos

Rivard-Royer, H., Landry, S. e Beaulieu, M. (2002), "Hybrid stockless: A case study: Lessons for health-care supply chain integration", *International Journal of Operations & Production Management*, vol. 22, nº 4, 412 - 424

Rushton, Alan, Oxley, John, Croucher, Phil (2000), *The Handbook of Logistics and Distribution Management*, Londres, 2ª edição, Kogan Page

Schneller, Eugene S. e Smeltzer, Larry R. (2006), *Strategic Management of Health Care Supply Chain*, São Francisco, 1ª edição, John Wiley & Sons, Inc.

Simchi-Levi, David, Kaminsky, Philip, Simchi-Levi, Edith (2008), *Designing and Managing the Supply Chain*, Nova Iorque, 3ª edição, McGraw-Hill

Tompkins, James A. e Smith, Jerry D. (1998), *The Warehouse Management Handbook*, Raleigh, 2ª edição, Tompkins Press

Voss, Chris, Tsiriktsis, Nikos, Frohlich, Mark (2002), "Case research in operations management", *International Journal of Operations & Production Management*, vol. 22, nº 2, 195-219

Waters, Donald (1999), *Global Logistics and Distribution Planning*, Londres, 3ª edição, Kogan Page

Witson, D. (1997), "Applying just-in-time systems in health care", *IIE Solutions*, vol. 29, nº 8, 33-38

Yin, R. (1994), *Case Study Research: Design and Methods*, Beverly Hills, 2ª edição, CA: Sage Publications

Zhu, Zhiwei, Hsu, Kathy, Lillie, Joseph (2001), "Outsourcing – a strategic move, the process and the ingredients for success", *Management Decision*, vol. 39, nº 5, 373-378