Terceirização dos Serviços de Transportes para melhoria da saúde no local mais remoto: Um estudo de caso

Resumo executivo

A vasta extensão geografica e infra-estruturas deficientes que é constante em boa parte da África subsaariana torna necessário que se utilizem veículos confiáveis para distribuir medicamentos essenciais às Unidades Sanitárias nas zonas rurais. Nos casos em que os transportes estão indisponíveis ou são insuficientes, surgem ruturas de stock de vacinas, anti-retrovirais (ARVs) e outros produtos que salvam vidas. O impacto destas perturbações ao stock é significativo: sofre a saúde dos pacientes, corrói-se a confiança depositada no sistema de saúde, e, as metas mundiais para a saúde permanecem fora de alcance. Além disso, os custos do Governo aumentam quando se interrompem os cuidados aos doentes. Em resposta à crescente ocorrência de escassez global e ruturas de stock, foi aprovada uma resolução na Assembleia Mundial da Saúde de 2016, convidando o Diretor-Geral, os membros da OMS e outras partes interessadas, para lidar com o desabastecimento de medicamentos e vacinas, inclusive através de melhores práticas de distribuição.[1]

Foi aprovada uma resolução na Assembleia Mundial da Saúde de 2016, convidando o Diretor-Geral, os membros da OMS e outras partes interessadas, para lidar com o desabastecimento de medicamentos e vacinas.

Tal como muitos países da África subsaariana, a maior parte da população moçambicana vive nas zonas rurais. Os medicamentos para as comunidades nos locais mais recondidos são transportados tendo como ponto de partida instalações localizadas distante das instalações distritais de armazenagem. Apesar de melhorias substanciais na cadeia de fornecimento nos últimos anos, os níveis subnacionais do sistema de saúde ainda estão desprovidos de veículos e capacidade logísticas suficientes para apoiar a distribuição de rotina.[2] O acréscimo de novas vacinas e a expansão dos critérios para a aplicação do tratamento para o HIV aumentarão ainda mais a pressão sobre a cadeia de abastecimento.[3]

As autoridades sanitárias a nível provincial em Tete em Moçambique, com o apoio da VillageReach e da Médicos sem Fronteiras (MSF) trabalham para estabelecer uma distribuição fiável de medicamentos, avaliando o uso da terceirização e da integração nos níveis mais baixos da cadeia de abastecimento. A iniciativa complementa a experiência da VillageReach na cadeia de abastecimento nos locais recondidos e de dificil acesso, a experiência da MSF em garantir a disponibilidade de ARVs e, os recursos técnicos e financeiros do setor privado para satisfazer as necessidades das pessoas nas comunidades remotas e de difícil acesso.

Este documento faz o resumo das circunstâncias em volta da oportunidade de terceirizar, o processo, como foi realizado e as constatações da avaliação dos primeiros seis meses de actividades. O mesmo apresenta os potenciais benefícios da terceirização em termos de (1) melhor disponibilidade; (2) eficiência acrescida; (3) melhor recolha e comunicação de dados; e (4) confiança reforçada no sistema. Por último, o presente documento traça os passos a seguir e considerações para as autoridades governamentais interessadas na terceirização como forma de melhorar o transporte para as vacinas e outros medicamentos essenciais.

A longa caminhada para a saúde

Quando as vacinas, ARVs e outros produtos sanitários são entregues antecipadamente e nas quantidades certas, o pessoal da saúde pode ficar no local para apoiar os doentes, sem ter que deslocar-se até ao próximo escalão na cadeia de abastecimento para recolher medicamentos. Hoje em dia, no entanto, muitos Ministérios da Saúde têm dificuldades para ter a perícia e capital para manter uma função de transporte que tenham bons recursos e seja confiável, sobretudo aos níveis mais baixos da cadeia de abastecimento. Apesar do fato de que se relata que as vacinas estão entre os melhores investimentos em saúde, retribuindo cada dólar investido em mais de 16 USD em benefícios económicos,[4] a quarta parte dos países de renda baixa e média relataram rutura de stocks para a imunização a nível distrital em 2014.[5] De forma semelhante, as ruturas de stock dos ARVs parecem ser mais frequentes nos países da África subsaariana, os quais alojam 70 por cento das pessoas que vivem com o HIV a nível mundial.[6] Les délais pour le lancement de traitement aggravent les problèmes d'adhésion au traitement et accroissent les Os atrasos na iniciação do tratamento pioram o cumprimento e aumentam as interrupções nas terapias antiretrovirais (TARV), levando por sua vez ao fracasso do tratamento, a infecções oportunistas e à morte.[7, 8, 9, 10]

O acesso físico difícil às comunidades rurais na África subsaariana representa um importante entrave à provisão dos cuidados de saúde, mesmo os mais básicos. As unidades sanitárias que atendem as comunidades rurais, muita das vezes estão localizadas a uma distância considerável das instalações distritais e regionais de armazenagem que as abastecem. Noutros cenários a redução do número de níveis de armazenagem no sistema mostrou uma melhor disponibilidade de medicamentos.[11,12] Mesmo assim, muitas cadeias de abastecimento nos países de baixa renda são de níveis múltiplos e complexas, com um fluxo de dados limitado e/ou moroso desde os níveis periféricos para apoiar adequadamente a planificação do abastecimento.[13] Os veículos que operam nas zonas rurais estão sujeitos a condições extremas de uso e muitas vezes estão inoperáveis devido a uma manutenção deficiente e sistemas demorados de aprovação de consertos e substituições de pneus. Como resultado, a terceirização dos serviços de distribuição a fornecedores de serviços de logistica do setor privado (3PLs) está a ser ponderada cada vez mais como forma de melhorar a eficiência na cadeia de abastecimento e permitir que os Ministérios da Saúde se concentrem mais nas suas funções fundamentais relacionadas com a provisão de cuidados clínicos.

> *"Uma vez eu fiquei duas semanas sem os meus ARVs. Ninguém na unidade sanitária encontrou solução alternativa para mim, portanto voltei para casa de mãos vazias e desesperada. Eu sei que sem os medicamentos o vírus vai multiplicar-se no meu corpo. Vou adoecer… (Isto) obriga-me a percorrer longas distâncias para regressar repetidas vezes ao Centro de Saúde."*
>
> — Doente seguindo a terapia anti-retroviral em Tete em Moçambique

Uma oportunidade de terceirizar na Provincia de Tete em Moçambique

Moçambique é um país grande, com 35.000 quilómetros de rodovias, sendo que quase 80 por cento destas não são pavimentadas ou alcatroadas. Mais de metade dos moçambicanos tem que percorrer a pé uma hora ou mais até à sua unidade sanitária mais próxima, sendo as ruturas de stock frequentes. As condições das estradas fora das cidades podem ser perigosas e a maior parte destas podem ser intransitável durante a época chuvosa. Esta infraestrutura problemática aumenta o desgaste dos veículos, tendo impacto tanto na confiabilidade como no custo de entrega. O Ministério da Saúde supervisiona a utilização dos veículos do Governo através de funções dedicadas de gestão da frota aos níveis tanto nacional como provincial. Nos distritos, no entanto, existem poucas práticas de gestão da frota, levando a desafios que incluem os seguintes:

Escassez crónica de viaturas. Muitos distritos não têm acesso a veículos dedicados a distribuição, tendo eles que utilizar as ambulâncias ou outros veículos para distribuir os produtos médicos.

Pouco pessoal para apoiar a logística. A maioria dos distritos não dispõe de pessoal dedicado à planificação da logística ou à gestão dos meios de transporte.

Planificação limitada. Devido à escassez de veículos e de pessoal logístico, uma planificação otimizada da logística é praticamente impossível, estando o uso das viaturas baseado na procura imediata ou nas necessidades ad hoc. Assim que os profissionais de saúde frequentemente recorrem ao seu próprio tempo e seus próprios meios financeiros para recolher os produtos.

Reconhecendo estes e outros desafios, foi concebido pelo Ministério da Saúde um ambicioso Plano Estratégico de Logística Farmacêutica (PELF) para reestruturar o sistema inteiro da cadeia de abastecimento. O plano inclui mais autonomia para a Central de Medicamentos e Artigos Médicos (CMAM), uma redução dos níveis de armazenagem na cadeia de abastecimento e, uma preferência pela terceirização dos transportes.[14]

Província de Tete, Moçambique

Distritos ativos na SST em Tete*

*No começo do projeto os três distritos de Moatize, Changara e Mutarara foram sub-divididos, tornando-se cinco distritos com o acréscimo de Dôa e Marara.

A Direção Provincial da Saúde (DPS) em Tete no norte de Moçambique estava a ponderar a forma como enfrentar os seus próprios desafios com a distribuição no contexto deste novo plano. Tete tem uma população de 2,6 milhões de pessoas. A sua infraestrutura sanitária é deficiente: apenas 53 por cento das crianças estão inteiramente imunizadas.[15] A taxa de prevalência do HIV é de 7 por cento e,[16] existe apenas um médico por cerca de 30.000 pessoas, sendo esta uma proporção dentre as mais baixas do mundo. Mais de 40 por cento das unidades sofreram uma rutura de stock dos ARVs ou dos medicamentos contra a TB em dois períodos diferentes de relato em 2015 e,[17] quase metade das unidades estava com rutura de stock por pelo menos uma vacina.[18]

Devido à sua experiência no desenho da cadeia de abastecimento e no apoio logístico em Moçambique, as autoridades sanitárias a nível provincial de Tete convidaram a VillageReach a prestar assistência técnica para melhorar a disponibilidade de vacinas por toda a província. No sistema anterior, a DPS entregava medicamentos aos distritos e, os distritos tinham a responsabilidade de entregar os mesmos às unidades sanitárias. Contudo, constrangimentos em termos de capacidade resultavam frequentemente num calendário imprevisível, o qual levava a ruturas de stock. Em finais de 2015 a DPS e a VillageReach introduziram a Terceirização dos Serviços de Transporte (TST), para distribuir produtos sanitários diretamente a partir do deposito províncial até às unidades sanitárias, tendo iniciado gradualmente pelos distritos de Moatize, Changara, Dôa, Marara e Mutarara.[19]

A TST foi projetada para instituir um abastecimento mensal confiável de vacinas pela introdução dum fornecedor do setor privado que cobra uma taxa pelos seus serviços. Durante as reuniões iniciais de planificação, os gestores provinciais e distritais do sector revelaram um forte interesse em abordar grandes lacunas no acesso a outros medicametos, tais como os anti-retrovirais. Médicos sem Fronteiras, um protagonista importante na garantia ao acesso a tratamento do HIV em Tete, juntou-se como parceira e apoiou o acréscimo dos ARVs ao plano inicial de distribuição.

Uma parceria multi-interveniente bem definida

Vários fatores contribuíram para o estabelecimento duma operação bem-sucedida de terceirização em Tete. Primeiro, a iniciativa reforçou os objetivos nacionais conforme traçados pelo PELF. Segundo, as autoridades sanitárias provinciais foram favoráveis e estavam dispostas a incluir o setor privado como parte duma solução. Isto devia-se, em parte, ao reconhecimento de que novos provedores locais de transportes estavam a operar em Tete devido ao setor extrativo em crescimento na região. (O forte desejo era de dar a oportunidade a uma organização local em vez duma multinacional.) Terceiro, se bem que o plano a longo prazo sempre tenha sido de que o Governo gerisse o provedor de serviço (3PL) de forma a assegurar a sustentabilidade, reconhecia-se que era necessária a assistência técnica para ajudar a implantar este novo conceito, controlar a sua eficácia e documentar os respetivos custos. Era necessária assistência técnica igualmente para ajudar a desenvolver a capacidade interna tanto da transportadora como das autoridades sanitárias provinciais de gerirem este novo relacionamento. Tanto a VillageReach como a Médicos sem Fronteiras têm vindo a trabalhar no país durante mais de uma década e, contam com relações estreitas com o Governo. Por último, os produtos que foram abrangidos no acordo inicial – os ARVs e as vacinas – estavam os dois disponíveis a nível do país e garantidos pelos doadores.

Intervenientes e papéis chave

DPS

- Gestão do projeto
- Manuseamento dos medicamentos (entrega/ recepção)
- Monitoria dos inventários e submissão dos pedidos de mudança da carga conforme a necessidade

VillageReach

- Supervisão geral
- Apoio técnico
- Produzir relatórios de operação
- Apoio financeiro

3PL local
Confiança Absoluta

- Carregamento, descarregamento e transporte
- Recolha de dados logísticos nas instalações de saúde
- Coleta de dados no sistema

MSF

- Fiscalização da recolha e análise dos dados sobre os ARVs
- Apoio financeiro
- Gerenciar o programa, permitindo que os pacientes posam informar stockouts por telefone

Para identificar o 3PL certo, foi elaborada um concurso publico, tomando em consideração as necessidades em termos de transporte em cada distrito abrangido. O primeiro lançamento do concurso por parte do Governo resultou em apenas um proponente qualificado, portanto, o anuncio foi ao ar novamente, com novas propostas, tendo sido identificado um proponente qualificado . As propostas de resposta foram examinadas pela DPS, tendo sido escolhido um provedor de serviços (3PL) local chamado Confiança Absoluta.

VillageReach, o Governo provincial e o 3PL elaboraram um acordo tripartido para traçar os papéis e responsabilidades durante o primeiro ano da iniciativa. Atualmente, VillageReach proporciona administração do contrato e monitora a qualidade e desempenho da distribuição do 3PL. A DPS é responsável pela co-gestão do contrato, pela supervisão e por disponibilizar as mercadorias e deixá-las prontas para entrega ao 3PL. As atividades principais do 3PL incluem o carregamento no Depósito Médico Provincial (DPM), a distribuição/transporte até às unidades sanitárias, o descarregamento nas unidades sanitárias e, o registo de informações sobre os stocks e sobre o equipamento de cadeia de frio em cada unidade sanitária. A MSF contribui tanto apoio financeiro para a distribuição dos produtos de tratamento do HIV, como apoio à monitorização e avaliação técnicas.

Uma vez escolhido o 3PL, um consultor proveniente da Imperial Health Sciences (IHS) avaliou as operações do 3PL e recomendou que se iniciasse com um número limitado de distritos, de forma a dar provas de êxito antes de aumentar para metade da província. A VillageReach realizou formações consideráveis para o pessoal da DPS aos níveis provincial, distrital e das unidades sanitárias. A formação inicial focalizou os protocolos corretos para a recolha e relato dos dados e, os papéis e responsabilidades específicas conforme vêm descritos no MdE. Isto contribuiu para que a DPS garantisse que o 3PL pudesse desempenhar aos padrões exigidos.

A equipa combinada da VillageReach/DPS trabalhou com o 3PL para elaborar novos planos das rotas para as distribuições, com base num exercício de modelagem para a otimização da cadeia de abastecimento. Antes que as carrinhas tivessem saído pelas distribuições, a VillageReach e a DPS proporcionaram uma formação indispensável ao pessoal do 3PL sobre como manusear as vacinas, assim como sobre a forma como lidar com a cadeia de frio , o carregamento, descarregamento, registo e relato corretos dos dados dos inventários. O itinerário de distribuição dos ARVs, os quais anteriormente estavam montados numa cadeia paralela de abastecimento, foi combinado com o das vacinas. Todos os meses, o pessoal recebe treinamento em serviço conforme a necessidade, sobre o seu desempenho e das responsabilidades constantes do MdE.

Cronograma

Julho de 2015:
Concurso publico inicial publicado

Novembro de 2015 a maio de 2016:
TST em cinco distritos da Província de Tete

Abril de 2016:
Avaliação independente realizada

Junho de 2016 a dezembro de 2016:
TST em oito distritos da Província de Tete.
Integração dos kits US e Kits AP.

O 3PL distribui apenas o objecto do contrato, tanto aos distritos como às unidades sanitárias individuais, assim garantindo uma frota bem mantida. O pagamento baseia-se na conclusão das distribuições conforme programadas, na documentação das entregas e no lançamento dos dados no sistema. O 3PL está motivado a concluir as suas distribuições tão eficientemente quanto possível, de forma a limitar os seus custos. Portanto, ele maximiza os seus carregamentos por viagem e introduziu novos planos de rotas que passam transversalmente pelas fronteiras distritais. Os pagamentos são efetuados mensalmente, só depois de que a VillageReach, a MSF e a DPS tenham revisto os resultados de cada distribuição. Até à data, o 3PL concluiu todas as distribuições conforme exigido e, recebeu a remuneração integral.

Principais constatações da avaliação inicial

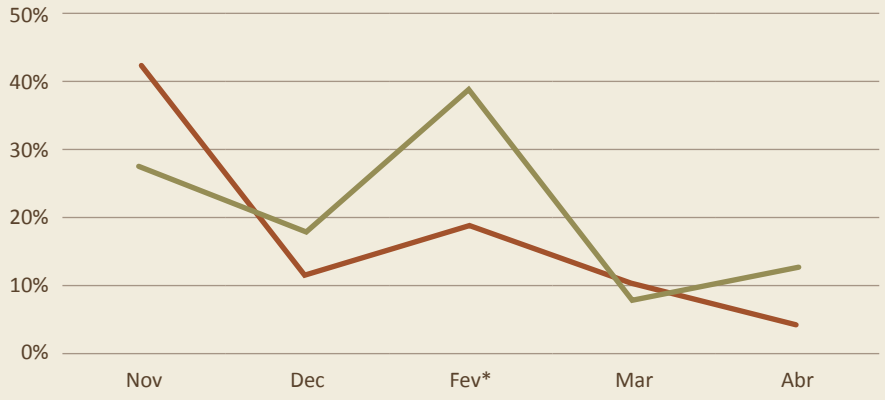
Ao final dos primeiros seis meses de operação, foi realizada uma avaliação pelo consultor da IHS para ajudar a DPS a entender o impacto, custos e requisitos em termos de gestão dum projeto de distribuição terceirizada. A IHS avaliou os dados sobre o abastecimento de stocks e de consumos a partir de 36 unidades sanitárias nos cinco distritos desde o início do programa em novembro de 2015 até abril de 2016. Além disso, a IHS entrevistou uma ampla variedade de intervenientes dos governos a nível provincial e distrital, o pessoal das unidades sanitárias, os parceiros doadores e a empresa 3PL, de forma a obter feedback adicional sobre a implementação e resultados da TST.

O projeto de TST mostra evidência inicial de capacidade e eficiências melhoradas dos transportes, estando volumes de stock sistematicamente mais disponíveis para administrar aos pacientes. A avaliação indicou benefícios da TST em quatro áreas chave:

1. **Disponibilização crescente dos produtos nas unidades sanitárias;**
2. **Eficiência melhorada;**
3. **Melhor recolha e comunicação de dados;**
4. **Confiança reforçada no sistema.**

1 ***Maior acessibilidade dos produtos nas unidades sanitárias.*** Durante os primeiros seis meses de funcionamento, 43 produtos foram entregues pela TST (15 vacinas, 21 ARVs e sete produtos descartáveis). Dados foram recolhidos sobre o volume de stock disponível para cada produto na altura de cada visita de distribuição. A avaliação revelou uma correlação direta entre uma melhoria da fiabilidade da distribuição e, a disponibilidade de stock. À medida que a TST ia melhorando as suas operações, era capaz de distribuir os produtos confiável e consistentemente às unidades sanitárias. Isto levou a uma disponibilidade consideravelmente acrescida para todos os produtos, com melhorias mais dramáticas em stocks tanto de vacinas como de ARVs. As ruturas de stock de vacinas diminuíram de 42 % no primeiro mês (novembro) para 4% e, as ruturas de stock dos ARVs diminuíram de 27 % no primeiro mês (novembro) para 7% por cento. Prevê-se que continuem as melhorias, embora a um ritmo inferior, à medida que vão sendo acrescentadas mais US e sendo transferidas as responsabilidades da gestão da relaçao com o 3PL da VillageReach para a DPS.

Porcentagem de ítens com rutura de stock na altura do descarregamento



*Não foram realizadas nenhumas distribuições durante o mês de janeiro de 2016. Isto foi propositado e acordado antecipadamente com a DPS de Tete para assegurar que as distribuições não fossem comprometidas durante a epoca chuvosa.

O gráfico proporciona informações sobre a percentagem de ítens para os quais ocorreu uma atividade de reabastecimento e que estavam esgotados ("stock zero") na altura do descarregamento do stock de reposição. Esta informação foi registada apenas no caso da atividade de reabastecimento ser realizada (portanto, conforme notado acima, não foram recolhidos nenhuns dados durante o mês de janeiro de 2016). Não proporciona nenhuma percepção aprofundada sobre se os produtos que estavam em existência, estavam disponíveis em quantidade suficiente.

2 ***Eficiência melhorada.*** Rotas mais eficientes e uma melhor planificação da logística diminuíram o tempo e custo (veículo, combustível, ajudas de custo) associados à entrega dos medicamentos. As distâncias percorridas foram reduzidas em tanto como 40 % por causa da distribuição direta do DPM até às unidades sanitárias e novas rotas projetados para passar transversalmente pelos distritos. Os tempos de distribuição sofreram igualmente uma redução substancial; as distribuições do depósito provincial até às unidades sanitárias nos cinco distritos iniciais estão a ser concluídas em uma semana, em comparação com um mês inteiro que anteriormente era necessário para que os medicamentos passassem do depósito até às unidades sanitárias nesses mesmos distritos. A VillageReach trabalhou recentemente com o 3PL integrando GPS nas viaturas do programa de modo a apoiar nas melhorias na planificação futura.

As distribuições do depósito provincial até às unidades sanitárias nos cinco distritos iniciais estão a ser concluídas em uma semana, em comparação com um mês inteiro que anteriormente era necessário para que os medicamentos passassem do depósito até às unidades sanitárias.

3 ***Recolha e relato dos dados.*** A TST levou a um relato melhorado dos dados dos inventários e dos níveis necessários de stock, assim como do estado da cadeia de frio. O pessoal do 3PL tanto como o das unidades sanitárias foi formado ao longo dos primeiros seis meses e, ao 3PL lhe foi atribuída a tarefa de verificação dos relatóriosde stock sempre que se encontram nas unidades sanitárias. Se bem que a recolha de dados foi inconsistente durante os primeiros seis meses de implementação, descobriram-se muito mais informações do que antes do início da TST. Os seguintes dados foram recolhidos por cada produto na altura em que o fornecedor de serviços 3PL visitava uma unidade sanitária para uma distribuição de stocks:

- Stock existente em cada unidade sanitária;
- A quantidade distribuída à unidade sanitária;
- Os danos encontrados durante o transporte;
- O nome da unidade sanitária e a data da visita;
- As horas de chegada e partida da unidade sanitária;
- A condição, estado e temperatura da geleira para as vacinas colocada na unidade sanitária.

Nos primeiros seis meses, a maior parte da recolha de dados a partir das unidades sanitárias foi feita com uso do papel. Isto deixou margem para erro humano na recolha e agregação dos dados e, fez demorar a avaliação para a documentação do projeto. A VillageReach abordou este problema introduzindo a digitalização dos dados nas unidade sanitárias. Os supervisores/motoristas do 3PL receberam tablets para facilitar a recolha de dados durante as distribuições, a qual será agregada em ferramentas de gestão logística que estão já em uso. Outra preocupação levantada a partir desta análise, é que mesmo que mais do que uma em cada três unidades sanitárias registava geleiras não funcionais durante os seis meses revistos, nenhuma recebeu consertos durante este período.

4 ***Confiança reforçada no sistema.*** Os parceiros e pessoal de saúde valorizam um processo constante e previsível para o reabastecimento, o qual levou a uma disponibilização crescente dos produtos. Os intervenientes governamentais e os seus parceiros a nível provincial valorizaram o fato do 3PL ser responsabilizado por determinados aspetos do desempenho da cadeia de abastecimento, como é o caso da garantia da disponibilidade do transporte, a verificação de que os dados relativos aos produtos sejam comunicados

mensalmente à província e, o controlo da qualidade dos veículos. Igualmente receberam com agrado a transparência sobre as existências e as condições da cadeia de frio. O pessoal nas unidades sanitárias confia na intervenção TST e manifesta um forte compromisso para com a sua melhoria e expansão, tanto em termos geográficos como em termos da lista de medicamentos abrangidos.

Os parceiros e pessoal de saúde valorizam um processo constante e previsível para o reabastecimento, o qual levou a uma disponibilização crescente dos produtos.

A intervenção tem-se mostrado igualmente extremamente flexível em responder aos desafios. Por exemplo, a intervenção da MSF denominada por JAM (Juntos pelo Acesso aos Medicamentos) permite que os doentes comuniquem ruturas de stock através de um número de telefone grátis. Na sequência de relatórios de ruturas de stock, a VillageReach trabalhou com o 3PL para priorizar as clínicas afetadas para a distribuição a fim de aliviar as ruturas de stock, sendo os doentes notificados através da JAM quando chegam os seus medicamentos.

Com o modelo TST de terceirização, os trabalhadores da saúde colocados nas unidades sanitárias podem dedicar mais tempo cuidando dos doentes, e reduzir o tempo consagrado à identificação de veículos ou de outra maneira de ir buscar mercadicamentos ao distrito. Ainda mais, já não têm que suprir este processo com os seus próprios fundos pessoais. Assim, 100 % dos trabalhadores da saúde entrevistados relativamente à sua experiência com a TST, disseram que a mesma deve ser continuada.[20]

Perguntas sem resposta

A avaliação inicial da TST mostra um sólido apoio e resultados que indicam um aumento dramático da disponibilidade de produtos que salvam vidas. Apesar de melhorias reconhecidas do desempenho, algumas perguntas continuam sem resposta, particularmente no que diz respeito ao custo e sustentabilidade do sistema.

O custo da intervenção TST para os cinco distritos originais e vacinas e ARV é de 186.000,00 MZN (3720 USD)[21] por mês. Os quilómetros totais, tempo de viagem, tempo de manuseamento, tempo total e custos com o combustível têm todos impacto nos custos do sistema, de várias formas. Se bem que a TST exibe aumentos na eficiência em todos estes domínios, na altura da avaliação foi difícil comparar diretamente os custos da intervenção TST com os custos do sistema original de distribuição pela DPS. No sistema de distribuição de níveis múltiplos original da DPS, o orçamento e custos estavam dispersos entre a província, distritos e unidades sanitárias. Além disso, os volumes entregues pela TST não correspondem ao volume total manuseado pelo sistema de vários níveis da DPS.

Fez-se uma previsão dos custos para expandir a TST de modo a alcançar todas as unidades sanitárias na Província de Tete, em dois cenários. A entrega com a lista atual de produtos (vacinas e ARVs) às unidades sanitárias em cada distrito foi estimado em 556.761,39 MZN (11.135 USD) por mês. O custo esperado de distribuição a todos os distritos para todas as mercadorias armazenadas no DPM estima-se em 801.247,35 MZN (16.025 USD) por mês. Os custos gerais, que representam aproximadamente metade dos custos com a TST neste momento, tornam-se mais eficientes a uma escala maior.

	Custo Mensal (MZN)	Custo Mensal (USD)*
Custo da TSS nos cinco distritos originais	**MZN186,000**	**USD3,720**
Expansão toda a provincia com a lista acctual de medicamentos	**MZN556,761.39**	**USD11,135**
Expansão toda a provincia com todos os medicamentos	**MZN801,247.35**	**USD16,025**

**Para fins destes cálculos, 1 USD = 50 MZN.*

Aspetos a melhorar

Juntamente com a análise de custos, a avaliação incluiu um conjunto de recomendações para ajudar a DPS a averiguar os passos a seguir no melhoramento tanto das operações existentes da TST como para determinar se e como aumentar de escala. Seria necessária uma formação adicional do 3PL e do pessoal das unidades sanitárias para assegurar que todas as fichas sejam preenchidas corretamente e que o pessoal apoie firmemente os esforços de monitoria e avaliação (M&A) do programa. Isto inclui uma formação sobre a recolha de dados, a gestão de stocks, o controlo da qualidade das vacinas, a manutenção do equipamento de frio e mais. Se bem que o setor privado pode proporcionar meios e tecnologia em apoio de mais alta qualidade para melhorar o desempenho da logística, os governos têm que receber formação conveniente na gestão dos contratos e fiscalização dos mesmos. É imprescindível igualmente que seja elaborado um plano abrangente de formação, para desenvolver a capacidade para que o pessoal da DPS Tete consiga gerir os contratos do 3PL.

Desafios no que diz respeito ao espaço para armazenagem, disponibilidade dos MMIAS e falta de comunicação acerca da planificação das distribuições carecem de maior atenção antes do aumento de escala. Para responder a uma necessidade imediata nos distritos atuais, foi criado um grupo WhatsApp para manter todos os intervenientes informados. A manutenção permanente da cadeia de frio era outro desafio citado na avaliação. O 3PL propôs-se a incorporar a manutenção da cadeia de frio dentro do seu contrato, isto está a ser avaliado. Será importante continuar a melhorar a partilha de dados entre a equipa de logística e a equipa de manutenção para abordar os problemas.

O futuro da TST

A partir de junho de 2016, o projeto de TST aumentou de escala de cinco distritos em novembro de 2015, para oito distritos na metade oriental da Província de Tete. Foram igualmente acrescentados kits US que contêm 47 medicamentos essenciais, a incluir os antibióticos, vitaminas, SRO, analgésicos e medicamentos empregues no parto, como por exemplo a oxitocina. A decisão foi tomada de aumentar a escala do trabalho para toda a província de Tete.

É necessária uma análise de mais longo prazo do desempenho da TST, para tirar conclusões mais significativas acerca do impacto da TST sobre a disponibilidade dos produtos, o desempenho da cadeia de abastecimento e a sustentabilidade.

É necessária uma análise de mais longo prazo do desempenho da TST, para tirar conclusões mais significativas acerca do impacto da TST sobre a disponibilidade dos produtos, o desempenho da cadeia de abastecimento e a sustentabilidade. Uma vez que a Central de Medicamentos e Artigos Médicos de Moçambique (CMAM) está a estimular a terceirização e a entrega direta às unidades como parte do plano nacional, a mesma está a acompanhar de perto a intervenção da TST. O pessoal e parceiros da CMAM recentemente decidiram integrar as aprendizagens a partir de Tete enquanto começarem a implementar a sua nova estratégia. Além disso, a DPS está a rever as atuais fontes de financiamento para a cadeia de abastecimento, como é o caso dos orçamentais dos governos provinciais e dos fundos de Reforço dos Sistemas de Saúde (RSS) da GAVI para ajudar a apoiar a TST.

O programa em Tete serviu já como modelo para outras províncias em Moçambique e em outros países. Tete foi visitado recentemente pelo pessoal da DPS de Inhambane, para aprender mais a cerca do sistema da TST. Uma delegação de funcionários de alto nível do ministério da saude do Togo também visitou a província para determinar se a TST podia servir como modelo no seu país.

.

O potencial da terceirização

Transporte suficiente para a entrega dos medicamentos essenciais constitui uma condição prévia para a saúde das pessoas nas comunidades rurais por toda a África subsaariana. Quando aos governos falta-lhes a capacidade e meios de entrega dos medicamentos com segurança, os fornecedores do setor privado poderão eventualmente desempenhar um papel preponderante. A intervenção TST em Tete demonstra que um 3PL pode ser empregue para fornecer serviços de distribuição fiáveis em nome do Governo.

Durante os primeiros seis meses do seu funcionamento, a TST aumentou a capacidade da DPS de assegurar o acesso aos cuidados de saúde, garantindo que os ARVs e vacinas fossem entregues atempadamente e estivessem mais facilmente disponíveis para apoiar nos cuidados aos pacientes. As ambulâncias distritais estão disponíveis para levar os pacientes gravemente doentes e, os trabalhadores do setor da saúde podem ficar na unidade sanitária a servirem os doentes, em vez de recolherem produtos com rutura de stock. Foram adquiridos benefícios adicionais na eficiência do sistema, na recolha e relato dos dados e, uma responsabilização acrescida sobre o fornecedor de serviços que é remunerado. Este melhor desempenho efetivamente tem o seu preço, no entanto, é importante que os custos sejam melhor entendidos e avaliados, à medida que forem sendo tomadas decisões acerca da expansão no futuro.

Ao deixar de superar os desafios com os transportes, o Objetivo de Desenvolvimento Sustentável nº. 3, o qual inclui o acesso a medicamentos e vacinas seguras, eficazes, de qualidade e comportáveis para todos, permanecerão fora do alcance.

É imprescindível que sejam superadas as deficiências na cadeia de bastecimento, de forma a evitar que as unidades sanitárias rurais fiquem sem vacinas, ARVs e outros medicamentos essenciais.. Todas as pessoa que andam muitos quilômetros para receber medicamentos, simplesmente merecem melhor. Ao deixar de superar os desafios com os transportes, o Objetivo de Desenvolvimento Sustentável nº. 3, o qual inclui o acesso a medicamentos e vacinas seguras, eficazes, de qualidade e comportáveis para todos, permanecerão fora do alcance. As autoridades da saude em Tete merecem louvores por envolver o setor privado de forma a aumentar a eficiência na distribuição de medicamentos e, em última instância, a melhorar a saúde dos seus cidadãos.

Informacao Adicional

Para informações adicionais, entre em contato com Melissa West (EUA) **melissa.west@villagereach.org** oou Álvaro Lopes (Moçambique) **alvaro.lopes@villagereach.org**.

www.villagereach.org

Conteúdo associado

Relatório da MSF: Empty Shelves, Come Back Tomorrow (Prateleiras vazias, volte amanhã)

Relatório da VillageReach: Avaliação da Capacidade e Procura de Transporte do Sistema de Saúde: Estudo de casos de Moçambique.

VILLAGEREACH® Starting at the Last Mile

FONTES DE DOCUMENTOS:

1. OMS. *Addressing the global shortage of medicines and vaccines.* WHA69.25. 2016. Genebra: OMS.
2. Relatório da VillageReach: Avaliação da Capacidade e Procura de Transporte do Sistema de Saúde: Estudo de casos de Moçambique. Junho de 2014.
3. República de Moçambique. *Plano de aceleração da resposta ao HIV e SIDA, 2015-2019.* Maputo, 2015.
4. Ozawa S., Clark S, Portnoy A, Grewal S, Brenzel L, Walker D. "Return On Investment From Childhood Immunization In Low- And Middle-Income Countries 2011–20" *Health Affairs*, fevereiro de 2016; 35:2199-207
5. Lydon P. *Global analysis of vaccine shortage in 194 WHO member states between 2010-2014*. Genebra: OMS; 2015.
6. OMS. *Global Report on Early Warning Indicators of HIV Drug Resistance.* 2016. Genebra: OMS.
7. Boyer S, Clerc I, Bonono CR, Marcellin F, Bilé PC, Ventelou B. "Non-adherence to antiretroviral treatment and unplanned treatment interruption among people living with HIV/AIDS in Cameroon: Individual and healthcare supply-related factors", in *Soc Sci Med*. 2011; 72(8):1383-92.
8. Muhamadi L, Nsabagasani X, Tumwesigye M N, Wabwire-Mangen F, Ekström A, Peterson S, Pariyo G. "Inadequate pre-antiretroviral care, stockout of antiretroviral drugs and stigma: Policy challenges/bottlenecks to the new WHO recommendations for earlier initiation of antiretroviral therapy (CD < 350 cells/_L) in eastern Uganda", in *Health Policy,* 2010; 97: 187–94
9. Kranzer K and Ford N. "Unstructured treatment interruption of antiretroviral therapy in clinical practice: a systematic review", in *Trop Med and Int Health*, 2011; 16(10): 1297–313
10. Pasquet A, Messou E, Gabillard D, Minga A, Depoulosky A, Deuffic-Burban S et al. "Impact of Drug Stockouts on Death and Retention to Care among HIV Infected Patients on Combination Antiretroviral Therapy in Abidjan, Côte d'Ivoire", in *PLoS ONE*, 2010; 5(10).
11. Vledder M, Friedman J, Sjoblom M, Brown T, Yadav P. *Enhancing public supply chain management in Zambia. World Bank Evidence to Policy Paper 2013.* Washington, DC: Banco Mundial, 2012.
12. Assi TM, Brown ST, Kone S, Norman BA, Djibo A, Connor DL, Wateska AR, Rajgopal J, Slayton RB, Lee BY. "Removing the regional level from the Niger vaccine supply chain", in *Vaccine* 2013; 31(26): 2828–34.
13. Yadav, P. "Health Product Supply Chains in Developing Countries: Diagnosis of Root Causes of Underperformance and an Agenda for Reform", in *Health Systems and Reform*, 2015. 1(1):98-110.
14. *Plano Estratégico de Logística Farmacêutica*. MISAU. 2013.
15. IMASIDA, *Relatório dos Impactos*, 2016.
16. "PEPFAR Tete: Partnership for an AIDS Free Mozambique". Plano de Emergência do Presidente dos EUA para Alívio do SIDA (PEPFAR), Moçambique. Perfil da Província de Tete, 2014.
17. MSF: Empty Shelves, Come Back Tomorrow (Prateleiras vacias, volte amanhã), ARV Stockouts Undermine Efforts to Fight HIV. 2015
18. VillageReach, dados de base recolhidos em 2015.
19. No início do projeto, os três distritos de Moatize, Changara e Mutarara foram subdivididos, tornando-se cinco distritos, com o acréscimo de Dôa e Marara.
20. Os trabalhadores da saúde responderam ao inquérito em dois terços das unidades sanitárias (24 das 36).
21. No presente relatório, a cotação do dólar aplicada é de 1 USD = 50 MZN. Moçambique tem experimentado recentemente flutuações importantes no valor da sua moeda relativamente ao USD.

Anexo: Propósito e metodologia da avaliação

A VillageReach entrou em parceria com a Imperial Health Sciences para realizar uma revisão semestral dos dados e operações da TST, a partir da qual se baseiam as informações no presente relatório. O propósito da avaliação era de ajudar a DPS a responder a três perguntas:

- Será que a TST melhora o acesso às mercadorias e a eficiência da logística?
- Quanto é que custa?
- Quais são as considerações e recomendações para a gerência sobre os passos que é necessário que a DPS tome se quiser continuar e aumentar de escala esta intervenção?

Os seguintes dados foram recolhidos pelo motorista para cada produto, na altura da visita pelo fornecedor de serviços 3PL a cada unidade sanitária para uma distribuição de stock:

- Stock existente em cada unidade sanitária;
- Quantidade distribuída à instalação sanitária;
- Danos encontrados durante o transporte;
- Nome da unidade sanitária e data da visita;
- Hora de chegada e de partida da unidade sanitária;
- Condição, estado e temperatura da geleira para as vacinas localizada na unidade sanitária.

Dados foram recolhidos apenas para produtos que estavam a ser reabastecidos. Foi elaborado igualmente um livro de bordo do motorista para registar informações associadas aos transportes, como é o caso dos quilómetros percorridos e as horas de partida e de chegada.

Além de ter pleno acesso a todos os dados relevantes a partir das fontes enumeradas acima, a IHS igualmente acompanhou o 3PL em distribuições em abril de 2016 e, entrevistou uma ampla variedade de intervenientes dos governos a nível provincial e distrital, do pessoal das unidades sanitárias, dos parceiros doadores e da empresa 3PL.

Para a análise de custo, os custos efetivos provêm na medida do possível dos registos ou documentação oficiais. Quando tal não foi possível, foi determinada uma estimativa dos custos a partir do Departamento de Transportes da DPS, do fornecedor de serviços contratado, do DPM, do pessoal da VillageReach e de dados anteriormente recolhidos, e/ou de estatística a partir de trabalho com o setor privado realizado na África do Sul e no Malawi.