

GLAXOSMITHKLINE
REORGANIZAÇÃO EMPRESARIAL BASEADA EM
KEY ACCOUNT MANAGEMENT

Rui Nuno da Silva Pinheiro Pratas Jorge

Projeto Empresa
Mestrado em Marketing

Orientador:
Professor Pedro Miguel da Silva Cordeiro Ferreira

Outubro 2013

Agradecimentos

Na elaboração de uma Tese de Mestrado assumimos a continuidade de formação académica e profissional. Por um lado alimentamos o desejo de aperfeiçoamento profissional, por outro, possibilita-nos estruturar e desenvolver todos os conhecimentos até aqui adquiridos. É de reconhecida justiça e mérito que se enalteça todos quanto me apoiaram a concluir esta importante etapa.

Ao professor Pedro Ferreira, orientador de excelência, pela sua visão crítica e aprofundada na construção da tese. A sua disponibilidade, e particularmente a sua exigência, foram fundamentais para elevar o nível do trabalho apresentado. Consegui fazer melhor.

Ao colosso farmacêutico, GlaxoSmithkline, pelo apoio e incentivo à minha formação profissional.

Agradecimento à minha família por acreditar, acreditar sempre... sempre!!!

Ao amigo de infância, João Paulo Nascimento, pelo estímulo, e pela capacidade de influenciar positivamente.

Ao amigo Paulo Rodrigues, a voz presente da consciência, pela força e motivação que sempre demonstrou.

Aos amigos, Cristina Espirito Santo e António Jorge, pela inestimável amizade e disponibilidade demonstrada.

À Jessica Jones pela amizade e abertura demonstrada.

A todos quanto gentilmente responderam aos questionários, contribuindo decisivamente para a criação de valor deste trabalho.

Índice

Agradecimentos.....	I
Índice de Gráficos e Quadros	II
1 - Sumário	1
Abstract	2
2 - Problemática de Investigação	3
3 - Revisão de Literatura	4
3.1 – Definições de <i>Key Account Management</i>	4
3.2 – <i>State of the Art Key Account Management</i>	6
3.3 – Vantagens Competitivas.....	8
3.4 – O <i>Key Account Manager</i>	9
3.5 – Modelo de implementação de estrutura <i>Key Account Management</i>	11
3.5.1 – Objetivos para <i>Key Account Management</i>	12
3.5.2 – Segmentação de Mercado.....	12
3.5.3 – Selecção da equipa de classificação/selecção de <i>key accounts</i>	13
3.5.4 – K.A.I.S.M. – classificar os clientes	13
3.5.5 – Estratégias de distinção de clientes	16
3.5.6 – Comunicação e implementação.....	19
4 - Análise Situacional	20
4.1 – Enquadramento Internacional	20
4.2 – Análise PESTLE	21
4.3 – Organização do Serviço Nacional de Saúde	22
4.3.1. – Organigrama do SNS	23
4.4 – A Indústria Farmacêutica	23
4.4.1 – Caracterização, composição e evolução do setor	23
4.4.2 – Impacto da conjuntura atual no setor	25
4.5 - <i>Stakeholders</i> na gestão hospitalar	28
4.6 - A GlaxoSmithkline	31
4.6.1 – A empresa.....	31
4.6.2 - GlaxoSmithkline Portugal.....	32

4.6.3 – Missão e prioridades estratégicas	32
4.6.4 – Evolução do negócio	33
4.6.5 – Áreas de negócio e organigrama	35
4.7 – “ <i>Listenning the Stakeholders</i> ”	44
4.8 – SWOT Dinâmica GSK	51
5 - Identificação e abordagem do Problema	52
5.1 - Questões Chave	52
6 - Implementação do programa <i>Key Account Management</i>	53
7 - Reflexões e Limitações	70
8 - Bibliografia/Netgrafia	72
9 - Anexos	75

Índice de Gráficos

Pág.

Gráfico 1: Dívida dos Hospitais, Set 2012 – Ago 2013	26
Gráfico 2: Prazo médio de pagamentos, Set 2012 – Ago 2013	26
Gráfico 3: Vendas em valor (€) por <i>Business Unit</i> , 2010-2012	33
Gráfico 4: Peso das sub-unidades na BU Hospitalar (2010-2012)	34
Gráfico 5: “ <i>Listenning the Stakeholders</i> ” – Pergunta 1	46
Gráfico 6: “ <i>Listenning the Stakeholders</i> ” – Pergunta 3	48
Gráfico 7: “ <i>Listenning the Stakeholders</i> ” – Pergunta 4 (CFT/APROV)	49

Índice de Figuras

Pág.

Figura 1: Michael Porter’s <i>Five Forces</i>	8
Figura 2: Caracol de oportunidades	10
Figura 3: Processo de 6 passos para classificação de clientes	11
Figura 4: Matriz de identificação e selecção de <i>Key Accounts</i> , K.A.I.S.M.	14
Figura 5: Modelo de relacionamento de gestão de contas	17
Figura 6: Organigrama do SNS	23
Figura 7: <i>Stakeholders</i> na gestão hospitalar	29

Figura 8: Organigrama <i>Mangement Team</i> GSK Portugal.....	35
Figura 9: Organigrama da BU Hospitalar	36
Figura 10: Distribuição territorial DIM's por sub-unidade.....	39
Figura 11: Relacionamento estrutura comercial GSK com <i>Stakeholders</i>	40
Figura 12: Segmentação de clientes GSK (BU Hospitalar)	54
Figura 13: Matriz K.A.I.S.M., BU Hospitalar GSK	57
Figura 14: Estratégia de relacionamento por cliente GSK, Portugal	60
Figura 15: Novo organigrama da BU Hospitalar	61
Figura 16: <i>Approach KAM 360°</i>	64
Figura 17: <i>Approach KAM 360° “Big Picture”</i>	66

Índice de Tabelas

Pág.

Tabela 1: Crescimento económico mundial, 2010-2012.....	20
Tabela 2: Projeções do Banco de Portugal, 2011-2013.....	21
Tabela 3: Despesa com medicamentos em 54 hospitais com gestão pública, 2009-2012	27
Tabela 4: Percentagem da despesa farmacêutica total no PIB, 1980-2005.....	27
Tabela 5: Médicos/especialidade, BU Hospitalar, <i>Critical Care</i>	42
Tabela 6: Médicos/especialidade, BU Hospitalar, <i>Vaccines</i>	42
Tabela 7: Médicos/especialidade, BU Hospitalar, <i>Oncology</i>	42
Tabela 8: Nº de clientes (médicos) das sub-unidades (CC;Onco;Vac) tipologia.....	43
Tabela 9: “ <i>Listenning the Stakeholders</i> ” – Pergunta 2.....	47
Tabela 10: “ <i>Listenning the Stakeholders</i> ” – Pergunta 4.1 (CFT/APROV).....	50
Tabela 11: Critérios de atratividade matriz K.A.I.S.M.	55
Tabela 12: Critérios de força relativa matriz K.A.I.S.M.....	55
Tabela 13: Lista dos principais clientes (lei de Pareto).....	56
Tabela 14: Funções de KAM360°	67
Tabela 15: Vantagens e desvantagens fonte de recrutamento NAM/KAManagers	68

Índice de siglas e abreviaturas

BU – *Business Unit*

CFT – Comissão de Farmácia Terapêutica

DGS – Direção Geral de Saúde

DIM – Delegado Informação Médica

EFSM – *European Financial Stabilisation Mechanism*

FMI – Fundo Monetário Internacional

IF – Indústria Farmacêutica

IRC – Imposto sobre o rendimento de pessoas coletivas

IVA – Imposto sobre o valor acrescentado

KA – *Key Account*

KAM – *Key Account Management*

KAManager – *Key Account Manager*

MoU – *Memorandum of Understanding*

NAM – *National Account Manager*

OE – Orçamento de Estado

OECD – *Organisation for Economic Co-operation and Development*

OMS – Organização Mundial de Saúde

PIB – Produto Interno Bruto

SNS – Serviço Nacional de Saúde

1 - Sumário

Este projeto foi desenvolvido numa multinacional farmacêutica, a GlaxoSmithkline (GSK), uma das Companhias de referência no mercado farmacêutico.

A GSK tem uma forte e sólida estrutura comercial que está organizada por duas unidades de negócio, a *Business Unit* Hospitalar e *Business Unit Trade*. Trata-se de uma empresa que, tal como outras do mesmo setor, tem sofrido o impacto de toda a conjuntura atual e, em concreto, as inúmeras alterações específicas do setor em questão.

A GSK tem na sua estrutura um *Key Account Manager (KAManager)*. Desta forma, a abordagem aos *stakeholders* hospitalares [Médicos, Comissões de Farmácia Terapêutica (CFT), Serviços de Aprovisionamento], resultam em relacionamentos circunstanciais, sem existir um acompanhamento regular e estratégico a estes clientes.

Assim, foi elaborado um diagnóstico situacional à envolvente externa e interna da GSK com o intuito de analisar em detalhe a sua estrutura e forma de atuação presente para, a partir daí, ser possível propor uma solução de uma melhor e mais correta adaptação da organização comercial às necessidades atuais que o mercado revela.

Desta forma, tornou-se possível produzir uma solução de reorganização comercial baseada num programa *Key Account Management (KAM)*, que permitirá identificar os clientes com capacidades para assegurar o futuro da GSK e delinear estratégias de relacionamento com os mesmos.

Palavras-chave: Reorganização da Força de Vendas, *Key Account Management*, *Key Account Manager*, *Key Account*.

JEL Classification: H51; I11; I18; L21; L22; L25; M51

Abstract

This project was developed for a multinational pharmaceutical company, GlaxoSmithkline (GSK), one of the leading Companies in the pharmaceutical market.

GSK has a strong and solid commercial structure that is organized by two business units, the Business Unit Hospital and the Business Unit Trade. This is a company that, like others of the same sector, has suffered the impact of the whole current situation and, in particular, the innumerable specific changes involving the sector in question.

Incorporated in the GSK structure is the *Key Account Manager*. The relationship with the Hospital stakeholders (Medical Doctors, Pharmaceutical Drug Commissions, Procurement Services), is circumstantial without regular and strategic visit to these clients.

Thus, a situational diagnosis was assessed focusing on GSK's external and internal issues in order to analyze in detail the structure and form of current performance, which would enable to propose a solution for a better and more correct adjustment of business organization to address the current needs that the market requires.

In this way, it became possible to bring forth a solution for commercial reorganization based on a KAM program to identify customers with capabilities to ensure the future of GSK and outline strategies for dealing with them.

Keywords: Sales Force Reorganization, Key Account Management, Key Account Manager, Key Account.

JEL Classification: H51; I11; I18; L21; L22; L25; M51

2 - Problemática da Investigação

A GSK é uma Companhia farmacêutica multinacional, líder em várias áreas de Investigação a nível mundial e nacional que opera em vários domínios, incluindo o mercado Hospitalar.

Estando inserida num setor bastante complexo como o farmacêutico, tem sofrido ao longo dos últimos anos todo o impacto que a conjuntura, não só nacional aos mais diversos níveis, mas sobretudo do mercado farmacêutico, tem acarretado. Das inúmeras alterações que a indústria farmacêutica tem assistido nos últimos anos podemos destacar as seguintes:

- ✓ Fortes restrições orçamentais: corte de 680 milhões de euros em medicamentos este ano, (aprox. 56 milhões / mês);
- ✓ Aumento dos constrangimentos médicos, regulamentares e legais;
- ✓ Diminuição das receitas no setor;
- ✓ Restrições de acessibilidade às Unidades de Saúde;
- ✓ Limitações na aprovação/comparticipação de novas moléculas;
- ✓ Implementação de Centrais de Compra;
- ✓ Alteração do poder de decisão para outra figura, as Administrações.

Como é habitual em empresas deste setor, a GSK tem a sua força de vendas assente essencialmente em delegados de informação médica (DIM's). Com o novo paradigma de legislação e as exigências que o mercado tem colocado, é fundamental a introdução de uma nova figura na estrutura da empresa que consiga trabalhar o portfólio de clientes a um outro nível, mais relacional e estratégico. Surge assim a função de *Key Account Manager*.

Torna-se essencial para as empresas apostar nos *KAManagers* para gerir as grandes contas de cada território, ficando os DIM's responsáveis por visitar o prescriptor/médico, tal como as mais pequenas contas. Os *KAManagers*, pelas competências de negociação desenvolvidas e pelo conhecimento das necessidades deste tipo de cliente mais exigente e complexo serão a resposta mais adequada para as parcerias de sucesso que se pretendem a médio e longo prazo. É então por isto que importa rever toda a estrutura comercial e, como tal, este Projeto – Empresa tem por objetivo a reorganização do departamento comercial de uma das *Business Units* (BU) da GSK, a BU Hospitalar, através da implementação de um programa de *Key Account Management*, alavancando assim os níveis de orientação para o cliente.

3 - Revisão de literatura

“Key Account Management is about managing the future” (Cheverton, 2012)

Cheverton conseguiu numa curta citação condensar toda a abrangência de um conceito largamente estudado e cada vez mais atual.

A indústria farmacêutica encontra-se em permanente mudança. O mercado farmacêutico que na década de 90 viveu momentos gloriosos com elevados crescimentos anuais de dois dígitos, é confrontado atualmente com constrangimentos e imposições legais que ameaçam transversalmente todas as companhias farmacêuticas. A conjuntura económica e a alteração do poder de decisão, evoluiu de ambientes tradicionais para mercados complexos, onde a tomada de decisão é feita por vários *stakeholders*. Neste ambiente hostil e competitivo, as companhias tendem a adaptar-se à nova realidade do mercado e surge então a necessidade de evoluir para um trabalho assente em *best practices* de *Key Account Management*.

KAM ou Gestão de Contas-Chave é hoje uma das estratégias competitivas mais importantes para as organizações. Cheverton (2012), afirmou que, a Gestão de Contas é o processo para maximizar o retorno do seu investimento num cliente, definindo e ativando planos apropriados que lhe permitem construir no presente, para gerir o futuro.

Capon (2001), referia que, hoje em dia são muitas as empresas que com o objetivo de se manterem competitivas adotaram um novo modelo de organização que tem como base o reconhecimento de quais os clientes que são mais valiosos em termos estratégicos para as empresas e que a relação que se deve manter com estes vai muito para além dos processos de simples venda. Capon (2001), sugeria ainda, que o *Key Account Management* é estratégia: estratégia de superação de expectativas, estratégia de conhecimento profundo dos clientes e de antecipar necessidades e assim originando e reforçando relações de valor de longo prazo.

3.1 - Definições *Key Account Management*

O termo *“Key Account Management”* tem sido utilizado em vários contextos diferentes, por este motivo, várias definições de KAM serão apresentadas a fim de facilitar uma compreensão do conceito. Uma conta-chave é um cliente de grande dimensão, muitas vezes atribuída a um específico representante de vendas (Dwyer e Tanner, 2001).

Para Ojasalo (2001), KAM pode ser descrito como uma abordagem de marketing de relacionamento orientado para grandes clientes no mercado.

Barrett (1986), define KAM como: "um processo de gestão de contas orientadas para os maiores e mais importantes clientes, proporcionando um tratamento especial nas áreas de marketing, vendas e administração de serviços." Também Workman, Homburg e Jensen (2003) definem KAM como: o desenvolvimento de atividades e/ou atribuição de pessoal especialmente dirigido a uma organização mais importante. Nessa definição implica que (i) algum tipo de identificação mais importante os clientes devem apresentar e (ii) as atividades adicionais e/ou pessoais devem ser dirigidas a essas contas. Shapiro (1988), entende que "é uma abordagem em que um executivo ou equipa assume a total responsabilidade pela gestão do negócio num cliente." Nesta linha de raciocínio, Jobber e Lancaster (2009), afirmavam que KAM é uma estratégia utilizada pelos fornecedores para conquistar e servir clientes com robustez financeira e de elevado potencial. Para McDonald e Woodburn (2007), contas-chave são clientes de um mercado *B2B*¹, identificados como sendo de importância estratégica. O KAM é um sistema integrado da gestão de processos destes relacionamentos rentáveis.

Segundo Capon (2001), o *Key Account Management* é uma abordagem de gestão e de desenvolvimento de negócio nos clientes que são identificados como principais, não só em termos de potencial presente, mas fundamentalmente como potencial futuro, que implicam serem alvo de uma série de estratégias de desenvolvimento de relações duradouras por meio de um constante acompanhamento e identificação de necessidades, de forma a corresponder e superar expectativas consolidando a relação comercial.

Para Cheverton (2008), as KA's estratégicas do negócio vão exigir o apoio total de toda a empresa, ou seja, KAM abrange todas as áreas de negócio, não só uma equipa, mas toda a estrutura. É um esforço a nível empresarial e estratégico, onde os fornecedores e clientes estão a consolidar parcerias estratégicas *win-win*² para ambas as partes.

De muitas teorizações acerca da temática KAM, resulta a ideia que se está perante uma mudança de paradigma que foca na escolha dos clientes a base para o sucesso comercial das empresas e tem como objetivo principal o desenvolvimento do relacionamento com os principais clientes. Por sua vez este relacionamento vai assumindo complexidades crescentes ao longo do tempo uma vez que as *Accounts* deverão de forma sustentada evoluir nos estágios de interação.

¹ *Business to Business* (transações entre negócios)

² Benefício de ambas as partes (ganhar / ganhar)

3.2 - *State of Art de Key Account Management*

Wengler (2007), referia que desde o início dos anos 70 o *Key Account Management* foi objeto de investigação nos seus objetivos e mais recentemente na sua relação com a performance. Porém, mecanismos que determinem quando e como implementar um programa de KAM e como adaptá-lo a relações específicas em importantes clientes tem sido um fator negligenciado pela literatura académica.

Um dos aspetos absolutamente crítico na implementação de programas KAM é o acesso a recursos e *commitment* de vários departamentos (Homburg et al, 2002; Abraat e Kelly, 2002), bem como a definição da estrutura KAM mais adequada. Consiste em dois passos: avaliação de efeitos económicos e alternativas eficientes em função de mecanismos de custos de implementação de um programa KAM, e outra vertente importante, a exigência de apoio e controlo da gestão de topo, que deve ser feito através de mecanismos de *follow-up* e coordenação, por forma a facilitar a manutenção do sistema e atingir bons níveis de *commitment* empresarial e focar as equipas nas relações com os KA's (Natti e Palo, 2011). Wengler (2006) defendia que as empresas estão a concentrar as relações comerciais, maximizando o valor económico com as contas-chave e a maioria está a optar pela implementação KAM. Porém, existem pontos fracos que devem merecer a melhor atenção dos decisores, aquando da implementação de programas KAM (Piercy e Lane, 2006), tais como as oscilações no poder negocial e a percepção da real relação fornecedor/comprador. A realidade é que os próprios gestores raramente tinham dados sobre a rentabilidade dos clientes e eram imprecisos nas suas previsões (Shapiro et al, 1987; Zolkiewski e Turnbull, 2000).

Spiro et al (2009), afirmavam que, nos últimos anos, muitas empresas reestruturaram as suas forças de vendas para se tornarem mais flexíveis em relação às mudanças das necessidades e em alguns casos à perda de clientes. As empresas estão a organizar-se de acordo com as necessidades dos seus clientes. Os maiores obstáculos à implementação de uma abordagem baseada em *Key Account Management* normalmente não são os clientes ou a concorrência, mas sim a própria organização.

Capon (2001), antecipava que a filosofia KAM uma vez implementada – podendo existir diferentes graus de implementação – não depende em exclusivo da força de vendas. Modelos mais antigos de KAM colocavam toda a responsabilidade de implementação deste modelo apenas na força de vendas. Esse ónus nos modelos mais recentes, pode e deverá ser um processo integrado que liga todas as estruturas da direção comercial – desde o *Top*

Management à força de vendas – desejando assim que seja um processo transversal, integrado, dinâmico e total. Para Rock (1998), a gestão eficaz de contas-chave é o ingrediente principal para o sucesso ou fracasso da maioria das organizações.

Wengler et al (2005), testemunhavam que a vantagem de implementar programas KAM é o facto destas empresas integrarem as necessidades dos seus clientes na fase de desenvolvimento dos seus produtos enquanto outras empresas não o fazem. A intensidade competitiva e a coordenação necessária para gerir estes relacionamentos com KA's conduziram as empresas à implementação de programas KAM cujas razões Wengler (2005), enunciou desta forma:

- ✓ Aumento da orientação do fornecedor para o cliente;
- ✓ Internacionalização dos clientes e dos mercados;
- ✓ Melhorias na coordenação interna;
- ✓ Segmentação de clientes;
- ✓ Aumento das necessidades dos clientes;
- ✓ Diferenciação e aumento da intensidade relacional com os clientes;
- ✓ Incremento da eficiência de tomada de decisões internas;
- ✓ Minimização dos riscos de mercado.

McDonald e Woodburn (2006), com base numa década de profundas pesquisas, definiram o *state of art* das melhores *best practices* de KAM na perspetiva de clientes e fornecedores.

De entre muitos dados, as reflexões acompanhavam este sentido:

- ✓ *Key Account Management* é uma abordagem estratégica distinta entre gestão de conta ou venda a contas-chave. Deve ser utilizado para assegurar o desenvolvimento a longo prazo e retenção de clientes estratégicos;
- ✓ *Key Account Management* é de alto nível, mas difícil de fazer bem;
- ✓ Kmais evidente verificar-se quando o fornecedor e o cliente tem reciprocamente uma parceria reconhecida e um grau de confiança;
- ✓ Muitas vezes há incompatibilidades entre os fornecedores e clientes por não entenderem a outra parte, por este motivo na sua relação, a comunicação cuidadosa e vigilância são vitais;
- ✓ O acompanhamento regular da rentabilidade de clientes individuais por fornecedores proporciona informações cruciais, mas é muito raro, porque é difícil medir a rentabilidade por cliente;

- ✓ Os gestores de contas-chave precisam de um amplo portfólio para a gestão dos negócios e habilidades para lidar com os relacionamentos de clientes interdependentes ou integrados;
- ✓ *Key Account Management* tem implicações estruturais para as vendas das empresas.

Ryals Lynette (2007), afirmava que *Key Account Management* foi uma das mudanças mais importantes na venda que surgiu durante as últimas duas décadas. KAM é um processo organizacional radicalmente diferente usado em ambiente *B2B*, para gerir relacionamentos com os clientes estrategicamente importantes, e que produz benefícios mensuráveis de negócios.

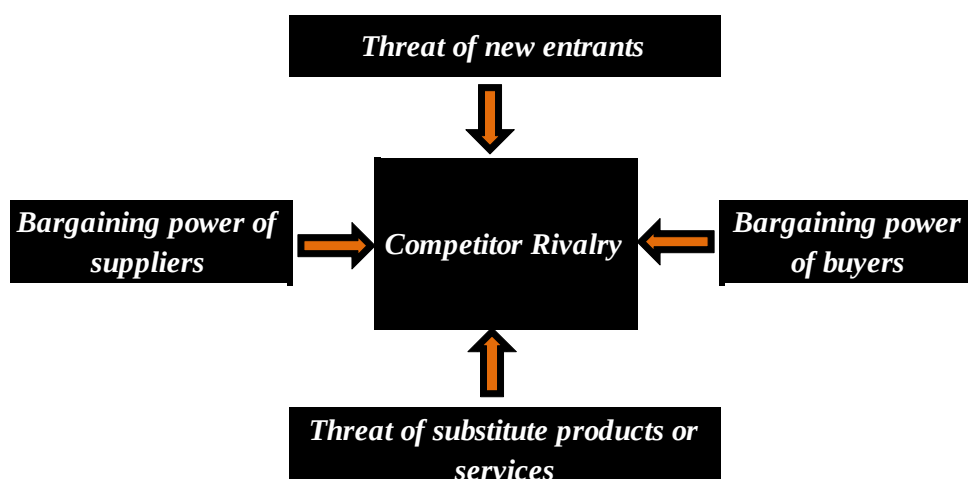
3.3 - Vantagens Competitivas

“If you don’t have competitive advantage, don’t compete” (Jack Welsh)

Millman e Wilson (1995), referiam que muitas empresas estão a desenvolver esforços para ganhar vantagens competitivas e trazerem rentabilidade para o seu negócio, através de formação de alianças estratégicas com clientes e fornecedores. Uma forma de aliança estratégica que provou ser eficaz, é o *Key Account Management*.

Segundo Porter (1986), as cinco forças competitivas determinam no seu conjunto, o nível de concorrência existente num setor e condicionam tanto a sua rentabilidade como a adopção de estratégias competitivas.

Figura 1: Michael Porter’s five forces



Porter (1986), forneceu um modelo robusto para avaliar a natureza dos desafios competitivos enfrentados por uma empresa. Menciona que uma empresa trabalha dentro de um fluxo de

cinco forças diferentes que se combinam para determinar a rentabilidade. A equipa de *KAManagers* deve entender como cada impacto interfere com o cliente e como podem ser capazes em ajudar o cliente a construir barreiras de protecção contra estas forças, conservando a vantagem competitiva contra os *players* existentes, prevenir novos operadores, produtos substitutos e a reduzir o poder dos compradores.

3.4 - O Key Account Manager

É função de um *Key Account Manager* conhecer a verdadeira natureza do mercado dos clientes e compreender a verdadeira natureza do valor apresentado pela sua organização.

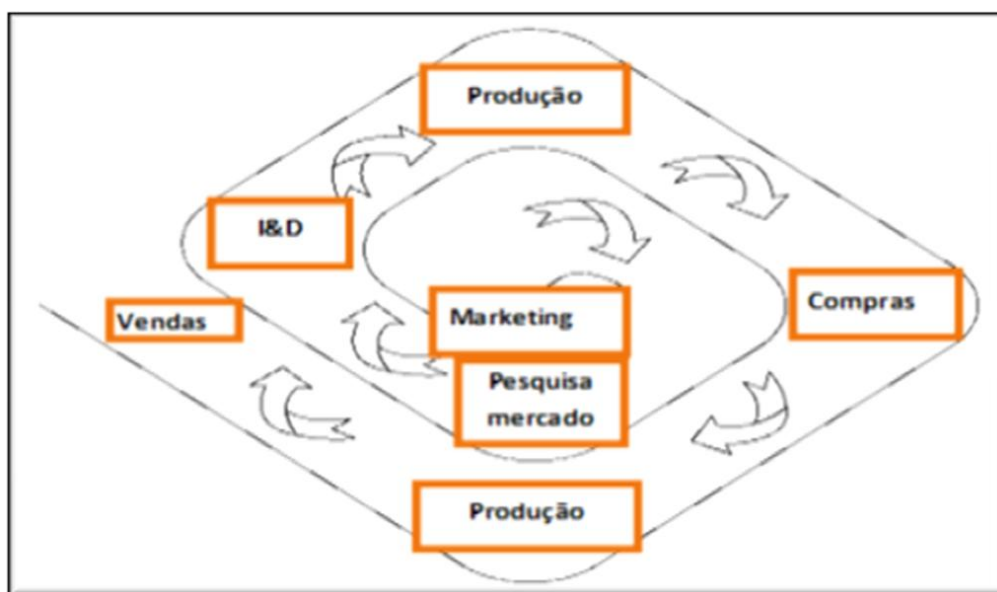
De acordo com Pardo (2006), o objetivo de um gestor de conta-chave é facilitar e desenvolver as relações existentes, mas também iniciar novos relacionamentos com clientes-chave. Segundo Maister (1999), o gestor de contas-chave tem a responsabilidade de gerir o relacionamento da empresa com os principais clientes e de coordenar os profissionais nos diversos departamentos da empresa. Muitos gestores de contas-chave, assumem o papel de gerirem sozinhos esses relacionamentos, mas esse é geralmente um erro fatal. O trabalho do gestor de contas-chave é gerir o relacionamento e estabelecer pontes e não tanto para construí-lo sozinho.

Fica deste modo claro que é necessário procurar outros contatos para além das pessoas que tradicionalmente seriam o contato dos vendedores, ou seja, os compradores.

Para a criação de valor é necessário compreender o cliente e o seu mercado, de modo a poder utilizar essa informação para garantir a retorno merecido, de igual modo é necessário também compreender a organização do cliente, as suas pessoas e o seu processo de tomada de decisão. Ivens e Pardo (2008a), afirmavam que as empresas têm que seleccionar os clientes importantes, para melhor interagirem e integrá-los na criação de valor.

Com objetivo de auxiliar o desenvolvimento da rede de contatos, Cheverton (2012), propõe o modelo do “caracol de oportunidades” para guiar o fornecedor ao longo do caminho que um novo projeto percorre, deste modo a rede de contatos será ampliada no sentido de se dirigir ao centro do caracol.

O caracol representado na figura 2. é o exemplo típico do caminho que uma nova ideia percorre:

Figura 2: Caracol de oportunidades

Fonte: Adaptado de Cheverton 2012

À medida que se penetra no caracol e se desenvolve a rede de contatos, maior é a probabilidade de encontrar pontos onde o valor causa mais impacto, bem como poderá levar a oportunidades de influenciar especificações, por exemplo, na Investigação&Desenvolvimento (I&D). A decisão de até que ponto se pretende penetrar no caracol de oportunidades deve ser analisada cuidadosamente e todas as vantagens e desvantagens devem ser avaliadas.

Rackham (1989), afirmava que a estratégia de venda eficaz é construída com a compreensão dos clientes e nas preocupações que tem nas fases da venda.

Cheverton (2012), elaborou três abordagens diferentes de venda, que conduzem a três tipos de relacionamento diferentes:

a) “A volta do leite - *The milk round*”

É o cenário de vendas mais clássico, consiste numa equipa de vendas numerosa com um plano de visitas preparado de modo a garantir a cobertura de uma determinada área procurando atingir um modo eficiente de servir um grupo de clientes. Esta abordagem é bastante visível na indústria farmacêutica ao nível dos Delegados de Informação Médica (DIM).

b) “O caçador - *The hunter*”

É mais comum em mercados de crescimento rápido e tipicamente é utilizada por empresas novas no mercado. Apoia-se numa força de vendas agressiva, guiada por um pacote de comissões aliciante, consiste na simples transação de um produto por um preço. Quando um

novo medicamento é lançado esta também poderá ser uma abordagem adequada à indústria farmacêutica. Uma equipa jovem com o objetivo de chegar ao número máximo de médicos.

c) “O agricultor - *The farmer*”

O objetivo do agricultor é desenvolver o potencial do cliente ao longo do tempo. Tendo como objetivo primário a retenção do cliente, as relações tendem a ser mais profundas e abranger um número mais elevado de contatos. Semear agora para mais tarde recolher. Esta é uma abordagem de *Key Account Management*.

3.5 - Modelo de implementação de estrutura *Key Account Management*

Cheverton apresenta um modelo composto por seis passos. A versão inicial de 2004 era composta por dez passos tendo adquirido o formato apresentado em 2008 que se manteve em 2012.

Figura 3: Processo de 6 passos para classificação de clientes



3.5.1 - Objetivos para *Key Account Management*

Neste passo deve existir uma definição clara dos objetivos que a empresa tem para abordar o *Key Account Management*, sendo essencial que estes sejam aceites dentro da organização. Estes são objetivos que a empresa se propõe cumprir ao aplicar o programa KAM. Para determinar os objetivos, recorre-se à metodologia S.M.A.R.T. (Doran, 1981) como meio de os alcançar de um modo dinâmico e ajustável a variações de mercado. Objetivos S.M.A.R.T. significam (**S**pecific – Específicos; **M**easurable – Mensuráveis; **A**ttainable – atingíveis; **R**elevant – Relevantes e **T**imely – Temporizáveis). Para o cumprimento destes objetivos é necessário um firme compromisso da organização, correndo todos os níveis hierárquicos da estrutura comercial.

3.5.2 - Segmentação de mercado

A segmentação é uma condição indispensável para o crescimento da empresa. A segmentação tem como principal fundamento a divisão do mercado total em sub-grupos (*clusters*) simplificando a gestão da alocação de recursos e de clientes, assegurando-se assim que o investimento é feito onde irá ser gerado maior retorno, desenvolvendo estratégias comerciais direcionadas, simplificando a gestão e o controlo de clientes dentro de cada *cluster*. Cheverton (2008), define a segmentação de mercado como o agrupamento de clientes em *cluster* consoante as suas necessidades de compra, atitudes e comportamentos.

Antes de iniciar a classificação de clientes é necessário realizar a segmentação do mercado. Esta não é definida pelos nossos produtos ou tecnologias, mas sim pelos clientes. Conforme referido, um segmento de mercado é um grupo de clientes que partilha necessidades, atitudes e comportamentos similares, podendo deste modo ser servidos por um *marketing mix* consistente.

A segmentação será útil na selecção de *Key Accounts* por diversos motivos, nomeadamente pelos motivos que se seguem:

- ✓ Uma *Key Account* é o cliente mais atrativo dentro de um segmento importante e não apenas um grande cliente;
- ✓ a segmentação irá clarificar o conceito de “cliente mais importante”, pois a atratividade dos clientes pode variar ao longo dos diferentes segmentos;

- ✓ através da segmentação, a comparação de clientes é realizada entre clientes similares, o que a torna mais real.

Uma segmentação rigorosa e criteriosa permitirá agilizar processos a vários níveis:

- ✓ O *Management Team* reconhecerá quais as KA`s mais atrativas para atuar quando necessário;
- ✓ A política de comunicação da empresa terá mais impacto nos diferentes segmentos;
- ✓ A equipa de *Brand Management* produzirá mensagens promocionais *on target*;
- ✓ As estratégias de relacionamentos serão melhor definidas;
- ✓ O *KAManager* conhecerá as suas *Accounts* mais atrativas, planeará melhor as suas rotas, fará uma melhor gestão do tempo com consequente aumento de *share of voice*.

Mesmo após a classificação de clientes a segmentação continua a ser uma mais valia, pois permite uma aplicação mais efetiva da estratégia de *Key Account Management*, ao permitir a definição de regras para as diferentes classificações de clientes, assegurando um focus nas funções mais importantes.

3.5.3 - Selecção da equipa de classificação/selecção de *Key Accounts*

A equipa de classificação e selecção de *Key Accounts* deverá assegurar uma combinação de visão e conhecimento. Uma abordagem possível poderá ser a selecção de uma equipa mais experiente para dar peso à decisão com um elevado *focus* na visão, que se irá socorrer do conhecimento existente nas diversas áreas à medida que este for necessário.

3.5.4 - K.A.I.S.M. - Classificar os clientes

K.A.I.S.M – *key account identification and selection matrix* é a matriz que permite a identificação e selecção de *Key Accounts*.

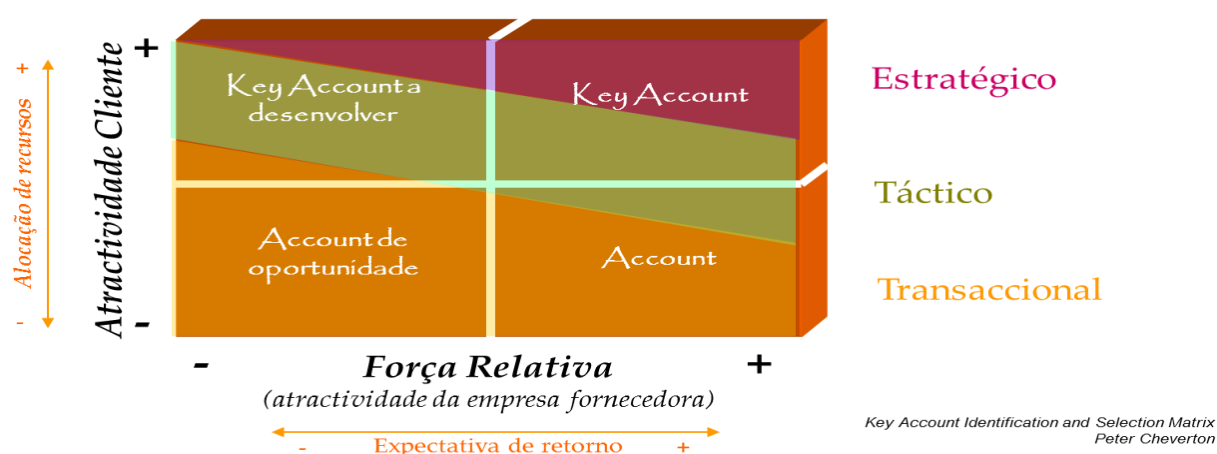
As classificações tradicionais têm normalmente por base a importância do cliente e as prioridades, caindo no erro de seleccionar as *Key Accounts* apenas com base na atratividade que estas têm para a empresa fornecedora.

A matriz de identificação e selecção de clientes baseia-se em duas dimensões: no eixo vertical é definida a atratividade dos clientes para a empresa fornecedora e no eixo horizontal é

definida a atratividade da empresa fornecedora para os clientes – conhecida como Força Relativa, conforme se pode observar na figura 4.

Estas variáveis são avaliadas de acordo com critérios, tais como, a evolução das vendas, a cobertura do mercado, o peso do cliente nas vendas da empresa, os níveis de rentabilidade. Compete a cada empresa definir o peso, a ponderação, que queira afetar a cada uma das variáveis.

Figura 4: Matriz de identificação e selecção de Key Accounts – K.A.I.S.M.



A matriz K.A.I.S.M identifica e segmenta quatro tipo de contas, que são descritas da seguinte forma:

Key Accounts – Contas-Chave

Os clientes que se posicionam neste quadrante são responsáveis por uma fatia importante das vendas e são geradores de margens lucrativas. Estes clientes exigem relacionamentos de longo prazo, investimentos, recursos financeiros e humanos para manter e reforçar a posição competitiva. Neste estadio de relacionamentos assumem-se compromissos estratégicos de planeamento, geram-se fluxos de informação e gestão de custos. A atração é mútua, a empresa fornecedora considera o cliente atrativo e o cliente considera-nos mais do que à concorrência. São absolutamente críticos para o futuro da organização, pelo que merecem uma forte atenção pela equipa de *Key Account*, focada em manter-se em cima de uma situação que pode facilmente modificar-se. A capacidade das empresas para potenciar este tipo de relacionamento estratégico é limitada, por isso estas KA`s têm um número limitado.

Key Development Accounts – Contas-Chave em Desenvolvimento

São os clientes que a empresa fornecedora considera atrativos, embora estes se sintam atualmente mais atraídos por um ou mais concorrentes do fornecedor.

É aqui que o futuro da empresa pode ser reforçado, mas para tal é necessário melhorar a performance da empresa aos olhos do cliente. A equipa de *Key Account* deve focar-se em perceber o que os clientes necessitam e comprometer a organização no sentido de providenciar a solução para essas necessidades. Por este motivo é necessário investimentos de tempo, capital e muita resiliência. É nestes clientes com potencial promissor que a equipa de *Key Account* deve apurar onde fazer os investimentos, ou seja, onde reforçar a posição da empresa. Cheverton (2012), afirmava que as empresas deviam estar preparadas para alocar recursos em alguns destes clientes com o objetivo de aprender em cada experiência.

Maintenance Accounts – Contas de Manutenção

São constituídas pelos clientes que têm a empresa fornecedora em grande consideração (elevada força relativa), mas que não são vistos por esta como os mais atrativos.

Para obter êxito na abordagem de *Key Account Management* é necessário libertar recursos destes clientes para os aplicar às *Key Accounts*, assegurando no entanto, um equilíbrio que não comprometa a lealdade destes clientes. Estes são clientes que continuarão a ser rentáveis por um determinado período de tempo, apesar de se posicionarem em fase de maturidade ou mesmo de declínio. Cheverton (2012), referia que um dos objetivos com estes clientes é reduzir custos de serviço e maximizar rentabilidade de forma sustentada.

Estes clientes irão providenciar os recursos financeiros necessários para investir em *Key Development Accounts*. A decisão da medida em que se retiram recursos alocados a este tipo de clientes para os direcionar para outros clientes é uma das decisões mais complexa a ser tomada.

Oportunistic Accounts – Contas de Oportunidade

Os clientes que se encontram neste eixo apresentam um índice de atratividade baixo para ambas as partes (baixa atratividade e baixa força relativa). A estes clientes não deverão ser feitas promessas, mas também não podem ter tratamento indiferente. *Oportunistic Accounts* assentam numa prestação de serviços circunstancial, ou seja, como e quando for conveniente para o fornecedor. Essencialmente serão úteis quando for necessário ganhos a curto prazo.

A importância da matriz K.A.I.S.M reside não só no processo que origina como nos resultados que proporciona, pelo que deverá ser utilizada com objetivos mais amplos do que simplesmente identificar os *Key Accounts*. Salientam-se os seguintes:

- ✓ Provocar debate sobre os critérios para identificar *Key Accounts*;
- ✓ Identificar critérios que estão relacionados com as ambições a longo prazo da empresa;
- ✓ Compreender a percepção dos clientes da nossa força competitiva (critério da força relativa);
- ✓ Categorizar cliente e potenciais clientes.

Os resultados obtidos desta ferramenta não deverão ser seguidos cegamente, mas sim analisados e corrigidos se necessário, desde que exista uma justificação lógica para tal. Do mesmo modo, não se pode considerar os resultados perpétuos, o contexto atual implica uma constante evolução, pelo que é esperada uma reavaliação periódica destes resultados.

Fatores de atratividade dos clientes

A equipa de classificação e selecção terá que acordar nos critérios que determinam a atratividade dos clientes. Idealmente estes devem combinar fatores de longo e curto prazo, bem como fatores tangíveis e intangíveis, quantitativos e qualitativos, no entanto o critério mais importante a ter em consideração é que devem ser específicos para a realidade da empresa.

Fatores de atratividade do fornecedor (força relativa)

O envolvimento das diferentes áreas na definição destes fatores enriquecerá o debate através da incorporação de distintos pontos de vista sobre o que está a correr bem e o que está a correr menos bem. Estes fatores são mais difíceis de identificar, pois irão variar de cliente para cliente e também porque temos que nos avaliar aos olhos do fornecedor.

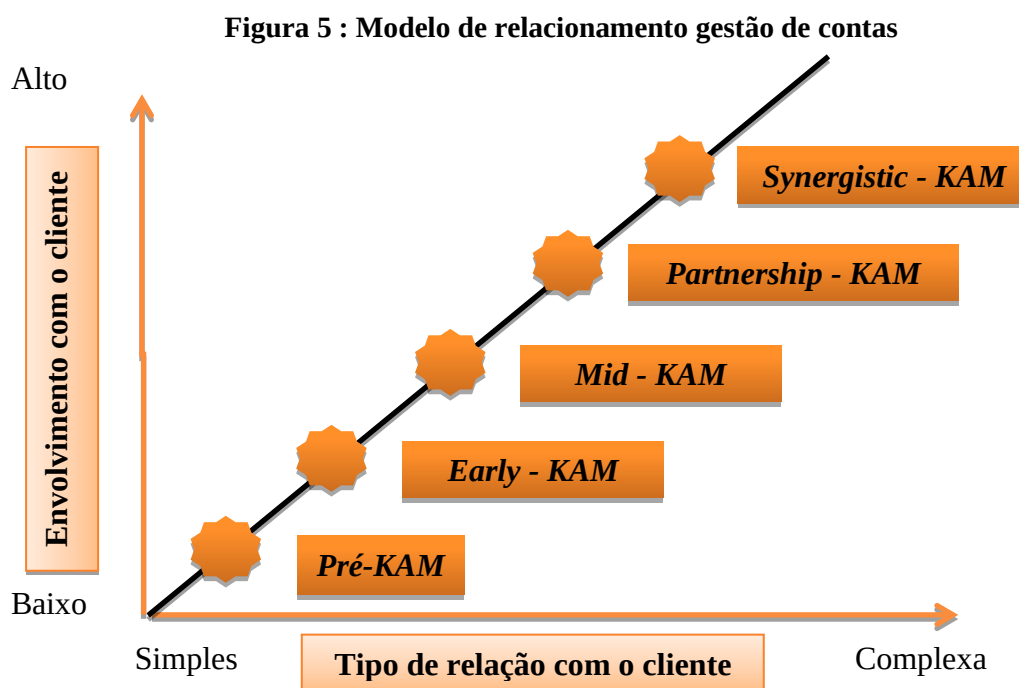
3.5.5 - Estratégias de distinção de clientes

Como irá a estratégia de abordagem a cada uma das categorias de clientes definidas diferir entre si? Conforme se pode verificar na Matriz K.A.I.S.M: existem três faixas longitudinais que identificam as estratégias de relacionamento (Estratégico, Tático, Transacional). Para a abordagem *Key Account Management* ser efetiva têm que ser libertados recursos dos clientes

que não são considerados *Key Accounts*. Para cada tipo de cliente tem que ser desenvolvida uma estratégia diferente de vendas e serviço, passamos a indicar alguns dos pontos que poderão ser considerados: (i) Frequência, nível e profundidade dos contatos; (ii) Desenvolvimento ou não de uma equipa; (iii) Natureza do compromisso com o cliente com alocação de recursos.

Modelos de relacionamentos

A compreensão da natureza e potencial de relacionamento com o cliente é fundamental para a avaliação de oportunidades e gestão do desenvolvimento empresarial. Uma das principais razões para o desenvolvimento de relações é a redução de riscos. Existem riscos associados com a construção de relações estratégicas com clientes-chave bem como existem riscos associados a não construí-las, (McDonald e Woodburn 2006). Ao considerar a teoria de *Key Account Management*, somos confrontados com o facto incontestável de que temos diferentes tipos de relacionamento para diferentes *Accounts*. Pela primeira vez Tony Millman e Kevin Wilson (1994), desenvolvem um modelo de relacionamento de gestão de contas ao longo do tempo.



Fonte: Modelo de Desenvolvimento da Gestão de Contas Especiais. – MILLMAN e WILSON, KAM: *Learnig From Supplier And Customer perspectives* (1994).

O modelo descreve a relação entre o desenvolvimento do fornecedor com o cliente, desde a *pré-KAM*, a *Synergistic KAM*.

Estratégia de relacionamento - *Pre-KAM*

Nesta fase as principais características são descritas como uma relação de contato um-para-um, onde por um lado o vendedor foca-se apenas em procurar vender e o cliente julga o vendedor com base na sua competência e competitividade. Contato um-para-um; Responde às questões do vendedor com “sim” ou “não”; Vendedor procura volume e o cliente sugere períodos de teste de serviços ou amostras de produtos.

Estratégia de relacionamento : *Early-KAM*

Nesta fase já existem transacções sustentadas, mas o fornecedor ainda é um em muitos. A empresa fornecedora estuda formas de penetração no cliente tal como o ambiente competitivo. A relação centra-se no vendedor e no comprador. Este estadio resulta na exploração de oportunidades, colaboração e preocupações de conta (Millman e Wilson, 1996). Nesta fase, as discussões de preço poderão dominar; o profissional de vendas tem formação em *skills* de venda transaccionais como a negociação; o fornecedor tem o focus no aumento de volume; o focus é em negócios transaccionais de curto prazo; os compradores poderão utilizar critérios de performance que não são partilhados com o fornecedor.

Estratégia de relacionamento: *Mid-KAM*

É neste ponto que o profissional de vendas passa a ser reconhecido como *Key Account Manager*, utilizando uma equipa para gerir a relação com o cliente.

Podemos considerar como principais características deste modelo, as seguintes: são estabelecidos contatos diretos entre diferentes áreas funcionais do fornecedor e cliente através do *Key Account Manager* que coloca “especialistas” em contato com “especialistas”;

As comunicações internas irão aumentar, o que poderá causar um excesso de informação e burocracias se não forem bem geridas; Aumenta o número de oportunidades que permitem apresentar propostas de valor verdadeiramente focadas no cliente, que poderão basear-se mais em valor do que em preço ou custo.

É nesta fase com a introdução de novos contatos de ambos os lados que aumenta a probabilidade de ocorrerem “acidentes”, pois pessoas novas podem, sem intenção, fazer ou

dizer algo que não deveriam. Esta é uma das razões que poderá levar ao aumento de tempo de *coaching* e reuniões com os colegas da equipa

Estratégia de relacionamento: *Partnership-KAM*

Toda a organização do fornecedor está focada na satisfação do cliente através da “Gestão da cadeia de abastecimento” Cheverton (1999).

As características mencionadas em seguida, designam aspirações que se pretendem obter quando o modelo de diamante é atingido para a relação entre a organização do fornecedor e do cliente:

- ✓ Trabalho de equipa entre ambas as partes com planos empresariais partilhados;
- ✓ “Valor” é a palavra mais importante, através de processos empresariais integrados;
- ✓ A equipa que serve o modelo relacional de *Partnership-KAM* não tem que ser multi-funcional, pode ser constituída por pessoas de vendas de diferentes regiões, o acesso às pessoas é facilitado e a informação partilhada;
- ✓ Equipas de fornecedores e clientes poderão receber formação em conjunto;
- ✓ Colaboração em atividades conjuntas, o desenvolvimento de novos produtos pode ser melhorado através do trabalho em equipa.

Estratégia de relacionamento: *Synergistic-KAM*

Podemos considerar como principais características deste modelo, a redução de custos e a existência de grandes barreiras à saída. A I&D é agora partilhada a elaboração de *business plans* são conjuntos e os custos e margens transparentes; Estabeleceu-se uma rede de comunicações e recursos partilhados; Existe focus na inovação, formação partilhada e já existem barreiras à saída dados o nível de *engagement*. Ambas as partes encaram-se como partes da mesma entidade, criando sinergias no mercado (Millman e Wilson, 1996).

3.5.6 - Comunicação e implementação

Este passo consiste em obter o apoio da organização relativamente às decisões tomadas na classificação de clientes. É necessário garantir que a necessidade de classificação e base de trabalho considerada é aceite pela organização de modo a que a implementação da nova abordagem de *Key Account Management* seja efetiva.

4 - Análise Situacional

4.1 - Enquadramento Internacional

Portugal e a Europa encontram-se num momento de viragem. A economia Europeia está a braços com uma grave crise sistémica resultante do alastramento da crise soberana num contexto de fragilidade do sistema bancário. Neste contexto é importante lembrar que, os nossos parceiros manifestaram a sua total disponibilidade para apoiar os países com programas de ajustamento, como Portugal, na condição de estes cumprirem estritamente as condições associadas. Portugal encontra-se assim confrontado com um conjunto de metas exigentes, mas a cujo cumprimento não se pode furtar. Verificou-se uma forte recuperação da atividade económica mundial em 2010, a qual se estendeu à generalidade dos países acompanhada por um maior dinamismo do setor industrial e de uma intensificação das trocas comerciais, evidenciada pelo aumento do comércio internacional em 12,8% em termos reais nesse ano (-10,7% em 2009). Contudo, no período mais recente tem-se vindo a assistir a uma revisão em baixa das perspetivas de crescimento do PIB mundial e do comércio internacional de bens e serviços para os anos 2011 e 2012.

Tabela 1: Crescimento Económico Mundial, 2010-2012

	Estrutura 2010*	2010	2011*	2012*
	(%)			
Economia Mundial	100,0	5,1	4,0	4,0
Economias avançadas das quais	52,1	3,1	1,6	19,0
EUA	19,5	3,0	1,5	1,8
Área do Euro, da qual:	14,6	0,8	1,6	1,1
Alemanha	4,0	3,6	2,7	1,3
França	2,9	3,6	2,7	1,4
Itália	2,4	1,3	0,6	0,3
Espanha	1,8	-0,1	0,9	1,1
Reino Unido	2,9	1,4	1,2	2,0
Japão	5,8	4,0	-0,5	2,3
Outras economias, das quais:				
China	13,6	10,4	9,5	9,0
Índia	5,5	10,1	7,6	4,1
Rússia	3,0	4,0	4,3	4,1
Brasil	2,9	7,5	3,8	3,6
Por memória				
EU - 27	21,3**	1,8	1,7	1,4

Nota: (*) com base no PIB avaliado em paridade de poder de compra (**) 2009, (P) previsão

Fonte: FMI, World Economic Outlook, Setembro 2011

4.2 - Análise PESTLE

Contexto político-legal

O setor da saúde é algo politizado a nível de nomeações das administrações dos prestadores públicos e dependentes dos ciclos políticos. A nova legislação e estatuto dos hospitais EPE vieram flexibilizar e trazer alguma competitividade face ao mercado privado. É um setor bastante regulamentado. A política fiscal e laboral é predominantemente a da administração pública nos prestadores públicos, sendo a política fiscal do setor muito vantajosa face ao setor privado, por estar isenta de IVA, e IRC, cuja taxa em vigor é considerada elevada.

Contexto económico

A evolução da economia portuguesa ao longo do horizonte de projecção será marcada pelo processo de ajustamento dos desequilíbrios macroeconómicos estruturais, no contexto do Programa de Assistência Económica e Financeira. As projeções publicadas apontavam para uma contracção da economia portuguesa em 2012, seguida de uma virtual estagnação em 2013. Ao nível interno, a atual projecção é fortemente condicionada pela adopção de medidas de consolidação orçamental no âmbito do Orçamento de Estado para 2013 (OE2013). Adicionalmente, o processo de desalavancagem do setor bancário e a redução dos níveis de endividamento dos agentes privados, que constituem uma parte integrante do processo de ajustamento da economia, limitam a capacidade de alisamento das decisões de despesa privada.

Tabela 2: Projeções do Banco de Portugal, 2011 – 2013

	Pesos 2010	BE Inverno 2011			BE Outono 2011	
		2011*	2012*	2013*	2011*	2012*
Produto Interno Bruto	100,0	-1.6	-3.1	0.3	-1.5	-2.2
Consumo Privado	66,0	-3.6	-6,0	-1.6	-3.8	-3.6
Consumo Público	21.6	-3.2	-2.9	-1.4	-3.3	-4.1
Formação Bruta de Capital Fixo	19.8	-11.2	-12.6	-1.8	-11.4	-10.6
Produto Interna	107.2	-6.2	-6.5	-1.6	-6.2	-4.8
Exportações	31,0	7.3	4.1	5.8	6.7	4.8
Importações	38.2	-4.3	-6.3	0.7	-4.1	-2.8
Contributo para o crescimento do PIB (em p.p.)						
Exportações Líquidas		4.1	3.9	1.9	3.8	2.7
Procura Interna		-5.6	-6.7	-1.5	-5.6	-5,0
da qual Variação de Existências		-0.3	0.1	0.2	-0.2	0.2
Balança Corrente e de Capital (%PIB)		-6.6	-1.6	0.8	-6.9	-3.1
Balança de Bens e Serviços (%PIB)		-3.7	0.3	2.4	-4.2	-1,0
Índice Harmonizado de Preços no consumidor		3.6	3.2	1.0	3.5	2.4

Fonte: Banco de Portugal / Notas: (P) projetado.

(Taxa de variação anual, em %)

Contexto sociocultural

A nível demográfico encontramos uma população em processo acelerado de envelhecimento, e iletrada ao nível geral, e em especial na saúde, e muito sujeita ao efeito de agenciamento.

O setor da saúde é muito afetado por estes problemas socioculturais, os quais produzem pressões e desafios à sua capacidade de resposta, especialmente posta à prova em situações de mudança da situação económica, como se verifica atualmente, recaindo, muitas vezes, sobre o setor da saúde a responsabilidade de prestação de apoio social, por falta de capacidade dos dispositivos disponíveis por parte da segurança social.

Contexto tecnológico e ambiental

O investimento público e privado em I&D sofreu recentemente um aumento acentuado, após anos de valores residuais.

As tecnologias da saúde continuam a depender, todavia e na maior parte das áreas, de mão-de-obra intensiva. Estes factos colocam uma grande pressão sobre os custos na saúde, bem como, a dependência tecnológica face aos mercados internacionais, quer no que se refere a novos produtos ou a novas tecnologias e equipamentos.

4.3 - A Organização do Serviço Nacional de Saúde (SNS)

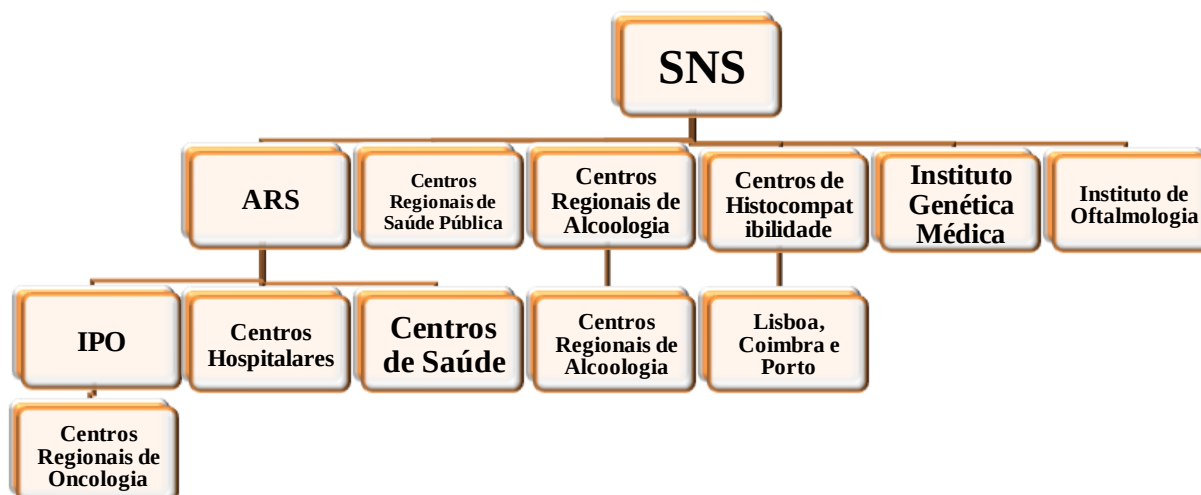
A organização dos serviços de saúde sofreu, através dos tempos, a influência dos conceitos religiosos, políticos e sociais de cada época e foi-se concretizando para dar resposta ao aparecimento das doenças. Até à criação do SNS, a assistência médica competia às famílias, a instituições privadas e ao serviços médico-sociais da Previdência.

O Serviço Nacional de Saúde (SNS) perdeu cerca de 600 milhões de euros em 2012. Metade da redução será imposta aos hospitais, que receberão menos 300 milhões de euros de financiamento no ano de 2013. O restante valor será conseguido com medidas na área dos medicamentos e meios de diagnóstico.

4.3.1 - Organograma do SNS

A figura 6 ilustra as entidades que fazem parte do SNS:

Figura 6: Organograma SNS



Fonte: Portal da Saúde, Autor

4.4 - A Indústria Farmacêutica

4.4.1 - Caracterização, composição e evolução do setor

A indústria farmacêutica é uma atividade licenciada para pesquisar, desenvolver, comercializar e distribuir produtos farmacêuticos. As principais descobertas aconteceram nas décadas de 1920 a 1930. Esta indústria farmacêutica tem a missão de fabricar e comercializar medicamentos somente após um longo processo, que envolve meses ou anos de pesquisas, testes e pesados investimentos. As pesquisas para a busca e aperfeiçoamento de determinados medicamentos podem custar bilhões de dólares até serem lançados no mercado. Quando um novo medicamento é descoberto por uma determinada empresa, esta requer a patente da fórmula para ter a exclusividade da comercialização durante o período de protecção de patente. Outras empresas que queiram fabricar a mesma fórmula têm que pagar *royalties* à detentora da patente. O retorno da maior parte do investimento feito ocorre na forma de lucros obtidos da venda de *royalties* e da comercialização direta dos medicamentos.

Estrutura do mercado farmacêutico

A estrutura do mercado da indústria farmacêutica tem características de natureza multinacional altamente competitiva e oligopolista. Martijn Broekhof, no relatório “*Transparency in the Pharmaceutical Industry*”(2002), refere as principais características que definem o oligopólio farmacêutico:

- ✓ Há um número relativamente pequeno de grandes empresas que operam internacionalmente e que são responsáveis pela maior parte do mercado mundial;
- ✓ A entrada no mercado farmacêutico é limitada pelo sistema de patentes;
- ✓ A capacidade das empresas farmacêuticas para influenciar os preços dos produtos como resultado do sistema de patentes é muito elevada.

Esta premissa é reforçada em 2006, com o relatório “*Competitiveness of de EU Market and Industry for Pharmaceuticals*” que refere que cerca de 10% do total das companhias farmacêuticas, representaram 80% do volume de negócios europeu, (ECORYS, *Research and consulting* 2009).

No entanto, este oligopólio diferenciado enfrenta um novo e poderoso *player*: os medicamentos genéricos. As últimas intervenções no funcionamento dos mercados farmacêuticos, principalmente nos países desenvolvidos, tem como objetivo a redução dos gastos com saúde, incluindo nestes, os medicamentos, (Gadelha, Quental & Fialho 2003).

O mercado europeu que, comparativamente com os EUA e Canadá, sempre apresentou uma penetração inferior na utilização destes fármacos genéricos, demonstra um rápido crescimento, apesar de ainda manter uma diferença considerável em *Market share*. Verifica-se que o *Market share* destes produtos genéricos é particularmente elevado em países como Portugal, Polónia, Hungria, Alemanha, Holanda e Reino Unido, sendo comparativamente inferior na Irlanda, França, Bélgica, Espanha, Grécia e Itália, (ECORYS, *Research and consulting* 2009).

A indústria farmacêutica em Portugal

A missão da indústria farmacêutica é fomentar a inovação e o desenvolvimento de terapêuticas que respondam às necessidades de tratamento e prevenção de novas patologias, bem como, disponibilizar medicamentos que constituam uma melhoria para a saúde e qualidade de vida das populações. Ao levar a cabo a sua missão, a Indústria Farmacêutica

defende elevados padrões éticos e de qualidade, a que se aliam a responsabilidade social e o dever de solidariedade, (Apifarma 2013).

O relatório da Deloitte de 2011 “Saúde em análise, uma visão para o futuro” demonstra que o nível de saúde da população portuguesa tem verificado uma enorme melhoria ao longo dos anos, destacando-se os aumentos significativos da esperança média de vida, que em 2000 era de 80,2 anos e em 2008 atingia os 82,4 anos, (Deloitte 2011). Em Portugal, os diversos *players* do mercado farmacêutico estão posicionados ao longo da cadeia de valor de acordo com os diferentes tipos de medicamentos que comercializam:

- ✓ **Medicamentos inovadores ou de marca:** têm como objetivo ser pioneiros em determinadas classes terapêuticas ou visam melhorar medicamentos e/ou tratamentos existentes. As grandes companhias farmacêuticas assumem toda a cadeia de valor do medicamento, devido aos elevados recursos necessários na I&D e a grandes economias de escala para fazer face aos grandes investimentos.
- ✓ **Medicamentos licenciados:** medicamentos licenciados através de parcerias entre empresas, estando a empresa licenciada autorizada a produzir, comercializar ou promover medicamentos (co-marketing; co-produção e co-promoção)
- ✓ **Medicamentos genéricos:** fármacos com a mesma composição qualitativa e quantitativa em substâncias ativas que os medicamentos de marca que já não estão protegidos por patentes, (Deloitte 2011).

Em Portugal, as empresas que operam no mercado são, na sua maioria, de capital estrangeiro sendo muito reduzido o capital nacional envolvido. A indústria farmacêutica em Portugal, dedica-se à produção e aprovação de medicamentos para comercialização e são em reduzido número as empresas que investem na investigação e em I&D, que são atividades decisivas na conquista de novos mercados e expansão do produto, (Deloitte 2011).

4.4.2 - Impacto da conjuntura atual no setor

Conforme se verifica no gráfico 1 e gráfico 2 o valor atingido pelas dívidas dos hospitais do Serviço Nacional de Saúde às empresas farmacêuticas foi de - 1.261,10 M€ em Agosto 2013, com um prazo médio de pagamento de 532 dias - não é de estranhar que muitas empresas tenham necessidade de alterar a sua relação comercial com os hospitais públicos.

Gráfico 1: Dívida dos Hospitais

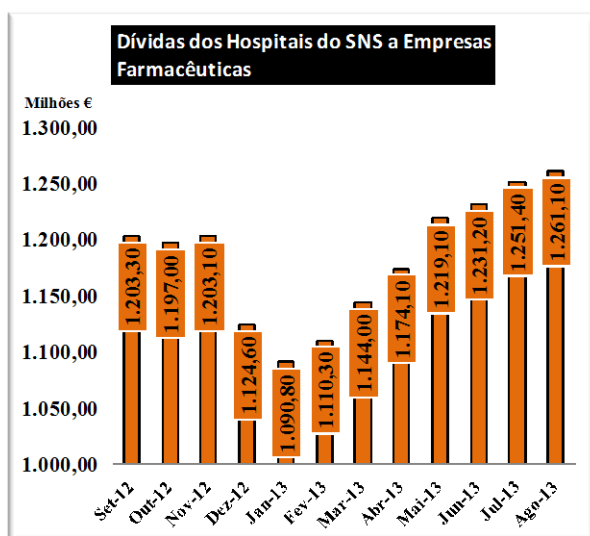
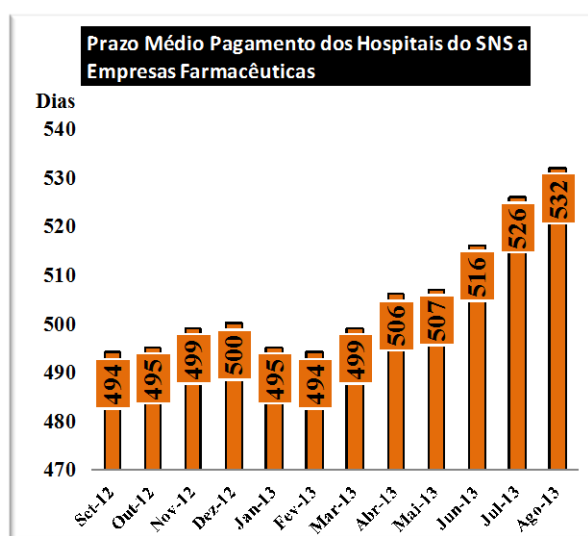


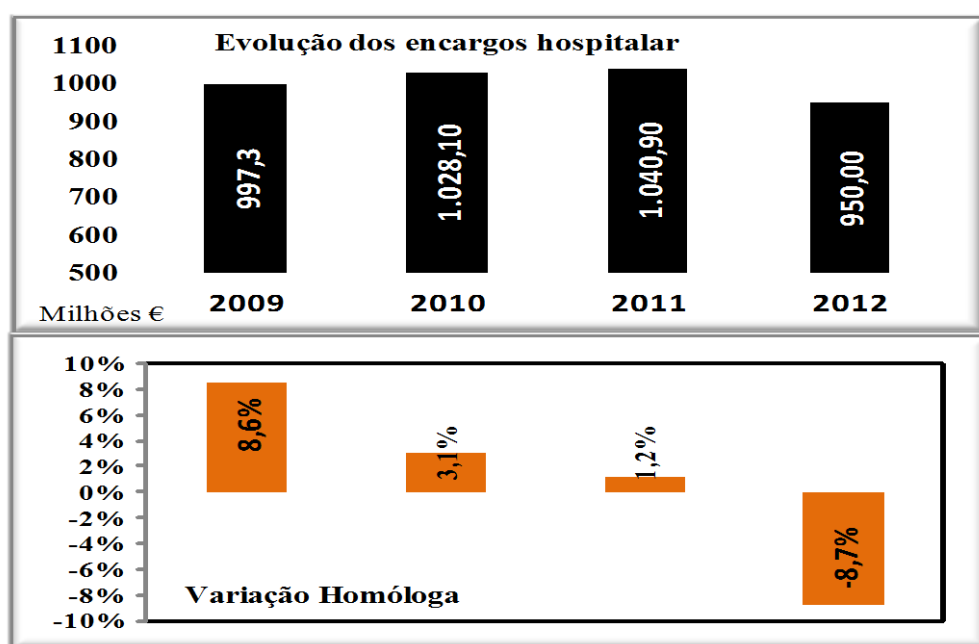
Gráfico 2: Prazo médio de pagamentos



Fonte: Apifarma

Esta é, aliás, uma situação para a qual se tem vindo a alertar, sendo que as empresas farmacêuticas têm feito um esforço importante para acomodar a dívida, sem alterar o abastecimento regular de medicamentos. As consequências deste elevado valor em dívida são graves e têm impacto não apenas na atividade das empresas, mas, sobretudo, nos doentes. Para as empresas multinacionais, o avolumar dos valores em dívida aumenta o risco de transferência das suas operações para fora do país. Para as empresas nacionais, com menor dimensão, o risco de insolvência é maior, aliado ao consequente impacto no aumento do desemprego em Portugal. No campo da atividade empresarial, o contexto atual potencia ainda o desaparecimento de muitos dos agentes económicos, bem como a redução do nível de emprego nas empresas farmacêuticas. Desde 2008, foram extintos mais de dois mil postos de trabalho.

Na análise ao mercado farmacêutico hospitalar impõe-se um enquadramento do atual momento na Indústria Farmacêutica (IF). De acordo com o relatório do Infarmed no ano 2012, a análise global da despesa com medicamentos em 54 hospitais com gestão pública, a despesa com medicamentos ascendeu a €950.000.000 milhões de euros, conseguindo assim um decréscimo na despesa do SNS de 8,7% relativamente ao período homólogo. Salienta-se que esta não tem sido a tendência dos últimos três anos que apresentaram constantemente acréscimos de despesa.

Tabela 3: Despesa com medicamentos em 54 Hospitais com gestão pública, 2009-2012

Fonte: Infarmed

Em Portugal, como em muitos outros países desenvolvidos, o mercado farmacêutico vive dias conturbados, após três décadas (desde 1980) em que o aumento da esperança de vida (convém reter que os indivíduos mais idosos são os principais consumidores de recursos de saúde), a universalização do acesso aos cuidados de saúde e a inovação terapêutica associada a preços mais elevados conduziram a um aumento da despesa farmacêutica. Com efeito, nas três últimas décadas, as despesas com medicamentos aumentaram acima do crescimento do PIB em todos os Estados Membro da União Europeia, colocando em causa a sustentabilidade dos Sistemas de Saúde responsáveis pela comparticipação do medicamento. Portugal não foi exceção e de 1980 a 2005 a despesa farmacêutica duplicou:

Tabela 4: Percentagem da despesa farmacêutica total no PIB, 1980-2005

ESTADO	ANOS					
	1980	1985	1990	1995	2000	2005
PORTUGAL	1,1	1,5	1,5	1,8	2	2,2

Fonte: OECD. Stat Extracts, Organization for Economic Co-operation and Development

No contexto da crise da dívida soberana, Portugal recorre em 2011, a um programa de ajuda financeira do Mecanismo Europeu de Estabilização Financeira (EFSM, do inglês *European Financial Stabilisation Mechanism*) e Fundo Monetário Internacional (FMI). O MoU

(*Memorandum of Understanding*) no capítulo dedicado à reforma do SNS determina uma redução da despesa pública com medicamentos para 1,25% do PIB até ao final de 2012 e para cerca de 1% do PIB em 2013. Repare-se que em 2005 era de 2,2% conforme tabela anterior. Para atingir estas metas o governo adotou medidas descritas no MoU, tais como a redução dos Preços de Venda ao Público (PVP), revisão das comparticipações, estímulo à prescrição de medicamentos genéricos e de marca menos dispendiosos, obrigatoriedade da prescrição electrónica e monitorização/avaliação sistemática da prescrição de cada médico em termos de volume e valor (MoU).

De acordo com o relatório da Deloitte (2011), “estas medidas vieram promover a redução dos preços dos medicamentos e a utilização de genéricos, apontadas como uma das mais importantes áreas de intervenção para redução dos gastos em medicamentos”.

Juntamente com a nova política do medicamento, com uma elevada pressão para a utilização de medicamentos genéricos, começa-se a procurar limitar o número de contactos que cada empresa pode fazer por ano.

4.5 - *Stakeholders* na gestão hospitalar

Dada a natureza da sua atividade, a Indústria Farmacêutica é das atividades mais regulamentadas e mais escrutinadas pelas entidades governamentais. As Companhias Farmacêuticas para desenvolverem a sua atividade gerem um modelo de negócio complexo onde interagem muitas entidades, que vão desde o Ministério da Saúde, Direção Geral da Saúde, Infarmed (Instituto Nacional de Farmácia e Medicamento) até em última instância ao doente. Referir que o relacionamento com algumas destas estruturas estão a um nível de estratégia corporativa que desviam da análise ao tema. No entanto, é de toda a relevância um sub-capítulo referente aos demais *stakeholders* que impactam o negócio de uma Companhia Farmacêutica em ambiente hospitalar. Estas entidades desempenham papéis diferentes mas interagem em ambiente integrado. A figura 7. ilustra os *stakeholders* envolvidos num processo de tomada de decisão.

Figura 7 – Stakeholders na gestão hospitalar

Fonte: Autor

Médicos

Os médicos assumem um papel central na tomada de decisão, uma vez que são eles os clínicos que diagnosticam, tomam decisões terapêuticas e fazem o acompanhamento clínico ao doente. Os médicos estão presentes em todas as fases do processo, ou seja, aparecem como clínicos, como responsáveis de comissões e desempenham um papel influenciador nos serviços farmacêuticos.

Serviço de Aproveitamento

O Serviço de Aproveitamento tem por competências promover, com observância dos princípios de racionalidade económica, a disponibilização dos meios e serviços necessários à execução de atividades de prestação de cuidados de saúde e outras de apoio, competindo-lhe genericamente, a respetiva gestão económica, material e administrativa, compreendendo as funções de aquisição, armazenamento e distribuição, bem como a gestão do património, produzindo informação de gestão pertinente. Faz parte das suas funções apoiar e integrar as equipas de negociação hospitalar.

Farmácia Hospitalar

Os Serviços Farmacêuticos Hospitalares têm por objeto o conjunto de atividades farmacêuticas, exercidas em organismos hospitalares ou serviços a eles ligados, que são designados por “atividades de Farmácia Hospitalar”. A direção dos Serviços Farmacêuticos Hospitalares é assegurada por um farmacêutico hospitalar. Os Serviços Farmacêuticos

Hospitais são o serviço que, nos hospitais, asseguram a terapêutica medicamentosa aos doentes, a qualidade, eficácia e segurança dos medicamentos, integra as equipas de cuidados de saúde e promove acções de investigação científica e de ensino.

Funções dos Serviços Farmacêuticos Hospitalares

São funções dos Serviços Farmacêuticos Hospitalares, entre outras:

- ✓ A selecção e aquisição de medicamentos, produtos farmacêuticos e dispositivos médicos;
- ✓ O aprovisionamento, armazenamento e distribuição dos medicamentos experimentais e os dispositivos utilizados para a sua administração, bem como os demais medicamentos já autorizados, eventualmente necessários ou complementares à realização dos ensaios clínicos;
- ✓ A participação em Comissões Técnicas (Farmácia e Terapêutica, Infecção Hospitalar, Higiene e outras);
- ✓ A Farmácia Clínica, Farmacocinética, Farmacovigilância e a prestação de Cuidados Farmacêuticos;
- ✓ A Informação de Medicamentos;
- ✓ O desenvolvimento de acções de formação.

Comissão de Farmácia Terapêutica (CFT)

A crescente complexidade dos medicamentos que não estão inseridos no Formulário Nacional Hospitalar de Medicamentos, traduz-se na necessidade de conhecimentos técnicos atualizados por parte dos membros das Comissões de Farmácia e Terapêutica dos Hospitais, conhecimentos esses que devem ser partilhados pelas comissões a nível nacional com vista a uma maior uniformidade de critérios, poupança de tempo e recursos afetos. As CFT's são geralmente constituídas por médicos e farmacêuticos. A CFT é um órgão presidido pelo Diretor clínico do hospital ou por um dos seus adjuntos. Compete à CFT: atuar como órgão consultivo e de ligação entre os serviços de ação médica e os farmacêuticos; elaborar as adendas privativas de aditamento ou de exclusão ao formulário e ao manual de farmácia; velar pelo cumprimento do formulário e suas adendas; pronunciar-se, quando solicitada, sobre a correcção da terapêutica prescrita aos doentes; apreciar com cada serviço os custos da terapêutica que periodicamente lhe são submetidos, após emissão de parecer obrigatório pelo diretor dos serviços farmacêuticos do hospital; elaborar, observando parecer de custos, a

emitir pelo diretor dos serviços farmacêuticos, a lista de medicamentos de urgência que devem existir nos serviços de acção médica; pronunciar-se sobre a aquisição de medicamentos que não constem do formulário, ou sobre a introdução de novos produtos farmacêuticos.

Compreender os *stakeholders* e identificá-los no processo de tomada de decisão, saber como é tomada a decisão, quem está envolvido, quais os passos principais e quando ocorrem é absolutamente crítico para compreender o modelo de negócio hospitalar.

4.6 - A GlaxoSmithkline

4.6.1 - A empresa

A GlaxoSmithKline (GSK) é uma companhia multinacional de investigação farmacêutica que investiga e desenvolve uma vasta gama produtos inovadores que são úteis a milhões de pessoas em todo o mundo. A missão da GSK é melhorar a qualidade de vida humana, permitindo aos indivíduos uma vida com melhores perspectivas, maior longevidade e com mais qualidade.

Tem três áreas principais de negócio, nomeadamente em produtos farmacêuticos, vacinas e produtos na área da "Consumer Healthcare". O sucesso comercial depende da investigação de produtos inovadores e permitir que estes estejam acessíveis para todas as pessoas que deles necessitam. Com sede no Reino Unido e com escritórios em mais de 115 países, centros de pesquisa importantes no Reino Unido, EUA, Espanha, Bélgica e China e uma rede de produção extensiva, em cerca de 70 locais em todo o mundo.

A investigação é de vital importância para o sucesso do negócio. Em 2011, foram investidos cerca de £ 4 biliões, com o objetivo de desenvolver novos medicamentos, vacinas e produtos de consumo inovadores. Reconhecidamente uma das poucas companhias farmacêuticas que investiga quer medicamentos, quer vacinas para as doenças prioritárias identificadas pela Organização Mundial de Saúde – VIH/Sida, tuberculose e malária.

A GlaxoSmithKline é uma companhia com visão para o futuro e com um enorme empenhamento em melhorar a qualidade da vida humana de gerações futuras. No entanto, é importante não esquecer as sólidas fundações das companhias que deram origem à GlaxoSmithkline e o espírito empreendedor dos seus antecessores. Ambas as empresas que

deram origem à GlaxoSmithKline, a Glaxo Wellcome e a SmithKline Beecham, têm um célebre passado, pois foram pioneiras em muitas áreas da ciência e da medicina. Este facto é reconhecido com três Prémios Nobel da Medicina. A investigação e o desenvolvimento tiveram um papel importantíssimo ainda que no início os produtos fossem muito diversificados incluindo produtos naturais, compostos químicos, suplementos nutricionais, vitaminas e vacinas sofisticadas para estimular o sistema imunitário do organismo.

4.6.2 - GlaxoSmithkline Portugal

Pode dizer-se que a GlaxoSmithKline Portugal iniciou a sua atividade em 1948 quando foi criado o Instituto Luso-Fármaco (ILF), uma empresa Portuguesa que desenvolvia, fabricava e comercializava produtos farmacêuticos. O ILF foi durante muitos anos a maior empresa farmacêutica de capital português chegando a ter 550 trabalhadores ao seu serviço. Em 1985 foi comprada pela SmithKline & French (SKF) e em 1991 dá-se a fusão da SmithKline & French com a Beecham criando-se a SmithKline Beecham. Paralelamente, a Glaxo instala-se em Portugal em 1972 e em 1995 dá-se a fusão com a Wellcome constituindo-se, assim, a Glaxo Wellcome. Em 2001, a Glaxo Wellcome e a SmithKline Beecham fundem-se dando origem à atual GlaxoSmithKline.

4.6.3 - Missão e prioridades estratégicas

A missão como companhia é um grande desafio: melhorar a qualidade da vida humana permitindo às pessoas fazerem mais coisas, sentirem-se melhores e viverem durante mais tempo. A missão explica o sentido de estar nesta área de negócio e inspira em tudo o que os seus colaboradores fazem. É uma perspetiva central à cultura e à personalidade única da GSK. Para cada colaborador, a missão resulta numa procura diária de formas de contribuir com tempo, talento e ideias para atingir como companhia uma missão que é verdadeiramente nobre. A GSK a nível mundial, definiu cinco prioridades estratégicas que irão permitir navegar com sucesso e transformar a GSK numa companhia líder de mercado capaz de satisfazer as necessidades clínicas dos pacientes do futuro. As cinco prioridades no seu original são:

- ✓ *Grow a diversified, global business;*
- ✓ *Deliver more products of value;*
- ✓ *Simplify the operating model;*

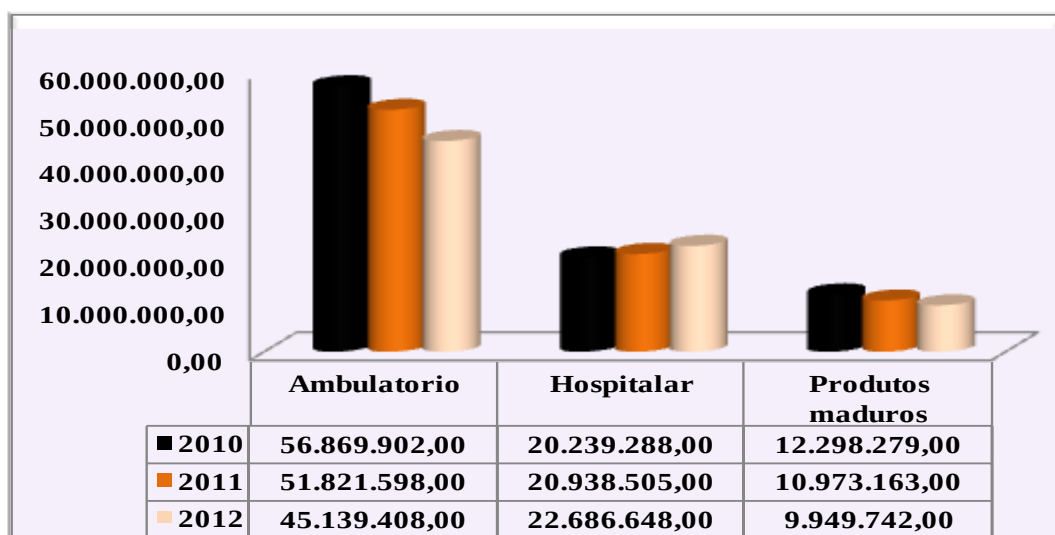
- ✓ *Create a culture of individual empowerment;*
- ✓ *Build trust.*

Também foram definidos planos de acção para cada uma destas prioridades que funcionam como um guia para todos os países.

4.6.4 - Evolução do negócio

Para verificar a evolução do desempenho da empresa foram considerados os anos de 2010 a 2012. Nestes três últimos anos a empresa tem vindo a registar decréscimos em valor. Em 2011 (-6,35%, cerca de 5,6 milhões de euros vs 2010) e um decréscimo em 2012 (-7,14%, 6 milhões de euros vs 2011). Estes decréscimos ficam a dever-se a dois motivos claramente identificados: a perda de patentes de produtos *major* da Unidade do Ambulatório e a uma acentuada redução do preço do medicamento, fruto das políticas governamentais. A perda de patente, no mercado atual implica uma erosão de preços, levando à perda do valor das vendas, que podem ir de 40% a 90%.

Gráfico 3: Vendas em valor (€) por Business Unit (2010-2012)



Fonte: dados internos GSK

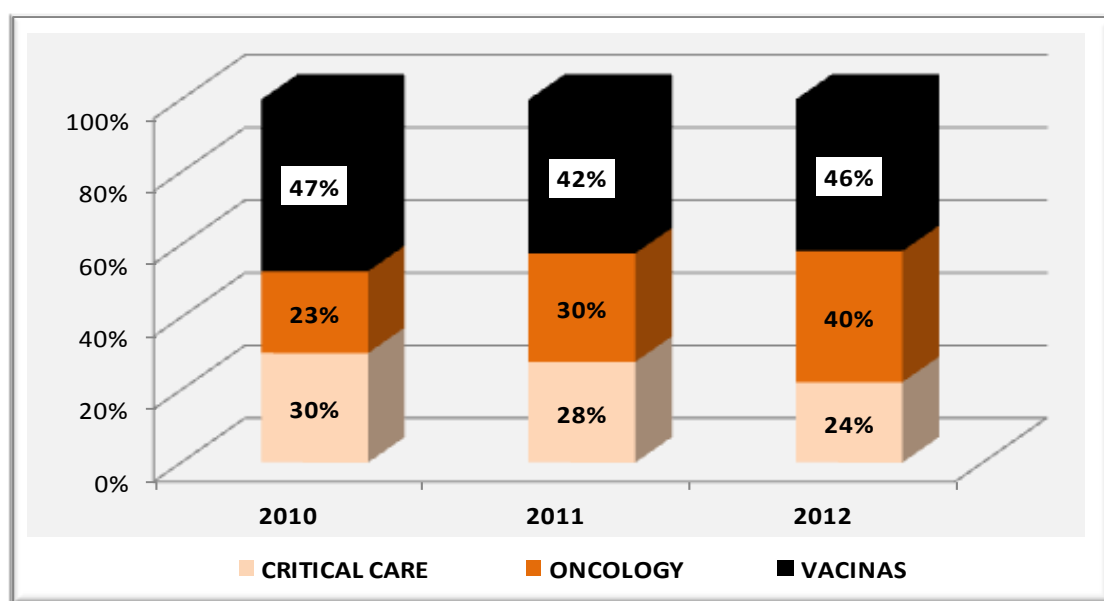
A BU hospitalar tem vindo a afirmar-se como o principal *driver* de crescimento da GSK (representava em 2010, 23% do total de vendas da empresa, em 2012 representava 29%). Como já referido, alguns produtos do ambulatório perderam a patente, e devido à legislação publicada para redução dos preços dos medicamentos do ambulatório, as unidades que comercializam esses produtos, reduziram significativamente as vendas. A BU Hospitalar

crece sobretudo pela introdução de dois novos medicamentos na área da oncologia. A área de produtos maduros tem vindo a sofrer ligeiros decréscimos anualmente.

No que diz respeito ao comportamento histórico da BU Hospitalar e das suas três sub-unidades de negócio, podemos dizer que a sub-unidade *Oncology* é a que apresenta melhores crescimentos sustentados nos anos de 2010 a 2012 (23%; 30%; 40%, respetivamente). A sub-unidade *Vacinas* tem mantido um nível de vendas constante nos dois últimos anos, e a sub-unidade *Critical Care* tem sido a que sofre maior erosão com um produto a apresentar uma redução de preço de 22%. Durante o ano de 2011, a pressão para redução de custos no SNS passou a ser exercida nos medicamentos hospitalares, sendo importante adaptar cada vez mais a estrutura de vendas de forma a responder às novas exigências do mercado.

Relativamente ao peso das três sub-unidades de negócio hospitalar, vejamos o gráfico 4:

Gráfico 4: Peso das sub-unidades na BU Hospitalar (2010-2012)



Fonte: dados internos GSK

A evolução das vendas, para além de agrupadas em sub-unidades de negócio como anteriormente, podem também ser vistas por Hospital, do conjunto de 94 Hospitais visitados pela equipa da BU Hospitalar (tal como se pode verificar no anexo 1a e 1b).

A evolução do negócio e o nível de faturação alcançados estão sempre dependentes de muitos fatores que podem ser mais ou menos favoráveis ao crescimento da GSK. É certo que a empresa já detém um determinado relacionamento com cada Hospital que permite verificar o peso que cada Hospital já representa dentro do negócio atual, mas é muito importante saber o próprio peso de cada Hospital tendo em conta o seu consumo de todos os medicamentos (não

só GSK) se quisermos avaliar se é um Hospital de maior ou menor interesse para a empresa. Desta forma, a GSK conseguirá alcançar melhores resultados e ter maior poder negocial em cada cliente, dependendo se o cliente é muito dependente ou não dos produtos da empresa (medido através do peso dos produtos GSK no consumo total de cada Hospital) e também se é fácil ou não a introdução de novos medicamentos aquando do seu lançamento.

4.6.5 - Áreas de Negócio e Organigrama

A GSK tem vindo a sofrer uma profunda reestruturação na sua organização. Recentemente a LOC Portugal (*Local Operating Company*) ficou com *report* a Espanha. Operava até esta data numa estrutura vertical com a figura do Diretor Geral e, há muito tempo, que opera por *Business Units*, sendo estas autónomas entre si. A criação das *Business Units*, teve como objetivo, tornar a estrutura mais ágil, mais funcional, com a criação de programas de Investigação & Desenvolvimento próprios para as necessidades específicas de cada negócio. Cada *Business Unit*, tem uma estrutura funcional, independente das outras, apenas são criadas sinergias em programas comuns e dado apoio pelas estruturas de suporte, essas sim, comuns a todas as BU's.

O *Management Team* em Portugal é constituído pela Direção Geral e por seis departamentos estruturais: Direção Financeira, Direção Recursos Humanos, Direção Assuntos Externos e Regulamentares, Direção Médica, e as Direções Comerciais de Trade e Hospitalar, conforme o organigrama da figura 8 pretende ilustrar.

Figura 8 – Organigrama Management Team GSK, Portugal



Fonte: Dados internos GSK

De salientar, que os Diretores de cada *Business Unit* têm reporte direto à Direção Geral, mas com canais de comunicação abertos à estrutura ibérica. Trata-se de uma organização com poucos níveis, tornando mais fácil a comunicação e a agilização de processos. A tomada de

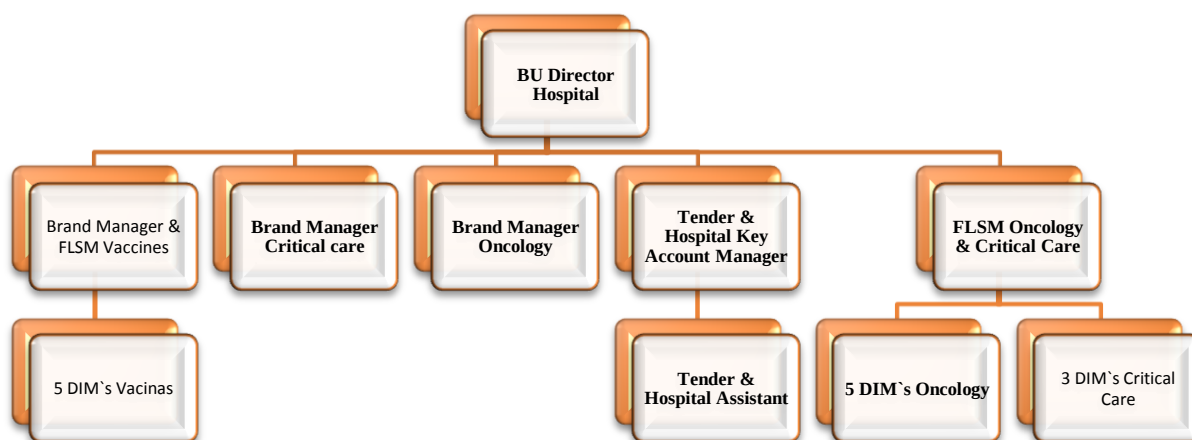
decisão interna torna-se menos complexa, com poucos níveis na hierarquia. A cultura da empresa é de “responsabilização”. Cada *Manager* é responsável pela sua área de negócio e responde por ela. Mesmo no nível mais baixo, os DIM’s são os responsáveis pela gestão do seu território, respondendo pelos seus resultados. Se dentro das unidades de negócio a comunicação é rápida, nesta estrutura, entre as diferentes unidades já não funciona assim tão bem, porque apesar de a empresa GSK ser apenas uma, os interesses são diferentes nos vários departamentos do negócio.

Para o efeito irá ser focado apenas a Unidade de Negócio Hospitalar, sendo a que interessa para o Caso em questão.

A BU Hospitalar – é uma Unidade que desenvolve, produz e comercializa os medicamentos de uso exclusivo em ambiente hospitalar, ou que apenas podem ser cedidos pelos hospitais. Estes produtos são comparticipados a 100% pelo SNS.

A Business Unit Hospitalar está estruturada conforme apresentado na figura 9.

Figura 9 – Organigrama da BU Hospitalar



Fonte: Dados internos GSK

Também nesta *Business Unit* se verifica o mesmo, ou seja desde o nível mais baixo até ao Diretor, existem apenas dois níveis, permitindo responder rapidamente às necessidades do mercado. Esta BU está dividida em três áreas de responsabilidade a nível intermédio, distribuídas horizontalmente, num fluxo integrado em unidades operacionais, especializadas por área de Marketing, Vendas e *Tender&Hospital*. A área de marketing tem como principais figuras os *Brand Manager*. O *Brand Manager* faz a gestão global de um produto ou de vários produtos (*Franchise*). Deve antecipar a evolução do mercado e definir não só a estratégia de marketing a implementar, como também elaborar planos de acção que identifiquem os

elementos de marketing-mix a utilizar. Reporta diretamente ao *BU Director Hospital* e é o responsável máximo pela definição da estratégia de produto ou *franchise* a médio e longo prazo. Tem igualmente responsabilidade sobre a definição e aprovação do *budget* por gama de produto/serviços: definição das margens comerciais, dos volumes, orçamentos promocionais, estudos de mercado, entre outros.

A Unidade designada por *Brand Manager&FLSM (First Line Sales Management) Vaccines*, acumula funções de marketing e gestão de equipa de vendas de cinco DIM's que cobrem todo o território nacional. Esta unidade é responsável pela unidade das vacinas, segmento no qual a GSK ocupa uma posição de liderança mundial.

A Unidade *Brand Manager Critical Care*, é responsável pela gestão de marketing de três produtos inseridos no conceito de doenças raras, como a Hipertensão Arterial Pulmonar, Lúpus e doenças do foro hematológico.

A Unidade *Brand Manager Oncology*, é responsável por uma das áreas mais importantes da Companhia, a área de Oncologia. Com um *pipeline* de I&D muito robusto, neste momento destacam-se dois produtos: um para neoplasia da mama e outro para neoplasia do rim.

Estas três unidades são estruturas funcionais, com responsabilidades estratégicas centralizadas na Direção da *Business Unit*, e responsabilidades a nível tático e operacional, centradas em cada unidade de negócio.

A unidade de *Tender&Hospital Account Manager* é responsável pela negociação hospitalar e concursos. Esta unidade tem um *Key Account Manager* com *report* direto ao diretor da BU Hospitalar, que controla a gestão hospitalar de todos os produtos das BU Hospitalar. Tem ainda uma *Tender Assistant* que gere todo o apoio às contas-chave da Companhia.

O *FLSM Oncology/Critical Care* faz a gestão de duas equipas de vendas (5 Dim's *Oncology* e 3 Dim's *Critical Care*) que trabalham no território nacional. É uma função operacional, sendo o FLSM o elo privilegiado entre os comerciais e a direção. Reporta diretamente ao *BU Director Hospital*, supervisionando a aplicação da política de vendas da empresa. Estabelece as previsões de vendas e fixa objetivos às equipas, sendo da sua responsabilidade o acompanhamento dos resultados, o esforço comercial e a otimização das margens. Estuda a concorrência e elabora *reportings* para a direção da BU. É responsável integral pela equipa comercial: recrutamento, acções de formação, animação, avaliação, entre outros.

A BU Hospitalar tem uma direção própria, com todo o portefólio de produtos, atrás referido, com reporte direto à Direção Geral. Todos os investimentos e *revenues* são da responsabilidade da Unidade. As funções de apoio, são asseguradas por departamentos

comuns a todas as outras *Business Units*, de que são exemplo, o Departamento Financeiro, o Departamento Médico, o Departamento de Recursos Humanos, e o *Regulatory Affairs*.

Dimensão e organização da força de vendas hospitalar

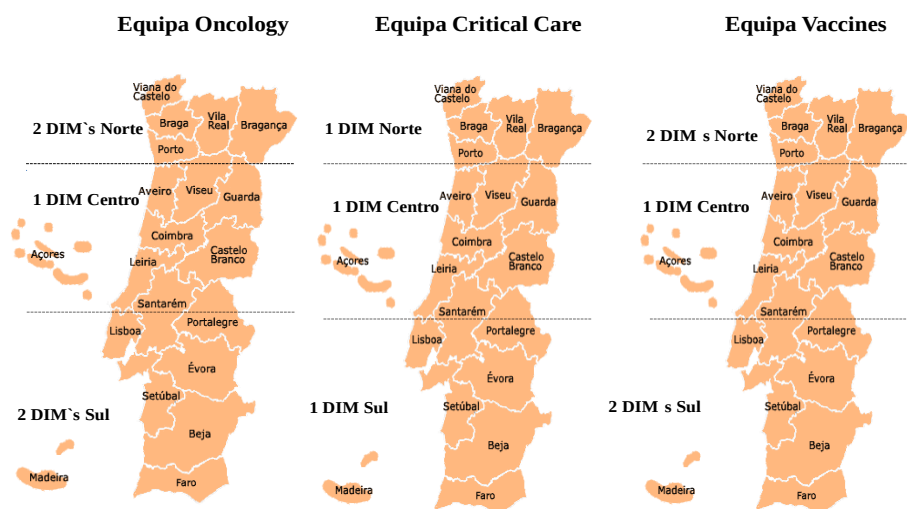
A estrutura da força de vendas da GSK é composta por uma força de vendas direta, dividindo-se pelo território nacional (zonas Norte, Centro, Sul e Sul e Ilhas – nomenclatura própria da GSK) e por áreas terapêuticas.

Centrando-nos na BU Hospitalar vejamos como se organiza a sua força de vendas. A BU Hospitalar é constituída no total por 13 DIM`s e 1 FLSM.

Esta *Business Unit* passa por ser uma organização acima da média, reconhecida pelos seus parceiros, como uma referência. O trabalho de equipa é um pilar, alinhando valores e comportamentos. A empresa pretende que os seus colaboradores tenham igualdade de oportunidades, equidade no reconhecimento do seu desempenho e no esforço necessário para cada função.

Neste sentido e dada a credibilidade desta *Business Unit* levantam-se algumas questões: fará sentido que as diferentes equipas de vendas dentro da BU hospitalar, se encontrem estruturadas desta forma? Fará sentido que duas equipas de vendas (*Oncology e Critical Care*) reportem ao mesmo FLSM, e que, a equipa de Vacinas composta por 5 Dim`s reporte ao *Brand Manager*? Sabendo que qualquer das equipas trabalha áreas terapêuticas distintas, então, porquê esta divisão na estrutura comercial? Porquê ter um *Brand Manager* a acumular funções de gestão de produto e gestão de equipa de vendas? Com este acumular de funções, cumprirá porventura, todas as acções de coaching, motivação, monitorização e controlo de processos, desenvolvimento de trabalho de equipa, acompanhamento de *Key Opinion Leaders*?

A equipa de vendas *Oncology* está distribuída da seguinte forma: tem dois DIM`s na zona norte, um na zona centro e dois na zona sul e ilhas. Os produtos que esta equipa promove, são fármacos de dispensa aos doentes apenas em ambiente hospitalar. Esta equipa para além dos médicos visita também os farmacêuticos hospitalares. A equipa de vendas *Critical Care* tem três DIM`s, um na zona norte, um na zona centro, um na zona sul. A equipa de vendas Vacinas tem cinco DIM`s, dois na zona norte, um na zona centro e dois na zona sul. A figura 10 ilustra a distribuição por território.

Figura 10: Distribuição territorial DIM's por sub-unidade

Fonte: Autor

Em qualquer das áreas a presença constante do DIM perante os prescritores, é um fator decisivo, para a preferência dos produtos da empresa. Por este facto, a equipa tem um *target* com um número reduzido de clientes para visitar.

Independentemente da equipa, os territórios estruturam-se de igual forma de acordo com o potencial de mercado, *workload* e dimensão geográfica com esforços semelhantes para a realização de tarefas administrativas dos delegados de informação médica.

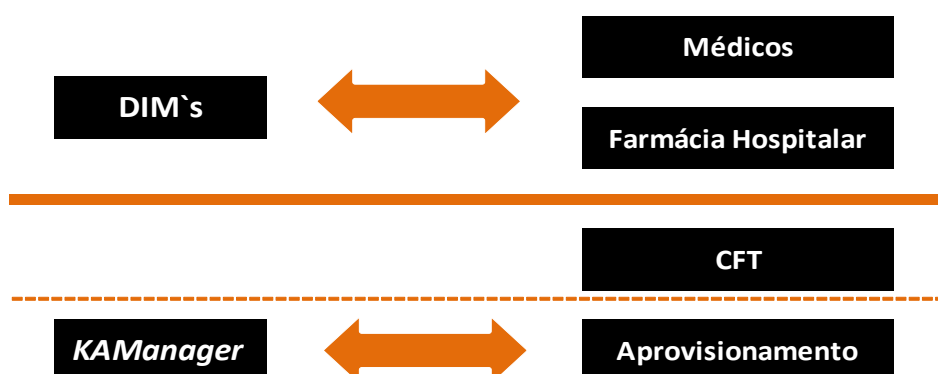
No que diz respeito ao estilo de venda destas três equipas de DIM's, ele é consultivo, com produtos diferenciados, customizado, com soluções à medida, com um horizonte temporal a longo prazo, funcionando os DIM's como um aconselhador, baseado nos benefícios do produto, com acesso a influenciadores e fazendo sempre um devido seguimento. O DIM da BU Hospitalar deve sustentar a criação de valor individual para cada cliente.

Existe ainda a figura do *Key Account Manager* que comercializa todos os produtos da BU Hospitalar. É com base na informação veiculada pelo delegado de informação médica, que a classe médica – visitada pelos DIM's – pode tomar a sua decisão sobre a melhor opção terapêutica para cada doente, no entanto, o médico apenas toma a decisão sobre o princípio ativo a administrar ao doente, a escolha da marca e a decisão de compra é do Conselho de Administração do Hospital ou da CFT. O *KAManager* atualmente apenas visita os diretores do aprovisionamento, mediante solicitação para negociação dos produtos prescritos pelas especialidades médicas, a fim de reduzirem custos. Interessa também aqui fazer algumas

reflexões: de acordo com a estrutura atual fará sentido o *KAManager* aparecer numa posição paralela ao FLSM (*First Line Sales Manager*)? A estrutura sugere um desfasamento do *KAManager* com as equipas de venda e os seus FLSM, ainda que existam canais de comunicação facilitados. Relembremos os *stakeholders* no processo de tomada decisão, anteriormente referidos, Médicos, Serviços de Aprovisionamento, Farmácias Hospitalares, e Comissão de Farmácia e Terapêutica. O modelo de negócio é complexo, tem vários intermediários, grupos de interesse com muitas sensibilidades (geográficas, sociais, culturais), com grande força negocial, perante este ambiente, surge uma reflexão: será expectável que apenas um *KAManager* consiga construir relacionamentos de confiança, de longo prazo com as principais contas-chave?

De acordo com o número de hospitais visitados pela GSK (BU Hospitalar) agrupados com determinadas características comuns, existem, de entre hospitais centrais, distritais, privados e ARS cerca de 94 instituições. Conforme se verificará adiante, as instituições têm classificações estratégicas diferentes, no entanto, parece seguro afirmar que apenas um *KAManager* é manifestamente insuficiente. Esta abordagem às KA's revela-se desadaptada às necessidades atuais e ao contexto atual de mercado, pois basicamente o *KAManager* responde a solicitações, não efetuando um trabalho verdadeiramente estratégico. Além disso, as equipas de DIM's revelam alguma resistência à negociação comercial pelo *KAManager*, por vezes as vendas conseguidas pela influência dos DIM's são atribuídas à negociação efetuada pelo *KAManager* com os aprovisionamentos dos hospitais. A figura 11 ilustra a forma como a atual estrutura impacta os *stakeholders* na gestão hospitalar:

Figura 11: Relacionamento da estrutura comercial GSK com *stakeholders*



Fonte: Autor

Atualmente, os DIM's estão a operar nos seus *stakeholders*, visitando os médicos e farmacêuticos hospitalares atribuídos aos seus territórios. Os DIM's reconhecem a

importância destes clientes ao desenvolverem relações próximas que facilitam o processo de tomada de decisão na escolha dos produtos GSK. São um contributo decisivo nas relações da GSK com estes clientes. Quanto ao *KAManager*, atualmente, tem como principal orientação, apenas os serviços de aprovisionamento. Decorre desta análise que, as CFT's não estão a ter qualquer tipo de relacionamento com o *KAManager* da GSK, o que indícia uma falha de relacionamento estratégico com um *stakeholder* crítico na gestão hospitalar. Esta situação vem confirmar que o reduzido número de *KAManager*'s (apenas um) na atual estrutura da GSK é insuficiente para construir relações sólidas, de confiança, com os diversos *stakeholders* hospitalares.

Por último, referir que no contexto atual da BU Hospitalar, as necessidades de recrutamento são preenchidas com pessoal de outras Unidades de Negócio da empresa (recrutamento interno). Todos os colaboradores têm um sistema de avaliação anual. Os objetivos quantitativos e qualitativos, são definidos no início de cada ano, com aprovação do colaborador e do superior hierárquico, feita uma revisão semestral, e no fim do ano a classificação anual, que está na base dos aumentos salariais anuais. Existe ainda um esquema de incentivos, pago trimestralmente, e com possibilidade de recuperação ao longo do ano.

Análise do portfólio de clientes

Constatou-se no ponto anterior que os DIM's visitam os médicos sendo estes os prescritores dos medicamentos que irão ser adquiridos pelos Hospitais à GSK. No total são visitados 94 centros hospitalares (listagem disponível no anexo 2), que correspondem a 2015 prescritores/médicos de um universo total de 3660 médicos (55% de cobertura), pelos delegados da GSK. Estes médicos estão alocados às diferentes sub-unidades da BU da seguinte forma:

- ✓ Equipa de *Critical Care* visita 377 médicos;
- ✓ Equipa de *Vaccines* visita 1145 médicos;
- ✓ Equipa de *Oncology* visita 493 médicos.

Os médicos também estão agrupados por sub-unidades de negócio e por especialidades, de acordo com a informação das tabelas 5, 6 e 7:

Tabela 5: Médicos/Especialidade CC

	Especialidade	Nº de Médicos
CRITICAL CARE	Medicina Interna	155
	Hematologia	75
	Cardiologia	39
	Reumatologia	108
	Sub-Total	377

Tabela 6: Médicos/Especialidade Vaccines

	Especialidade	Nº de Médicos
VACCINES	Ginecologia	150
	Enfermeiro/a	45
	Neuropediatria	0
	Pediatria	950
	Sub-Total	1.145

Fonte: Dados internos GSK

Tabela 7: Médicos/Especialidade Oncology

	Especialidade	Nº de Médicos
ONCOLOGY	Cuidados Intensivos	74
	Dermatologia	25
	Enfermeiro/a	22
	Farmacêutico Hospitalar	85
	Gastroenterologia	11
	Hematologia	15
	Infecciologia	20
	Medicina Interna	35
	Microbiologia	30
	Nefrologia	40
	Oncologia	97
	Pediatria	0
	Pneumologia	15
	Endocrinologia	12
	Imuno-Hemoterapia	12
	Sub-Total	493

Estes clientes encontram-se também classificados de acordo com uma tipologia ABCD que obedece aos seguintes parâmetros:

- ✓ Clientes A – médicos decisores/influenciadores e que prescrevem habitualmente produtos GSK – 165 médicos visitados, com uma frequência de visita equivalente a duas vezes por mês;
- ✓ Clientes B – médicos com bom potencial de prescrição, mas também com forte relação comercial com a concorrência – 1318 médicos visitados, com uma frequência de visita equivalente a uma vez por mês;
- ✓ Clientes C – médicos com fraco potencial de prescrição, mas com boa relação comercial com a GSK – 266 médicos visitados, com uma frequência de visita equivalente a uma vez por trimestre;
- ✓ Clientes D – médicos com fraco potencial de prescrição e fraca afinidade comercial com a empresa – 99 médicos visitados, com uma frequência de visita equivalente a uma vez por semestre.

Por sua vez, como os DIM's se encontram alocados a determinados territórios pertencentes às zonas Norte, Centro, Sul e Sul e Ilhas também o portfólio de clientes está dividido por estas mesmas zonas com a partição apresentada na tabela 8.

Tabela 8: N° de clientes (médicos) das sub-unidades (CC:ONCO;VAC) por tipologia e zona

ZONA	N° CLIENTES (médicos) TOTAL				Total
	A	B	C	D	
Norte	49	478	105	32	664
Centro	55	343	66	28	492
Sul	31	197	41	21	290
Sul e Ilhas	30	300	54	18	402
TOTAL	165	1318	266	99	1848

Fonte: dados internos GSK

Atualmente o objetivo de visitas diárias de cada delegado de informação médica é de sete visitas, percorrendo todo o painel de clientes acima identificado. Desta forma, como vimos anteriormente, o atual *KAManager* responde apenas a solicitações, sem existir um relacionamento estratégico.

Quanto aos Hospitais, embora não exista nenhuma segmentação atualmente efetuada, é possível identificar determinados parâmetros que poderão representar grupos de Hospitais com características homogêneas, parâmetros tais como:

- (i) Número de valências (especialidades), nem todos os Hospitais têm todas as valências que existem;
- (ii) Área de investigação científica: somente os Hospitais de maior dimensão e com a totalidade das valências possuem uma área de investigação científica;
- (iii) Parcerias com as empresas: alguns hospitais dão valor às parcerias estratégicas globais com as empresas, outros preferem parcerias a nível de produto e outros não dão valor a qualquer tipo de parceria, seleccionando a empresa fornecedora para as necessidades que tem em determinado momento;
- (iv) Poderá ainda avaliar-se se se trata de um Hospital Público, Privado, Parceria Público-Privada ou Administração Regional de Saúde.

Os anexos 3a e 3b mostra em detalhe, no que concerne aos aspetos acima referidos, as especificidades de cada um dos 94 Hospitais alvo de análise.

O número de interlocutores entre Administradores e CFT's varia de acordo com o tipo de Hospital mas em média podemos dizer que são cerca de quatro nos Hospitais Públicos, três nos Hospitais Privados e Parcerias Público-Privadas e um nas ARS. Embora estes interlocutores ainda não sejam visitados, no caso de tal acontecer, a frequência de visita deveria obedecer à seguinte priorização: nos Hospitais Públicos, quatro interlocutores deveriam ser visitados uma vez por mês; nos Hospitais Privados e Parcerias Público-Privadas

os três interlocutores deveriam ser visitados uma vez por mês e nas ARS bastaria o único interlocutor ser visitado uma vez de três em três meses.

Numa estratégia de abordagem seletiva e concentração dos esforços da equipa atual nos clientes de maior interesse, a GSK pode, ainda, a qualquer momento avaliar variáveis como o número de camas de cada Hospital ou o número de valências com que cada Hospital trabalha de forma a aferir o maior ou menor interesse de estar presente naquele cliente (Hospital).

4.7 - “*Listenning the Stakeholders*”

O processo de tomada de decisão de implementação de um programa de *Key Account Management* exige criação de valor. O suporte para esta criação de valor advém em larga medida da robustez e consistência dos dados em análise. Neste sentido, foi desenvolvido um programa de questionários destinados aos *stakeholders* da gestão hospitalar anteriormente referidos no ponto 4.5: Médicos/Farmacêuticos (MF); Comissão de Farmácia Terapêutica (CFT) e Serviço de Aprovisionamento.

Ao programa de questionários foi dada a designação, “*Listenning the Stakeholders*”.

Listenning the Stakeholders constituiu um desafio, por ser um processo difícil que exige tempo e talento na sua construção. O resultado final assentou numa forte convicção de que era um instrumento relevante, preciso e válido. Esta acção permitiu “sentir” quais as necessidades, preferências e comportamentos dos *stakeholders* envolvidos, mas também, uma visão crítica sobre os seus relacionamentos com a Indústria Farmacêutica (IF). Interessa referir que um dos objetivos era recolher dados representativos de qualidade, assim, os questionários foram direcionados aos maiores Centros Hospitalares do País. Pretendia-se que fossem representativos geograficamente, ou seja, que se obtivesse informações das três grandes áreas da saúde em Portugal: Lisboa, Porto e Coimbra. Relativamente à dimensão da amostra, cumpriu os objetivos propostos, uma vez que, dos 11 hospitais centrais definidos, obtiveram-se respostas de cinco CFT's (45%), de quatro Serviços de Aprovisionamento (36%) e de 12 M/F (três de Lisboa; cinco de Coimbra e quatro do Porto). O envio dos questionários a M/F, assentou num perfil de M/F com posições de destaque na área da saúde (Presidentes de Sociedades Médicas Científicas; Responsáveis de Compras nos Serviços

Farmacêuticos; Responsáveis por Centros de Referência de Doenças Raras; jovens M/F de reconhecido potencial e mérito).

Foram assim desenhados três questionários diferentes (anexo 4a, 4b, 4c), orientados para o seu público-alvo:

- ✓ Questionário para M/F;
- ✓ Questionário para CFT;
- ✓ Questionário para Serviços de Aprovisionamento.

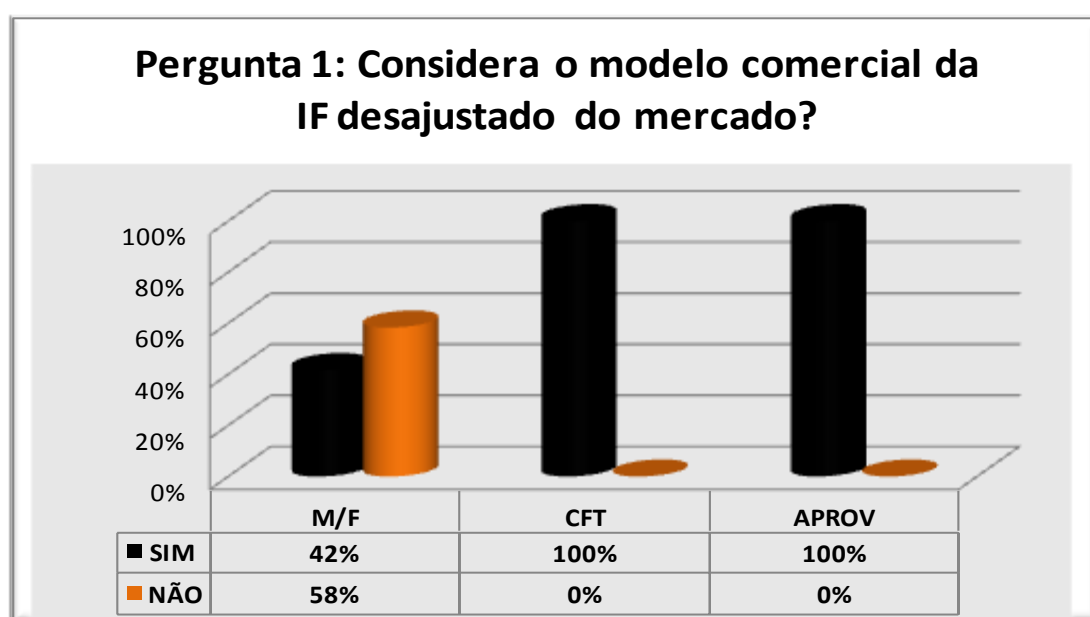
Relativamente ao tratamento e apresentação dos dados, convém referir que foram abordados os dois procedimentos mais comuns em estatística: a estatística descritiva e estatística inferencial. A estatística descritiva tem como objetivo a descrição dos dados sejam eles, de uma amostra ou de uma população. Pode incluir: ordenação dos dados, compilação dos dados em tabela, criação de gráficos, obtenção de relações funcionais entre variáveis, entre outros. A estatística inferencial preocupa-se com o raciocínio necessário para a partir dos dados se obterem conclusões gerais. O seu objetivo é obter uma afirmação acerca de uma população com base numa amostra. O método de amostragem utilizado, foi um método de amostragem não aleatório, que consiste em seleccionar entidades através de escolha pessoal. A amostra não aleatória foi incluída, por se considerar que as entidades escolhidas compõem uma amostra representativa.

Neste sentido, foi feita uma tentativa de trabalhar os dados em estatística inferencial concluindo-se, através do exercício em algumas questões-chave do questionário (anexo 5), que o tratamento inferencial dos dados com base em teste binomial, não cumpria o objetivo pretendido, devido à dimensão da amostra. Assume-se assim, a apresentação dos dados suportados pela estatística descritiva.

Por uma questão de método, serão apresentados os resultados das questões comuns aos três questionários e posteriormente às questões comuns aos questionários CFT e Aprovisionamento.

A primeira questão pretendia aferir a perceção dos *stakeholders* quanto ao atual modelo comercial da IF.

Gráfico 5: “Listening the Stakeholders” – Pergunta 1



Fonte: “Listening the Stakeholders” – Pergunta 1

A primeira questão sugere dados interessantes para análise. A totalidade dos inquiridos (100%) em CFT e APROV assumem que o atual modelo comercial da IF está desajustado, quanto aos médicos apenas 42% assumem esse desajustamento. As razões que sustentam esta diferença de opinião resultam em grande parte da atual abordagem da IF aos *stakeholders* hospitalares. Atualmente o modelo comercial da IF assenta a sua política de comunicação nos Médicos/Farmacêuticos e este segmento ainda revela bons níveis de relacionamento. Os outros segmentos (CFT/APROV), evidenciam uma completa e total ausência de relacionamento estratégico. Reestruturar o modelo comercial das Companhias farmacêuticas é um processo moroso de longo prazo, exige resiliência. Alterar comportamentos e convicções não só internas como externas, afigura-se crítico para o sucesso das Companhias. Serão os primeiros a atuar neste sentido que irão ganhar a tão desejada vantagem competitiva.

É assim urgente, um reposicionamento estratégico da GSK nos diferentes *stakeholders* que atuam no mercado farmacêutico.

A questão seguinte pretendia perceber o que mais valorizavam nos contatos com a IF:

Tabela 9: “Listening the Stakeholders” – Pergunta 2
O que valoriza nos contatos com a Indústria Farmacêutica?

M/F		PESSOAS	CONFIANÇA	ÉTICA	CONTATOS	INFº	REL. DURADOURAS	REL. DISTÂNCIA
Não valorizo		0%	0%	0%	0%	0%	0%	3 25%
Valorizo Pouco		0%	0%	0%	1 8%	0%	0%	7 58%
Indiferente	1	8%	0%	0%	3 25%	0 0%	0%	1 8%
Valorizo	2	17%	2 17%	0%	7 58%	7 58%	9 75%	1 8%
Valorizo Muito	9	75%	10 83%	12 100%	1 8%	5 42%	3 25%	0%
APROV.		PESSOAS	CONFIANÇA	ÉTICA	CONTATOS	INFº	REL. DURADOURAS	REL. DISTÂNCIA
Não valorizo	0	0%	0 0%	0 0%	0 0%	0 0%	0 0%	3 75%
Valorizo Pouco	0	0%	0 0%	0 0%	0 0%	0 0%	0 0%	1 25%
Indiferente	0	0%	0 0%	0 0%	1 25%	1 25%	0 0%	0 0%
Valorizo	1	25%	1 25%	0 0%	3 75%	3 75%	0 0%	0 0%
Valorizo Muito	3	75%	3 75%	4 100%	0 0%	0 0%	4 100%	0 0%
CFT		PESSOAS	CONFIANÇA	ÉTICA	CONTATOS	INFº	REL. DURADOURAS	REL. DISTÂNCIA
Não valorizo		0%	0%	0%	0%	0%	0%	4 80%
Valorizo Pouco		0%	0%	0%	0%	0%	0%	1 20%
Indiferente		0%	0%	0%	4 80%	0%	0%	0%
Valorizo	2	40%	1 20%	0%	1 20%	3 60%	2 40%	0%
Valorizo Muito	3	60%	4 80%	5 100%	0 0%	2 40%	3 60%	0%

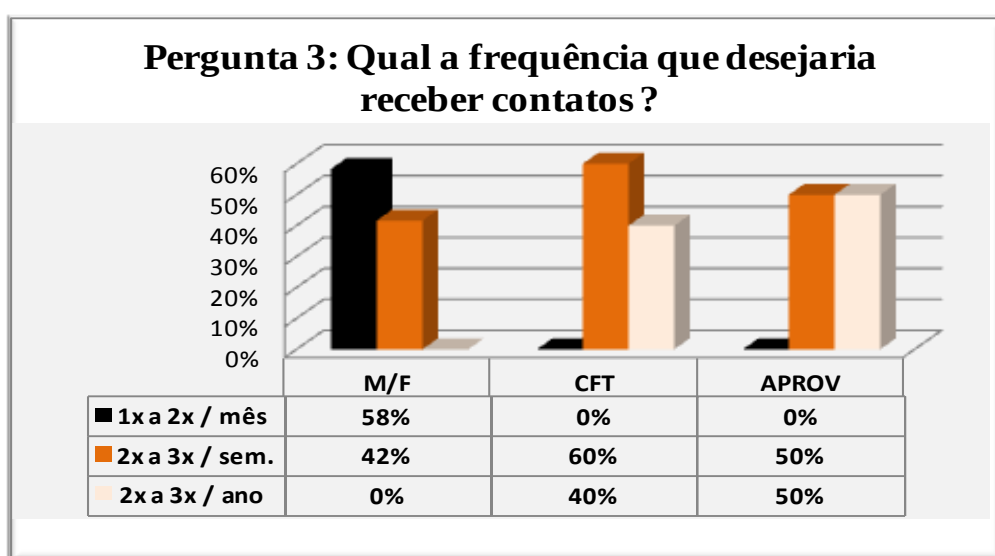
Fonte: “Listening the Stakeholders” – Pergunta 2

Apesar do crescente peso das novas tecnologias e do surgimento de novas plataformas de comunicação, o canal de comunicação preferencial para os diferentes *stakeholders* são as pessoas. Em todos os segmentos a quase totalidade dos inquiridos Valoriza/Valoriza Muito a comunicação assente nas pessoas. O relacionamento que os segmentos Valorizam/Valorizam Muito são relacionamentos de confiança. Será a capacidade de construir relações de confiança que ditará o sucesso de quem interage nestes segmentos. Deverá ser dada atenção especial a este critério, na medida em que, relações de confiança são sustentadas pelo acumular de experiências positivas ao longo do tempo, mas a quebra de confiança é instantânea, compromete todos os progressos feitos anteriormente. Os relacionamentos devem ainda ser assentes em comportamentos éticos e íntegros. No que diz respeito à existência de contatos diferenciados os dados identificam diferentes perspectivas. No caso de M/F e APROV uma percentagem elevada dos inquiridos (66%M/F; 75%APROV) reconhecem Valorizar/Valorizar Muito. Sugerem que o envolvimento de outros departamentos no relacionamento é considerado uma mais-valia. É interessante verificar que no segmento CFT é perfeitamente indiferente (80%) esses contatos diferenciados. A CFT é a entidade responsável pela introdução de novos fármacos no hospital e a existência de contatos diferenciados pode ser entendida como um fator de pressão ao qual não querem estar sujeitos. A importância de “Listening the Stakeholders” reside precisamente aqui, na capacidade de “ler nas entrelinhas”. Claramente este segmento necessita de uma abordagem própria e os contatos

diferenciados que porventura existirem, deverão ser expressos pela vontade da CFT. A partilha de informação e aconselhamento é valorizada de igual modo pelos segmentos, sendo que, quanto mais pertinente a informação, melhor a aceitação. Entre Relações duradouras ou Relações à distância a totalidade dos inquiridos é muito clara na valorização de Relações duradouras. O que os *stakeholders* parecem sugerir é relacionamentos de longo prazo. “*Key Account Management is about managing the future*” – este será o caminho para o sucesso da IF, e em particular, da GSK.

A questão seguinte avaliava qual a frequência desejada de contatos:

Gráfico 6: “Listening the Stakeholders” – Pergunta 3



Fonte: “Listening the Stakeholders” – Pergunta 3

Os dados permitem concluir que o segmento M/F requer frequência de contatos mais alta (1x a 2x/Mês, 58%) que CFT e APROV. Estes resultados evidenciam que o relacionamento existente entre IF e M/F confere um bom nível de satisfação. A CFT e APROV sugerem uma frequência de contatos entre 2x a 3x/Semestre (CFT 60%/APROV 50%), que no limite máximo seriam seis contatos ano. Conclui-se que as necessidades e frequência de contatos dos M/F, CFT e APROV são diferentes, sendo que, os M/F sugerem uma necessidade de acompanhamento mais operativo, mais consultivo, enquanto, CFT e APROV sugerem um nível de relacionamento menos frequente, mas mais estratégico, com caráter de médio, longo prazo.

A última questão dos três questionários, era uma questão aberta, onde os inquiridos eram convidados a perspetivar como irão evoluir as relações com a IF num futuro próximo. Aqui a informação recolhida e analisada pelos *stakeholders* foi agrupada consistentemente da seguinte forma:

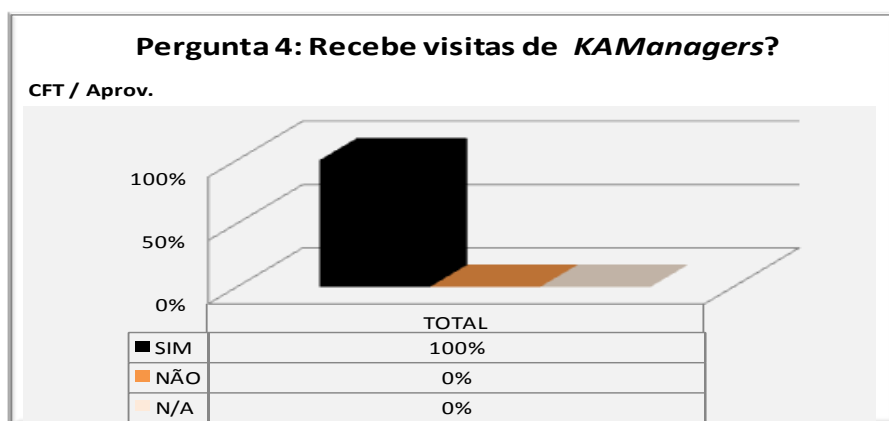
- Prevêem que as relações sejam próximas, no entanto, com elevado grau de pressão, com novas exigências e maior diferenciação;
- Os *Key Opinion Leaders* serão os contatos privilegiados, os transmissores de informação científica relevante;
- Admitem fusões entre os maiores laboratórios, com marketing mais agressivo e consequente desgaste humano;
- Perspetivam um *switch* de orientações futuras a novos parceiros com relações menos personalizadas e imprevisíveis;
- Alguns antevêem uma perspectiva aterradora para o futuro, acreditando que os que investem em I&D serão os menos fustigados.

A conjuntura atual do País também ajuda a perceber a forma como os diversos *stakeholders* perspetivam as relações num futuro próximo - ambiente de mudança, grande pressão e necessidade da IF encontrar novos parceiros. Compete, desta forma, a cada laboratório proceder às mudanças necessárias para enfrentar os novos desafios que se aproximam.

As questões comuns em CFT e Aprovisionamento serviram para avaliar qual a percepção dos *stakeholders* relativamente aos *KAManagers* já existentes na Indústria.

As duas questões seguintes aferiam se recebiam visitas de *KAManagers* e como distinguiam a atuação do atual *KAManager* face ao anterior DIM.

Gráfico 7: “Listening the Stakeholders” – Pergunta 4 (CFT/APROV)



Fonte: “Listening the Stakeholders” – Pergunta 4 (Questionário CFT/APROV)

Tabela 10: “*Listening the Stakeholders*” – Pergunta 4.1

Em termos de relevância, como distingue a atuação do KAManager face ao DIM?

APROV	VISAÇÃO NEGÓCIO		INFORMAÇÃO		PROCESSOS	
Nada Relevante		0%		0%		0%
Pouco Relevante		0%		0%		0%
Indiferente	3	75%	2	50%		0%
Relevante	1	25%	2	50%	2	50%
Muito Relevante		0%		0%	2	50%
CFT	VISAÇÃO NEGÓCIO		INFORMAÇÃO		PROCESSOS	
Nada Relevante		0%		0%		0%
Pouco Relevante		0%		0%		0%
Indiferente	4	80%	0	0%		0%
Relevante	1	20%	5	100%	4	80%
Muito Relevante		0%		0%	1	20%

Fonte: “*Listening the Stakeholders*” – Pergunta 4.1 (Questionário CFT/APROV)

A totalidade dos inquiridos (100%) recebe frequentemente visitas de *Kamanagers* e quando solicitados sobre como distinguem a sua atuação, em termos de relevância, face ao DIM, é curioso verificar que APROV (75%) e CFT (80%) consideram Indiferente em **Visão de Negócio**. Estes dados confirmam uma realidade indesmentível, os *KAManager*s existentes atualmente na IF não estão a ter uma atuação diferenciadora nestes *stakeholders*. Em boa verdade, assistiu-se a um lavar do cartão-de-visita (antes DIM, agora *KAManager*) sem consequente diferenciação de *modus operandi*. Por outro lado, consideram relevante a informação veiculada e a celeridade nos processos. Daqui se conclui que o *KAManager* necessita de uma nova abordagem, alavancando níveis de orientação no negócio.

Informação é Poder, “*Listening the stakeholders*” foi o resultado de uma ação dirigida aos *stakeholders* hospitalares que permitiu recolha de informação útil, atualizada e pertinente. A implementação de um programa KAM numa Companhia da IF sai agora reforçada. O processo de tomada de decisão para um programa KAM será agora convictamente defendido, suportado pelas convicções e necessidades dos *stakeholders* envolvidos.

Para uma visão acuidada de todos os resultados dos questionários, ficarão disponíveis para consulta no anexo: 5a - Questionário para Médicos/Farmacêuticos (M/F);

5b - Questionário para Comissão Farmácia Terapêutica (CFT);

5c - Questionário para Serviços de Aprovisionamento (Aprov.).

4.8. - SWOT Dinâmica - GSK



Fonte: Autor

5 - Identificação e abordagem do problema

Por tudo o que foi analisado anteriormente, todas as alterações no contexto da indústria farmacêutica facilmente se percebe que a estrutura comercial atual da GSK poderá ser melhor adequada às exigências do mercado. Assim, em resposta a todo o contexto e alterações no setor farmacêutico, a GSK deverá procurar uma nova abordagem para o departamento comercial da BU Hospitalar, podendo assim, dar resposta às novas exigências do mercado. A GSK deverá identificar os seus principais segmentos para melhor alocar os seus recursos. Será importante compreender quais os valores e necessidades reais, por forma a desenvolverem-se relações estratégicas que criem barreiras à entrada de novos concorrentes. Desta forma, acredita-se que o caminho assenta numa alteração da estrutura da força de vendas atual para um modelo comercial assente em *Key Account Management*.

5.1 - Questões chave

É necessário identificar quais as questões mais pertinentes, relativamente aos pontos críticos da GSK, que deverão ser alvo de resposta com este projeto. Pretende-se uma orientação da BU Hospitalar para os seus clientes e que a sua reorganização assente num programa de *KAM*. Assim, as questões mais pertinentes para a implementação do projeto são:

- ✓ Poderá um modelo de KAM criar valor para os clientes estratégicos da GSK? Como?
- ✓ O que valorizam os clientes? Como atuar?
- ✓ O que os clientes esperam da IF, em particular da GSK?
- ✓ Como potenciar o trabalho KAM's e DIM's nos mesmos clientes?
- ✓ É necessário fazer uma nova segmentação ao portfólio de clientes? Se sim, qual deverá ser essa segmentação? Que clientes devem ser considerados *Key Accounts*?
- ✓ Qual a estratégia de relacionamento para cada uma das *Key Accounts*?
- ✓ Qual deverá ser a nova estrutura de força de vendas a aplicar com base no modelo KAM? Quantos *Key Account Managers* e DIM's são necessários para suportar a nova estrutura?
- ✓ Que visão de negócio para os *Key Account Managers*?
- ✓ *Key Account Managers* orientados em vendas? E em resultados?
- ✓ Qual o perfil de competências para a figura de *Key Account Manager*?
- ✓ Onde e como recrutar e seleccionar pessoas para as funções da nova estrutura?

6 - Implementação do programa *Key Account Management*

Após a análise de toda a envolvente interna e externa da GSK, pode agora recorrer-se aos princípios de *Key Account Management* para a reorganização da estrutura comercial da GSK. O modelo de KAM tem sido impulsionado, em empresas de várias dimensões, pelo facto de, em diversas indústrias, os clientes de grande dimensão, com poder, globais e centralizados serem cada vez mais a norma. Assim, o objetivo geral deste projeto é o de desenvolver uma nova estrutura comercial à luz do modelo KAM de Peter Cheverton e de algumas ideias de outros autores (tais como, McDonald, Millman e Rogers, 1996) mas adaptado à realidade da GSK e ao que faz mais sentido nesta indústria em análise. Uma nova estrutura que permita detetar os fatores e clientes estratégicos do negócio que criem valor acrescentado.

Como referido anteriormente, existe na estrutura atual da BU Hospitalar um *KAManager* que, apesar de ter *report* direto ao Diretor da BU Hospitalar e de representar todos os produtos desta BU, tem a responsabilidade de gerir os mesmos 94 Hospitais que os DIM's, embora com interlocutores diferentes. Torna-se imperativo uma correta e perfeita gestão do portfólio de clientes e, portanto, uma reorganização comercial baseada num modelo KAM será, com certeza, o caminho certo para a GSK atingir os objetivos estipulados. A nova organização KAM deve ser moldada de acordo com o portfólio de clientes (Hospitais) da empresa. Deste modo, foi utilizado como base para o trabalho, o processo de seis passos definido por Peter Cheverton (em 2008 e 2012) tendo sido efetuada uma adaptação de modo a aumentar a abrangência, considerando também referências de outros autores que trabalham, por exemplo, as fases de recrutamento, entre outras:

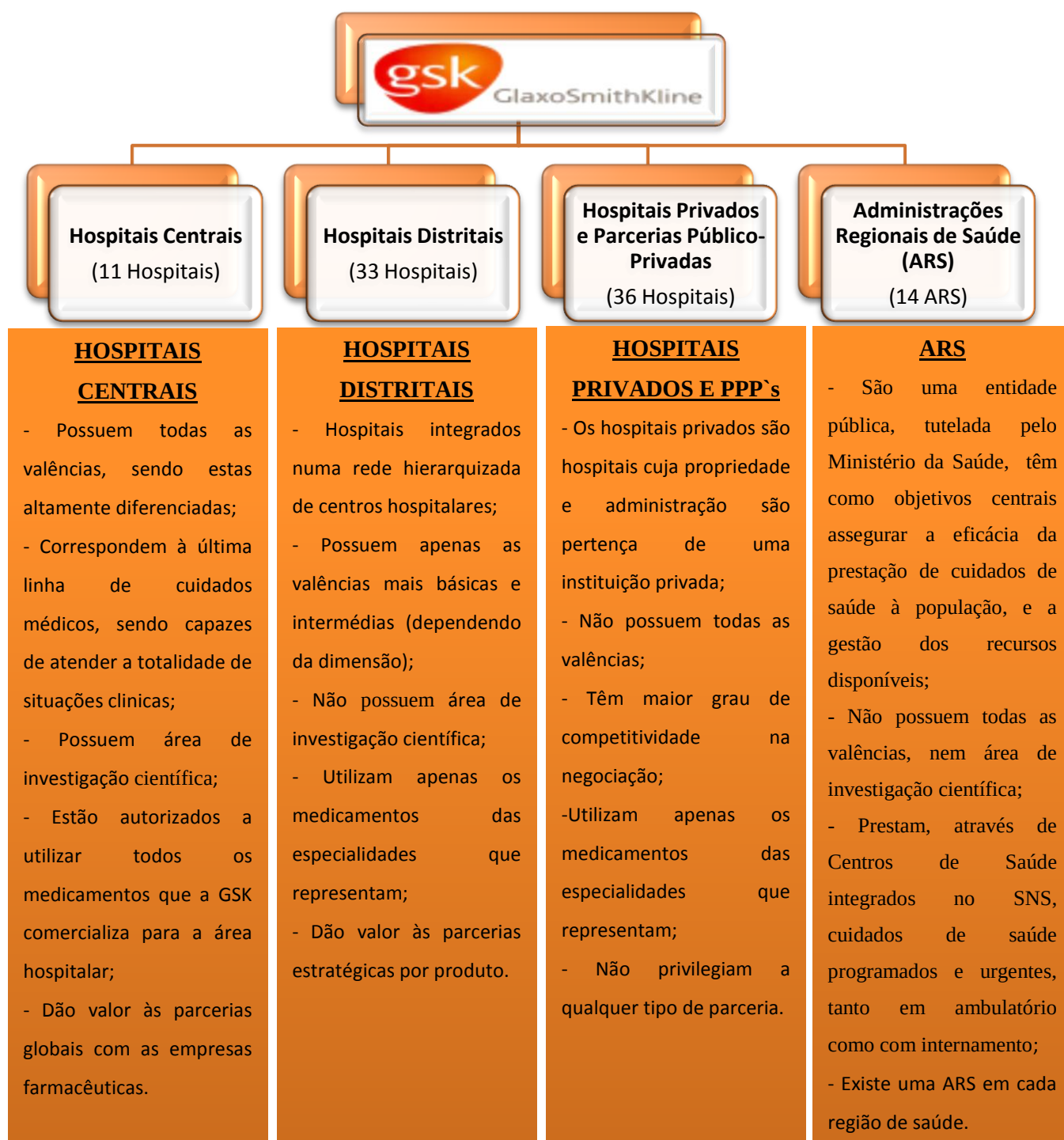
- 1º Passo: Segmentação dos clientes;
- 2º Passo: Identificação das *Key Accounts*;
- 3º Passo: Definição de estratégias de relacionamento;
- 4º Passo: Definição da estrutura comercial adequada;
- 5º Passo: Definição do perfil de competências do *Key Account Manager 360º*;
- 6º Passo: Definição das formas de recrutamento e selecção.

1.º Passo - Segmentação dos clientes

Este modelo inicia-se com a segmentação dos clientes. É um processo estratégico para alcançar o alinhamento entre as ofertas de produto e as necessidades do cliente. O segredo para atuar nesta personalização de serviços é segmentar o número de clientes total, dividindo-

o num número reduzido de subconjuntos, denominados por segmentos, devendo cada segmento ser suficientemente homogêneo a nível de comportamentos, motivações, necessidades. Isto permite que a empresa adapte a sua estratégia comercial a cada um desses subconjuntos, ou a alguns deles. Assim, neste primeiro passo, agrupam-se os clientes (Hospitais) visitados pela GSK (BU Hospitalar) de acordo com determinadas características comuns, obtendo o resultado apresentado na figura 12 (listagem completa da classificação no anexo 6).

Figura 12: Segmentação de clientes GSK (BU Hospitalar)



2.º Passo - Identificação das Key Accounts (KA)

Da segmentação efetuada ao universo de clientes no passo anterior, resulta um *output* de todo o portfólio de clientes agrupados por determinadas características comuns.

É necessário definir e alocar recursos de tempo, financeiros e humanos aos clientes. Os recursos devem ser diferenciados de acordo com os clientes, já que nem todos terão o mesmo grau de importância para a GSK. Todos os clientes podem ser *Key Accounts*, no entanto, é importante discernir aqueles que são mais importantes e estratégicos para a GSK e as KA's que poderão vir a ser importantes para a empresa no futuro. Assim, com o propósito de definir as KA's, este segundo passo baseia-se na elaboração de uma ferramenta – a Matriz K.A.I.S.M – que irá permitir classificar os clientes da GSK em estratégicos, táticos e transaccionais, e revelará quais as *accounts* por tipologia.

Conforme abordado no enquadramento teórico, esta matriz é elaborada com base em dois vetores, atratividade e força relativa, e os critérios utilizados para cada um deles, bem como os respetivos ponderadores foram os seguintes:

Tabela 11: Critérios de Atratividade para a Matriz KAISM

	Critério	Peso Relativo	1	2	3	4
Critério 1	Peso interno do cliente no valor de vendas da BU Hospitalar da GSK	30%	<2%	≥2% e <5%	≥5% e <8%	≥8%
Critério 2	Nº de Camas	30%	<500	500 e <1000	1000 e <2000	≥2000
Critério 3	Nº de Valências	15%	<15	≥15 e <25	≥25 e <35	≥35
Critério 4	Peso do cliente de acordo com o seu consumo total de medicamentos	25%	<2%	≥2% e <5%	≥5% e <8%	≥8%

Fonte: Dados internos GSK, autor

Tabela 12: Critérios de Força Relativa para a Matriz KAISM

	Critério	Peso Relativo	1	2	3	4
Critério 1	Peso dos medicamentos GSK no consumo total do Hospital	45%	≥0% e <3%	≥3% e <5%	≥5% e <8%	≥8%
Critério 2	Introdução de novos medicamentos	30%	Muito difícil	Difícil	Fácil	Muito Fácil
Critério 3	Evolução do valor de vendas 2011/2012	25%	< -15%	≥-15% e <0%	≥0% e <15%	≥15%

Fonte: Dados internos GSK, Apifarma, autor

De referir que, para a realização desta matriz, dado o elevado número de Hospitais em análise (no total 94), foi aplicada a Lei de Pareto (80/20) para identificar os principais clientes que

representam 80% do negócio da BU Hospitalar da GSK. Para os restantes segmentos foi considerado um valor médio, dando assim origem à análise do seguinte número de clientes:

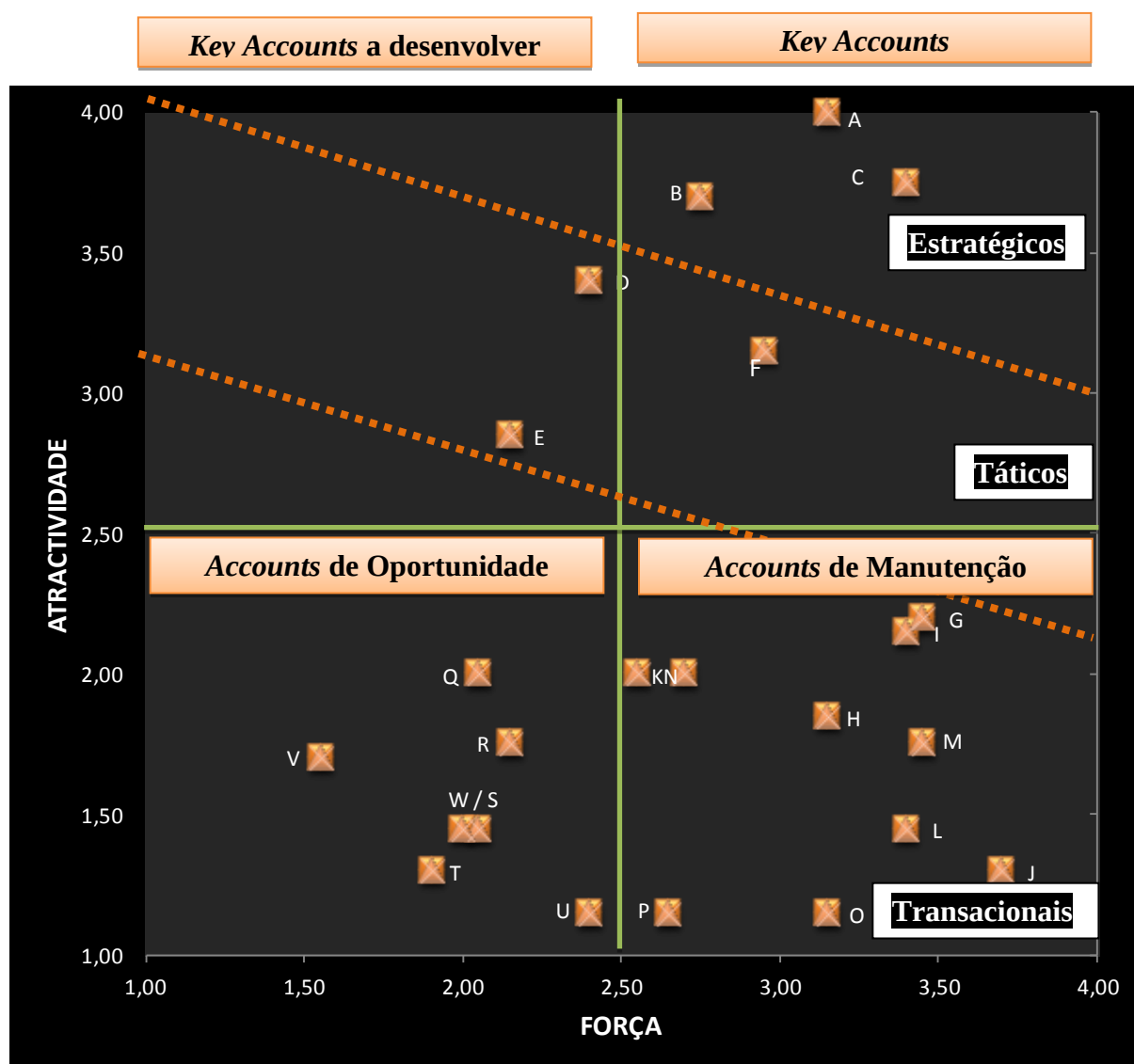
Tabela 13: Lista dos principais clientes (Lei de Pareto)	
CENTRO HOSPITALAR LISBOA CENTRAL, E.P.E	A
CENTRO HOSPITALAR LISBOA NORTE, E.P.E	B
HOSPITAIS DA UNIVERSIDADE DE COIMBRA, E.P.E	C
CENTRO HOSPITALAR DE SAO JOAO, E.P.E	D
CENTRO HOSPITALAR DO PORTO, E.P.E	E
CENTRO HOSPITALAR LISBOA OCIDENTAL, E.P.E	F
CENTRO HOSPITALAR ALTO AVE, E.P.E	G
HOSPITAL DE FARO, E.P.E	H
HOSPITAL CRUZ DE CARVALHO - FUNCHAL, E.P.E.R.	I
ARS LX VALE TEJO SRS LISBOA	J
HOSPITAL DE GARCIA DE ORTA, E.P.E	K
ESCALA BRAGA - SOCIEDADE GESTORA DO ESTABELECIMENTO, S.A.	L
HOSPITAL DE SANTO ESPIRITO, ANGRA DO HEROISMO, E.P.E.R.	M
HOSPITAL DO DIVINO ESPIRITO SANTO DE PONTA DELGADA, E.P.E	N
HOSPITAL DO ESPIRITO SANTO, E.P.E	O
CENTRO HOSPITALAR TONDELA-VISEU, E.P.E	P
IPO - PORTO, FRANCISCO GENTIL, E.P.E	Q
UNIDADE LOCAL DE SAUDE DO ALTO MINHO, E.P.E	R
CENTRO HOSPITALAR TRAS-OS-MONTES ALTO DOURO, E.P.E	S
ARS - Valor Médio	T
HOSPITAS PRIVADOS E PARCERIAS PUB. PRIVADAS - Valor Médio	U
OUTROS HOSPITAIS CENTRAIS - Valor Médio	V
OUTROS HOSPITAIS DISTRITAIS - Valor Médio	W

Fonte: dados internos GSK e autor

Os anexos 7a e 7b resumem os critérios de atratividade e força relativa utilizados bem como as classificações atribuídas.

Do cruzamento das coordenadas de cada cliente e de acordo com a sua pontuação em termos de atratividade e força relativa, resulta a posição de cada cliente na matriz, tal como se pode verificar na figura 13.

Figura 13: Matriz K.A.I.S.M, BU Hospitalar da GSK



Fonte: Autor

Como se pode verificar pelo resultado da matriz existem claramente três clientes estratégicos, Centro Hospitalar Lisboa Central (A), Lisboa Norte (B) e Hospitais da Universidade de Coimbra (C), todos com um posicionamento de referência no mercado, sendo os três claramente Key Accounts, dada a sua importância, dimensão e expectativa de retorno para a GSK.

Depois temos três clientes táticos que se encontram no quadrante dos Key Accounts a desenvolver, o Centro Hospitalar de São João (D), o CH do Porto (E) e o CH Lisboa Ocidental (F). O CH São João (D) e CH do Porto (E) impõem, ainda assim, uma força relativa menor que o CH Lisboa Ocidental (F). São clientes muito importantes para a GSK, no

entanto, necessitam de desenvolvimento através de investimentos de relação e, eventualmente, capital, de forma a aumentar a sua força.

Dos restantes clientes analisados, que são considerados clientes transaccionais podemos observar duas situações. Por um lado, uns revelam níveis altos de força, mas níveis reduzidos de atratividade estando por isso situados no quadrante dos Accounts de manutenção, como são exemplo o CH Alto Ave E.P.E (G), e o Hospital Cruz de Carvalho-Funchal (I), entre outros. Neste caso, são clientes que devem ser mantidos sob “vigilância” já que a GSK pode ter interesse em redirecionar a sua atenção para eles, pois tratam-se de clientes que, pelos investimentos de relação efetuados com os mesmos no passado, permitem ter uma força relativa elevada. Por outro lado, temos um conjunto de outros clientes que, continuando a evidenciar níveis de atratividade reduzidos também revelam níveis de força reduzidos, sendo por isso denominados de Accounts de oportunidade, como é o caso das ARS (T) e os Hospitais Privados e Parcerias Publico-Privadas (U).

Ainda assim, no conjunto de clientes transacionais existem clientes que claramente são mais interessantes para a GSK dados os seus níveis mais elevados de atratividade, nomeadamente o Hospital Garcia de Horta (K) e Hospital do Divino Espirito Santo – Ponta Delgada, E.P.E (N), devendo as atenções da GSK estarem mais voltadas para estes em detrimento dos restantes clientes transacionais.

De referir, por último, que o universo dos outros Hospitais Distritais (W) e dos outros Hospitais Centrais (V), que fazem parte dos “20%” de acordo com a Lei de Pareto, como referido anteriormente, fazem com que se encontrem classificados através de um valor médio por tipologia. No caso destas três categorias, os seus baixos níveis de atratividade para a GSK fazem com que sejam claramente clientes transacionais e de oportunidade porque os seus níveis de força relativa tão pouco superam o valor médio e, portanto, são geridos de acordo com uma tipologia de venda transaccional.

3.º Passo - Definição das estratégias de relacionamento

Depois de classificados os clientes e identificados as *Key Accounts* é, agora, necessário definir o tipo de relação que a GSK deverá ter com cada um deles, de acordo com o modelo de classificação de relacionamento de McDonald, Millman e Rogers (1998).

Em primeiro lugar, deve ser referido que, nos clientes estratégicos é necessário uma relação profunda de parceria com continuidade no tempo (*Partnership-KAM*), onde a comunicação

deve fluir entre vários departamentos, inclusive a gestão de topo, para que os objetivos estratégicos do cliente e da GSK sejam alcançados. A atuação da GSK nestes clientes deverá assentar na criação de “valor”, onde os hospitais percebem a sua importância e agem em conformidade. É esperado que se envolva o departamento comercial, departamento médico e áreas funcionais como *market access*, entre outros. Será nestes clientes que idealmente se irão fazer os contratos de longo prazo mais vantajosos, onde serão acordados os preços, definidos os custos e as margens, e onde ambas as partes assentam as suas relações em ética e confiança. De salientar, que não foi selecionada a estratégia de relacionamento *Synergistic-KAM*, uma vez que, as inúmeras especificidades do tipo de clientes que estamos a tratar (Hospitais) e o elevado número de empresas fornecedoras com elevado grau competitivo não permitem uma estratégia deste tipo.

Os clientes identificados como táticos requerem uma relação do tipo *Mid-KAM* exatamente porque necessitam que a GSK desenvolva oportunidades que acrescentem mais-valia ao seu negócio, numa perspetiva de médio-longo prazo. Nestes clientes serão desenvolvidas ações que permitam iniciar e desenvolver projetos partilhados. Suportado pelas suas necessidades, a GSK deverá elaborar um plano de comunicação, por forma a atingir os objetivos definidos para estes clientes. Assim, deverá definir quais as áreas funcionais da Companhia que deseja envolver e com que frequência, recolher informação útil e adaptá-la a cada cliente e identificar os interlocutores para melhor gerir fluxo de informação e agilizar processos.

É fundamental perceber que clientes *Partnership-KAM* e *Mid-KAM* exigem abordagens diferentes na exata medida em que os resultados esperados, por ambas as partes, também são diferentes. Um exemplo claro desta diferença é o caráter temporal, sendo que os clientes *Partnership-KAM* fazem previsões de consumos produtos GSK a três e cinco anos, revendo anualmente os *forecasts*. No caso de clientes *Mid-Kam* as estimativas de consumos são anuais e sujeitas a grande variabilidade, por ausência de relacionamento estratégico e pressão de concorrentes. O nível de comprometimento difere entre estes dois estadios e compete à GSK planear e gerir eficazmente os relacionamentos, por forma a garantir o melhor retorno possível em cada um deles.

No estado *Early-KAM* encontrar-se-ão os clientes transacionais, mas com um nível de atratividade próximo do médio e um nível de força relativa acima do médio ou próximo deste. São clientes onde a comunicação é basicamente efetuada entre *KAManager* e um interlocutor do hospital. Exige-se um bom nível de preparação, na medida em que, nos relacionamentos transacionais as questões levantadas assentam em preço e na medição de nível de força entre

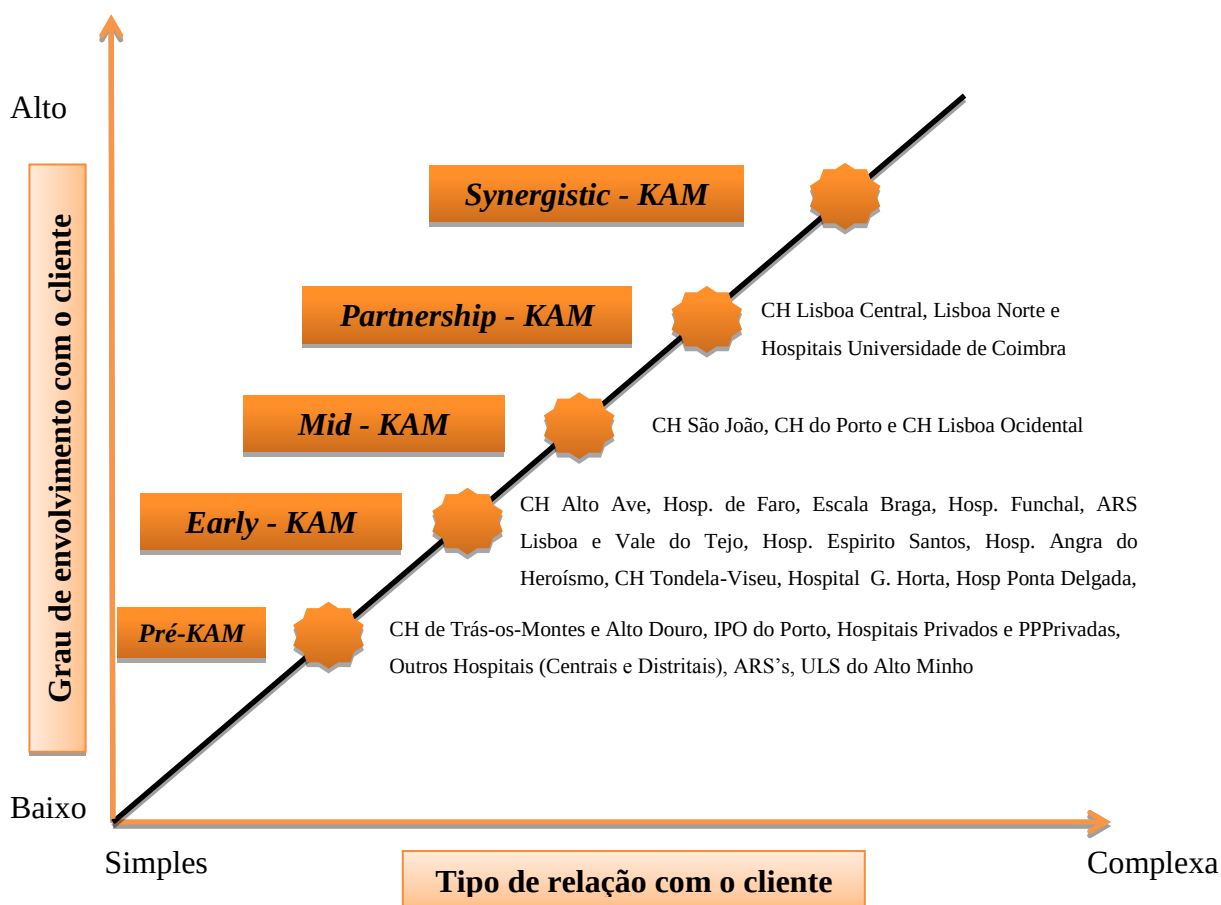
as partes. Interessará sempre à GSK fortalecer relacionamentos, pois só desta forma conseguirá melhores negociações contratuais e perspetivar relações futuras mais próximas. Também existem diferenças entre *Mid-KAM* e *Early-KAM*, ou seja, o estadio *Mid-KAM* já permite e valoriza envolvimento de outras áreas funcionais da GSK, ao contrário de *Early-KAM* que interage apenas com um interlocutor da GSK. São ambos estadios exigentes, mas requerem comportamentos operacionais diferentes.

Os clientes tipicamente transacionais e, ao mesmo tempo, com níveis muito reduzidos de atratividade e força não necessitam de um investimento relacional além do estado *Pré-KAM*.

Neste segmento impõe-se responder a solicitações, ser profissional, competente e mostrar abertura para compromissos futuros. Assentar os relacionamentos numa comunicação clara, sempre suportada por comportamentos éticos.

Desta forma, o resumo do estado relacional atribuído a cada cliente analisado é o seguinte:

Figura 14: Estratégia de relacionamento por cliente GSK, Portugal

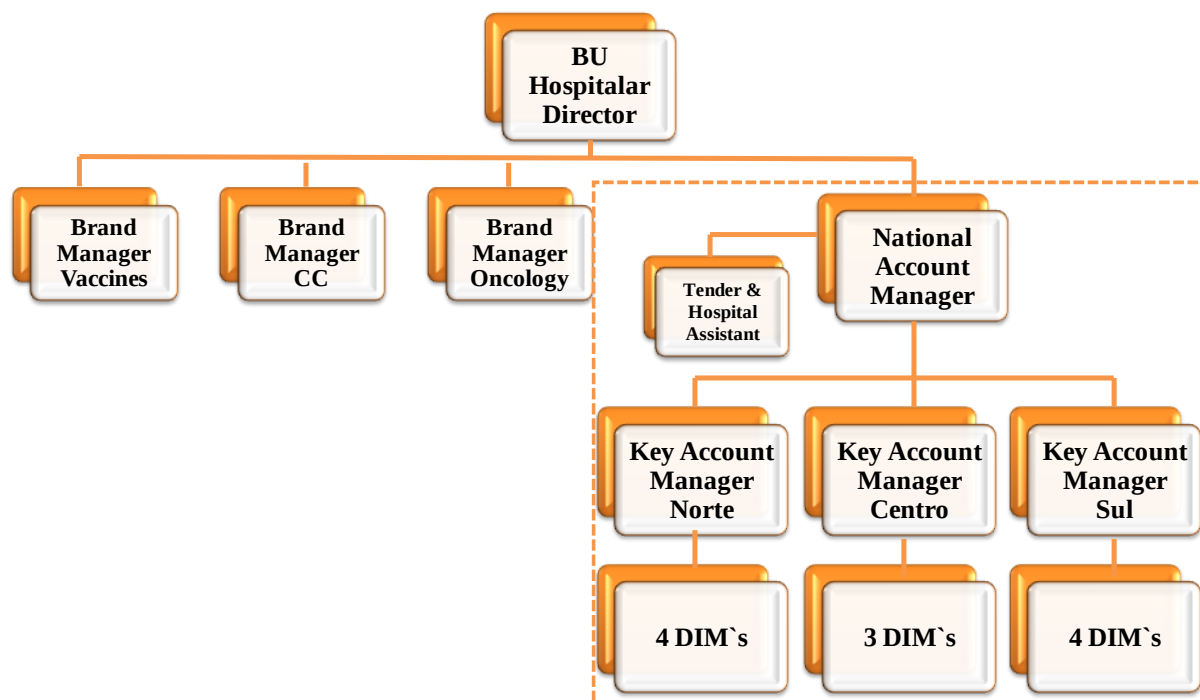


Fonte: Autor

4.º Passo - Definição da estrutura comercial adequada

Com as estratégias de relacionamento já definidas é necessário adaptar da melhor forma os recursos existentes na GSK. A ação “*Listening the Stakeholders*” reflete a necessidade de adaptação às novas exigências do mercado e tal como referido anteriormente, a IF, em particular a GSK, não se adaptou a essas novas necessidades do mercado e a essa nova realidade. Deste modo, os problemas referidos ao longo deste trabalho conduzem imediatamente para uma nova estrutura, em que terminem os conflitos de interesse entre as diferentes estruturas, a empresa se torne mais ágil, com um conhecimento profundo dos seus clientes, em que seja possível criar verdadeiras parcerias com as administrações hospitalares, Comissões de Farmácia Terapêutica e Serviços de Aprovisionamento, em suma com os *stakeholders*. De referir previamente que, a nova estrutura que se propõe de seguida não implica recrutar mais colaboradores para BU Hospitalar, o que se pretende é adaptar a estrutura existente a um modelo mais eficiente, mais operacional. Assim a nova organização da BU Hospitalar passará a ser a que se apresenta na figura 15.

Figura 15: Novo Organograma da BU Hospitalar



Fonte: Autor

A nova estrutura implica a criação da figura de *National Account Manager* (NAM), com *report* direto à Direção da BU Hospitalar.

Desta forma a atividade do *National Account Manager*, passa a dividir-se na supervisão de todas as contas da GSK da BU Hospitalar, gestão da equipa de *KAManagers* e atividades de suporte à Direção da BU. O *NAM* irá delegar tarefas aos *KAManagers*, o que liberta grande parte do seu tempo, podendo centrar-se no acompanhamento da sua equipa, nas questões estratégicas das principais contas e nas atividades de apoio à Direção da BU. A *Tender&Hospital Assistant* ficará com *report* ao *NAM* e suportará ainda processos relacionados com concursos nacionais. Dará suporte administrativo aos futuros *KAManagers*. Irão surgir na estrutura três *KAManagers* que passam a ter responsabilidade de gestão da equipa de *DIM's* que promovem os produtos da BU Hospitalar, e ainda serão responsáveis por visitar os *stakeholders* em cada Hospital atribuído, sendo os responsáveis diretos da gestão dos produtos GSK, nesses Hospitais.

Na GSK os *KAManagers* irão visitar todos os Hospitais, pois pela sua forma de organização atual, embora muitos deles não sejam contas de grande dimensão hoje, poderão vir a ser no futuro e, além disso, é muito importante visitar a figura que detém o real poder de decisão em todos os Hospitais. Aos futuros *KAManagers* será exigida uma visão *KAM360°* explicada detalhadamente no 5.º passo (Definição do perfil de competências *KAManager360°*). Pelo facto de terem agora outras tarefas de gestão de equipa e responsabilidade por todo o plano estratégico dos seus clientes, têm um objetivo de quatro visitas diárias.

Desta forma, ao calcular-se o *workload* (anexos 8 e 9) necessário para o acompanhamento dos *stakeholders* destes 94 Hospitais, assegurado pelos *KAManagers* e 1749 médicos, assegurado pelos *DIM's* conclui-se que são necessários 3 *Key Accounts Managers* e 11 *DIM's*, na nova estrutura. Apesar de nem todos estes 94 hospitais terem sido identificados como *KA's*, foi decidido colocar uma estrutura de *KAManagers* a visitar todos os hospitais. Esta decisão foi motivada pela especificidade deste tipo de clientes, pela estratégia da empresa e por uma das máximas de *KAM* em que clientes que não são *KA's* hoje podem vir a ser no futuro.

Considerando também o cálculo do *workload* por zona (anexo 10) conclui-se que o *NAM* deverá ter, então, a reportar a si um *KAManager* para a zona Norte, um *KAManager* para zona Centro, um *KAManager* para a zona Sul eliminando assim a divisão territorial Sul/Ilhas que acontecia anteriormente nas equipas de *DIM's*. Estes *KAManagers* serão responsáveis por produtos pertencentes à BU Hospitalar.

Os *DIM's* passarão a reportar diretamente aos *KAManagers* e terão como território os hospitais que serão atribuídos aos *KAManagers*, visitando nestes os respetivos médicos correspondentes. Da mesma forma, pelo cálculo do *workload* para cada zona (anexo 11)

verifica-se que ao *KAManager* do Norte deverão reportar quatro DIM's, ao *KAManager* da zona Centro deverão reportar três DIM's, ao *KAManager* do Sul reportarão 4 DIM's. Também nesta nova estrutura foi eliminada a divisão que existia entre Sul e Sul/Ilhas, para melhor uniformização de território.

Em “*Listenning the stakeholders*” a totalidade dos médicos/farmacêuticos consideram importante ou muito importante (58%, 42%, respetivamente, Questionário M/F, pergunta 5) os contatos dos DIM's na informação/apresentação dos produtos. É uma informação crítica para a GSK, manter as equipas de DIM's focadas nos seus principais clientes a promover os produtos inovadores da GSK. Ao propôr-se a alteração de *report* dos DIM's e a introdução da real figura do *KAManager* espera-se desta forma que as equipas passem a funcionar como verdadeiras equipas com interesses comuns e com uma hierarquização assente nas *accounts* em comum.

Assim, os DIM's continuarão a visitar o mesmo painel de médicos (165 médicos A, 1.318 médicos B e 266 médicos C) com a mesma taxa de visita mensal já em vigor na empresa (2x/mês para médicos A, 1x/mês para médicos B e 1x/trimestre para médicos C) e com o mesmo objetivo de sete visitas diárias. Os médicos D deixarão de ser alvo de visita dado o seu fraco potencial.

Esta nova organização permite que as contas sobre a responsabilidade do *KAManager* e da sua equipa tenham um interesse comum no atingimento dos objetivos da empresa e um conhecimento profundo dos clientes, com forte espírito de equipa, criando relações fortes e de vínculo com os seus clientes.

5.º Passo - Definição do perfil de competências do *KAManager* 360º

“*Listenning the Stakeholders*” apresenta dados interessantes para análise. Quando se pretende distinguir o atual *KAManager* face ao DIM, consideram relevante a pertinência da informação (78%) e a celeridade nos processos (67%), no entanto, consideram indiferente a visão de negócio (78%), (pergunta 4.1 – dados agrupados CFT/APROV).

A proposta para esta nova abordagem da função *KAManager* pretende ir para além dos atributos de liderança e competências de gestão em clientes chave. Pretende criar uma função, que sendo fundamentalmente operacional, focada na gestão do cliente, tenha uma visão mais integrada e mais próxima de um pensamento *P&L* (*Profit&Loss*). No fundo, o novo paradigma da indústria farmacêutica, na área hospitalar, está a exigir às áreas comerciais uma

visão 360°, a necessidade de compreender o negócio numa vertente composta entre vendas e rentabilidade das vendas, e não, como até aqui, numa vertente apenas de cumprimento de objetivos de vendas.

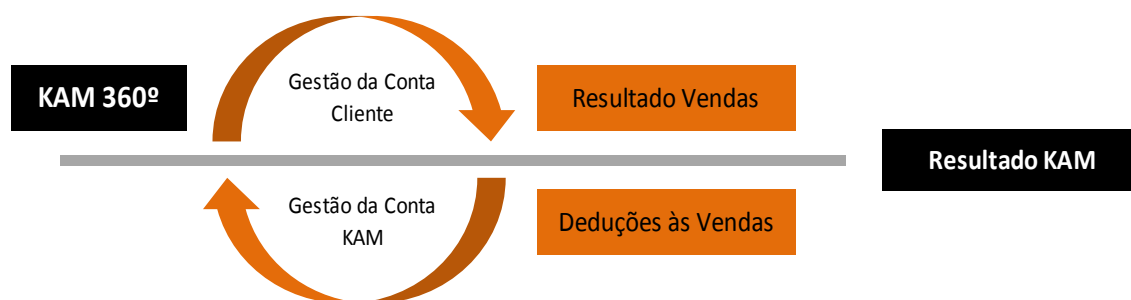
Criar um novo paradigma de competências para função *KAManager* é exigir que esta função esteja totalmente alinhada com as três questões fundamentais que constroem o sucesso de uma empresa:

- ✓ **Onde é que estamos?**
- ✓ **Para onde é que queremos ir?**
- ✓ **Como é que vamos lá chegar?**

Atualmente e nas áreas de negócio mais competitivas da indústria farmacêutica, as duas primeiras questões são já respondidas pelas funções de gestão ligadas às áreas comerciais. No entanto, a terceira questão é muitas vezes negligenciada. Neste novo paradigma da função KAM 360° responder à pergunta – Como é que lá vamos chegar?, é atribuir-lhe competências de gestão financeira.

Assim, o perfil de competências de KAM numa perspetiva 360° apresenta-se da seguinte forma:

Figura 16: Approach KAM 360°



Fonte: Autor

Gestão da Conta Cliente => Forte conhecimento do setor e do mercado onde atua – o canal hospitalar segue regras diferentes dos restantes canais (por exemplo, CFT e Aprovisionamento) com diferentes *stakeholders* e especificidades muito próprias, conforme aferido em “*Listening the Stakeholders*”; capacidade negocial, de influência e persuasão – fechar contratos negociais rentáveis é absolutamente crítico para o sucesso da GSK; capacidade para potenciar estratégias de relacionamento, identificadas anteriormente, a cada conta hospitalar. Os futuros *KAMangers* terão de operar com base nos segmentos apurados,

ou seja, como as necessidades e comportamentos são diferentes, o estudo de cada segmento será crucial para elevar níveis de desempenho. Um exemplo prático: o segmento hospitais centrais dá valor a parcerias estratégicas globais e possuem todas as valências³, enquanto que o segmento hospitais distritais valoriza parcerias por produto e só possui valências intermédias. Significa que o *KAManager* terá de gerir este nível de parceria, não podendo atuar do mesmo modo em ambos os segmentos. Nos hospitais centrais poderá elaborar um contrato negocial abrangendo um portfólio de produtos hospitalares maior, porque a capacidade e necessidade de compra é maior, quanto aos hospitais distritais, como não tem todas as valências e não compram todos os produtos, o contrato negocial será suportado por alguns produtos específicos para aquele segmento. Pretende-se que esta abordagem seja feita a todos os segmentos identificados e convenientemente acompanhada.

Gestão da Conta KAM => gestão dos custos de venda. Refere-se à evolução do *KAManager* no sentido de passar a ter noção e poder operar nos custos da sua própria operação. Neste capítulo da Gestão da conta KAM, ou KAM360°, trabalham-se as *sales deductions* numa primeira fase – G2N (*gross to net*), e numa segunda fase, procurando dentro do OPEX (**O**perational **E**Xpenditure), quais são as principais contas onde a função KAM360° pode operar, ou seja, onde tem responsabilidades de gestão financeira. Entenda-se por OPEX, todas as despesas operacionais, que podem ser, despesas de representação, de congressos, de alojamento, telecomunicações, viaturas, entre outras.

Para uma melhor compreensão desta nova abordagem, a figura 17 ilustra a “*big picture*” da nova estrutura com base nas vendas e resultados do ano 2012.

³ Representa a capacidade que os hospitais têm de responder às mais diversas áreas de intervenção médica, de acordo com as especialidades médicas.

Figura 17: Approach KAM 360° - “Big Picture”

 APPROACH KAM 360°	Zona Sul	Zona Centro	Zona Norte
	(1 KAM + 4 DIM's)	(1 KAM + 3 DIM's)	(1 KAM + 4 DIM's)
	Budget Year	Budget Year	Budget Year
Gross Sales	12.414.552 €	3.927.938 €	6.344.158 €
commercial discount	211.047 €	66.775 €	107.851 €
product rebates	200.000 €	50.000 €	150.000 €
NET Sales	12.003.505 €	3.811.163 €	6.086.307 €
FSE's			
SUBCONTRATOS & LOGISTICA	204.060 €	64.790 €	103.467 €
TRABALHOS ESP CRM	14.545 €	10.909 €	14.545 €
TRABALHOS ESP "Market Data"	36.364 €	27.273 €	36.364 €
TOTAL DE INVESTIMENTOS EM MARKETING	1.440.421 €	457.340 €	730.357 €
PUB-PUBLICIDADE E PROPAGANDA			
PUB-MATERIAL PROMOCIONAL			
PUB-BRINDES			
PUB-SESSOES CLINICAS			
PUB-CONGRESSOS			
PUB-APOIOS TECNICOS CIENTIFICOS			
PUB-REUNIOES CLINICAS-HOSPITALAR			
PUB-LIVROS E DOCUMENTAÇÃO TECNICA			
HONORARIOS	12.000 €	3.000 €	8.000 €
DESPESAS DE REPRESENTAÇÃO CONGRESSOS	25.000 €	12.000 €	20.000 €
ARTIGOS PARA OFERTA			
TOTAL DAS DESPESAS EM EVENTOS	300.000 €	175.000 €	250.000 €
DESLOCAÇÕES E ESTADAS TRANSPORTES			
DESLOCAÇÕES E ESTADAS ESTADIAS			
DESLOCAÇÕES E ESTADAS REFEIÇÕES			
DESLOCAÇÕES E ESTADAS CONGRESSOS			
TOTAL DAS DESPESAS REUNIÃO DE CICLO	9.000 €	9.000 €	9.000 €
DESLOCAÇÕES E ESTADAS PARQUES E PORTAGENS			
DESLOCAÇÕES E ESTADAS REUNIAO CICLO-ESTADAS			
DESLOCAÇÕES E ESTADAS REUNIAO CICLO-REFEIÇÕES			
RENDAS E ALUGUERES ESPAÇOS REUNIÕES			
CONSERVAÇÃO E REPARAÇÃO VIATURAS	2.400 €	1.920 €	2.400 €
RENDAS E ALUGUERES VIATURAS	42.240 €	34.080 €	42.240 €
SEGUROS VIATURAS	1.500 €	1.200 €	1.500 €
COMBUSTIVEIS	34.106 €	27.285 €	34.106 €
COMUNICAÇÃO TELEMÓVEIS	3.000 €	2.400 €	3.000 €
COMUNICAÇÃO INTERNET	1.320 €	1.056 €	1.320 €
Custos Pessoal			
REM.PESS.-REMUNERAÇÃO BASE	162.000 €	132.000 €	162.000 €
REM.PESS.-SUBSÍDIO DE FÉRIAS	13.500 €	11.000 €	13.500 €
REM.PESS.-SUBSÍDIO DE NATAL	13.500 €	11.000 €	13.500 €
REM.PESS. - SUBSÍDIO DE REFEIÇÃO	21.780 €	17.424 €	21.780 €
REM.PESS. - PRÊMIO DE DESEMPENHO	29.640 €	24.540 €	29.640 €
PESSOAL - TAXA SOCIAL ÚNICA	44.415 €	36.190 €	44.415 €
OUTROS FORMAÇÃO/SEMIN.NA EMPRESA			
OUTROS FORMAÇÃO,FORA DA EMPRESA NAC.	4.667 €	4.667 €	4.667 €
OUTROS CUSTOS PESSOAL			
FINANCIAL DISCOUNT/RAPPEL/ADJUSTMENTS STOCKS			
FINANCIAL DISCOUNT	54.016 €	17.150 €	27.388 €
RAPPEL	840.245 €	266.781 €	426.042 €
ADJUSTMENTS STOCKS	24.007 €	7.622 €	12.173 €
TOTAL OPEX	3.333.725 €	1.355.627 €	2.011.403 €
KAM RESULT	72,23%	64,43%	66,95%

Fonte: Autor

Pretende-se que os futuros *KAManagers* tenham uma visão verdadeiramente integrada do negócio, não têm que ser *experts* em gestão financeira, têm sim que perceber que podem afetar positivamente os resultados da GSK. Se por um lado existem rubricas nas quais o *KAManager* não consegue operar (por exemplo, despesas de CRM, suporte de *Market Data*) existem outras em que pode e deve intervir (despesas em eventos, despesas com viaturas; suporte de logística, entre outros). Na análise aos resultados Kam de 2012 conclui-se que a

zona sul tem uma percentagem *Kam Result* superior às outras zonas, significa que deduzidas todas as despesas às vendas, em que a gestão *KAManager* pode intervir, consegue um índice de 72,23%. Este índice correlaciona o peso do OPEX no total das receitas geradas. (Anexo 12). Esta perspetiva colocará os *KAMangers* com uma visão de negócio mais integrada, não só a olhar para as vendas mas também para a sua rentabilidade. Uma das medidas que se propõe para potenciar e implementar esta nova abordagem, será afetar 30% do Plano de Incentivos Anual do *KAManager* a este índice de *KAM Result*. Esta nova abordagem *KAM360°* pretende ainda que os futuros *KAMangers* trabalhem ao nível da gestão de portfólio de produto, ou seja, serão eles os responsáveis por apurar a rentabilidade das vendas produto a produto. Compete-lhes identificar e gerir os produtos com função de *Profit Providers* (geradores de margem) e *Traffic Builders* (geradores de volume) para desta forma apurarem a estratégia mais adequada a cada *account*. Uma vez mais, esta visão integrada de negócio irá permitir não só potenciar as vendas, mas também a sua rentabilidade.

Approach KAM360° será seguramente uma abordagem inovadora no mercado farmacêutico. Estas são sobretudo as competências chave nesta nova abordagem, *Approach KAM360°*, de qualquer forma existem uma série de competências específicas também importantes ao desempenho da função que podem ser lidas no anexo 13.

No que diz respeito às funções que o *KAManager* deverá assumir estas podem dividir-se em 3 grupos: comercial, estratégica e administrativa, e respetivas tarefas, conforme tabela 14.

Tabela 14: Funções de KAM360°

Approach KAM 360° – 55%	
Gestão de conta cliente / Gestão de conta Kam	
* Análise de resultados na perspectiva P&L	
* Análise de vendas	
* Apuramento e controlo resultados no OPEX	
* Elaboração das propostas globais e parcerias estratégicas por hospital	
* Criação de informação promocional com o marketing	
* Reuniões com os principais clientes	
* Negociação de rácios de investimento (projectos de apoio de formação)	
* Negociação Contratual (Product rebates; Financial Discount; Rappel)	
* Aprovação e processamento de acordos de investimento extraordinários da equipa.	
Gestão da equipa (de DIM's) – 30%	
* Acompanhamento individual dos DIM's	
* Actividades de <i>coaching</i>	
* Análise e definição dos objectivos individuais e colectivos dos DIM's	
* Análise e feedback dos relatórios da equipa	
Suporte ao <i>National Account Manager</i> - 15 %	
* Elaboração das estratégias comerciais e diferentes parcerias	
* Definição dos objectivos globais	
* Criação de planos de desenvolvimento de vendas e resultados	

Fonte: Autor

6.º Passo - Definição das formas de recrutamento e selecção

O último, passo da implementação do programa KAM, refere-se ao recrutamento e selecção de profissionais para os cargos e funções de que surgem após a definição da nova estrutura da BU Hospitalar da GSK.

São criadas novas funções em que é necessário fazer uma opção de recrutamento, nomeadamente para o NAM e para os *Key Account Managers*. Dessa forma é necessário aferir as vantagens e desvantagens da fonte de recrutamento a utilizar, conforme indica a tabela 15.

Tabela 15: Vantagens e desvantagens da fonte de recrutamento dos NAM's e KAManagers

FONTE DE RECRUTAMENTO	ONDE RECRUTAR	VANTAGENS E DESVANTAGENS
INTERNA	GSK	Profundo conhecimento do mercado farmacêutico
		Profundo conhecimento do mercado hospitalar
		Motivação adicional de ascensão na carreira
		Rápido recrutamento
		Profundo conhecimento da cultura da empresa
		Forte experiência na liderança de equipas
		Excelente capacidade de análise e decisão
		Na equipa interna pode não existir colaboradores com o perfil adequado para a função desejada
EXTERNA	Executive Search	Skills e competências específicas para a função.
		Know-how na função e conhecimento do mercado
		Maior demora na adaptação à cultura da empresa
		Recrutamento mais lento
		Resistência inicial dos reportes directos

Fonte: Autor

Para estas funções, parece mais vantajoso recrutar internamente, uma vez que através do processo de avaliação de desempenho e planos de desenvolvimento anteriores, existirá colaboradores com talento ajustado às necessidades dos cargos a preencher. Deve-se optar pelos talentos desenvolvidos pela empresa, caso tenham a competência técnica exigida para a função, já que os seus níveis de motivação são superiores e estão muito identificados com a cultura de propriedade da GSK.

Ir recrutar ao exterior, é sempre mais arriscado, pela maior dificuldade de adaptação à cultura da empresa e/ou maior rejeição inicial dos seus colaboradores directos. Por outro lado, a literatura refere, que existe uma maior dificuldade em se adaptarem a formas diferentes de trabalhar, novos métodos e maior grau de incerteza.

Importa, assim, alocar o FLSM já existente ou o KAManager da BU Hospitalar, com potencialidades ou perfil de competências para NAM. Quanto aos três *Key Account Managers*

é importante definir quais podem ocupar esses cargos, através de concurso interno. Pela urgência em termos de tempo, a formação do *NAM* e *Key Account Managers*, será feita inicialmente por uma empresa externa e numa segunda etapa de formação de produtos e estratégia comercial já possa ser implementada internamente pelo departamento de formação da área internacional.

Com vista a otimizar uma das vertentes da Gestão Integrada de Recursos Humanos da GSK, afigura-se crítico o investimento no capital humano da empresa, rentabilizando o *know-how* já existente na companhia e gerindo expectativas e motivações internas, potenciando a progressão de carreira.

Relativamente aos DIM's torna-se necessário proceder a um *downsizing*. De acordo com as necessidades de *workload* apuradas para a nova estrutura, procede-se à eliminação de duas posições (redução do número de DIM's de 13 para 11), sendo que ao abrir duas vagas para *KAManager* deve ser aferido quais os DIM's com potencialidade para a categoria de *KAManager*.

7 - Reflexões e Limitações

Confirmou-se ao longo deste projeto, que a indústria farmacêutica é bastante complexa e tem sido alvo de muitas alterações e constrangimentos nos últimos tempos, decorrentes de todo o panorama em que o país está atualmente.

Neste sentido torna-se fulcral para as empresas, estarem permanentemente atentas aos aspetos que podem melhorar na sua organização, nomeadamente a nível comercial, e estarem dispostas a reorganizar-se, de forma a adaptarem-se constantemente às exigências do mercado onde operam.

Foi com esta convicção que se apresentou o desenvolvimento deste projeto – a proposta de reorganização de uma estrutura comercial, num dos maiores *players* da indústria farmacêutica a operar em Portugal, a GSK. O processo de revisão de literatura concedeu a robustez teórica necessária para suportar uma medida estrutural que impacta não só o departamento comercial, mas também, muitos outros departamentos da GSK. Pretendeu-se dar uma visão integrada, real e atual do mercado farmacêutico, acompanhada de uma visão crítica à Companhia GSK e ao seu modelo comercial atual. No exaustivo diagnóstico situacional, desde o enquadramento internacional, nacional, até ao SNS e ao setor farmacêutico, a análise foi afunilando chegando aos diversos *stakeholders* hospitalares. Foi explicado o papel e importância de cada um deles e procedeu-se a um inovador programa de questionários “*Listening the Stakeholders*”, permitindo aferir a situação atual e as perspetivas futuras destas entidades cruciais para o sucesso da GSK.

As melhores soluções, por vezes, encontram-se dentro de “casa”. Várias questões foram levantadas ao modelo comercial da GSK, o escrutínio dessas questões foi fundamental para propôr uma solução real, ajustada e necessária. Por todos os aspetos descritos ao longo do projeto, a estrutura atual está desajustada das novas necessidades que o mercado impõe, sobretudo, com os *stakeholders* hospitalares. As restrições impostas ao setor, bem como alteração das figuras de decisão nos Hospitais, reforçam a convicção que o modelo de *Key Account Management* será seguramente uma proposta de valor acrescentado. O modelo proposto, assentou num rigoroso planeamento de todos os passos necessários à implementação de um programa KAM, adaptado à GSK. Também aqui foi apresentada uma proposta de “Valor”, com *Approach KAM360°*. Uma visão integrada de negócio, em que os futuros *KAManagers* além de objetivos de vendas, respondem também por resultados de vendas, numa visão mais próxima de *P&L (Profit&Loss)*.

Tendo em conta que algumas das razões encontradas para a implementação de programas KAM por Wengler (2005) são aumentar a orientação do fornecedor para o cliente, melhorar a coordenação interna, segmentar clientes e melhorar a eficiência do processo de tomada de decisão interno, conclui-se que esta é a melhor solução para os *outputs* retirados do diagnóstico situacional feito à GSK.

Quanto a limitações, é de referir que “*Listening the Stakeholders*” não obteve dimensão de amostra suficiente para tratamento inferencial dos dados. O elevado número de centros hospitalares dispersos geograficamente não permitiu cumprir esse propósito, no entanto, a representatividade e peso dos centros hospitalares envolvidos permitiram aferir comportamentos, convicções e tendências cruciais para uma melhor percepção do mercado.

“A Educação e o Ensino são as mais poderosas armas que podes usar para mudar o mundo”

Nelson Mandela

8 - Bibliografia / Netgrafia

Monografias (livros):

Capon, N. (2001), *Key Account Management and Planning: The Comprehensive Handbook for Managing your Company's Most Important Strategic Asset*, Free Press.

Cheverton, P. (1999). *Key Account Management: the route to profitable KEY SUPPLIER STATUS*. London: Kogan Page Limited.

Cheverton, P. (2004), *Key Account Management: A Complete Action Kit of Tools and Techniques for Achieving Profitable Key Supplier Status (Key Account Management: Tools & Techniques for Achieving Profitable)*, Kogan Page Business Books; 3ª edition.

Cheverton, P. (2008), *Key Account Management: Tools and Techniques for Achieving Profitable Key Supplier Status (Key Account Management: Tools & Techniques for Achieving Profitable)*, Kogan Page 4ª edição.

Cheverton, P. (2012), *Key Account Management: Tools and Techniques for Achieving Profitable Key Supplier Status (Key Account Management: Tools & Techniques for Achieving Profitable)*, Kogan Page; Fifth Edition.

Jobber, D. and Lancaster, G. (2009), *Selling and Sales Management*, Prentice Hall 8ª Edition.

McDonald, M. e Rogers B., “*Key Account Management: Learning From Supplier and Customer Perspectives*”, Butterworth-Heinemann, Oxford, 1998

McDonald, M.; Woodburn, D. (2006), *Key Account Management: The Definitive Guide [Paperback]*; Butterworth-Heinemann, 2ª Edition.

McDonald, M., Woodburn, D. (2007), *Key account management : The definitive guide / Malcolm McDonald and Diana Woodburn*. 2nd ed. Oxford: Elsevier.

Rackham, N. (1989), *Major Account Sales Strategy*; McGraw Hill Professional.

Rock, J. (1998), *Key Account Management*; Melbourne: Business & Professional.

Spiro, R., Rich, G., Stanton, W., (2009), *Gestão da Força de Vendas*, 12ª Edição; [McGraw Hill](#).

Wengler, S. (2006), *Key Account Management in Business-to-Business Markets: An Assessment of Its Economic Value*, GABLER Edition Wissenschaft.

Contribuições para trabalho coletivo:

Zolkiewski, J., & Turnbull, P. (2000), “Relationship portfolios – past, present and future”. *Proceedings of 16th IMP Conference*, Universities of Bath and Bristol.

Periódicos científicos:

Abratt, R. and Kelly, P. M. (2002), "Customer-supplier partnerships: Perceptions of a successful key account management program", *Industrial Marketing Management*, vol.31, no. 5, pp. 467-476.

Barrett J. (1986), "Por conta de venda de grandes obras", *Gestão de Marketing Industrial*, vol. 15, 63-73.

Broekhof, M. 2002. Transparency in the Pharmaceutical Industry: A Cost Accounting Approach to the Prices of Drugs. *Community Research Center Economics*, University of Groningen, 68 pages.

Doran, G. T. (1981) "There's a S.M.A.R.T. way to write management's goals and objectives." *Management Review*, Nov 1981, Volume 70 Issue 11.

Dwyer, FR & Tanner, JF (2001). *Business Marketing*. New York: The McGraw-Hill Companies, Inc.

Gadelha, Quental & Fialho, "Saúde e inovação: uma abordagem sistêmica das indústrias da saúde", *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 19(1):47-59, Jan-Fev, 2003

Homburg, C., Workman, J. P. and Jensen, O. (2002), "A Configurational Perspective on Key Account Management," *Journal of Marketing*, 66 (April), 38-60.

Ivens, B.S.; Pardo, C. (2008a): Are key account relationships different? Empirical results on supplier strategies and customer reactions, in: *Industrial Marketing Management*, 36. Jg., Nr. 4, S. 470-482.

Maister, D. (1999), "Key Account Management", *The CPA Journal*, March, pp. 62-64.

McDonald, M., Millman, A. and Rogers, B. (1996), "Key account management: Learning from supplier and customer perspectives", *Cranfield School of Management Research Report*, Cranfield University.

Millman, T.F. and Wilson, K.J. (1995), "From key account selling to key account management", *Journal of Marketing Practice*, Vol. 1 No. 1, pp. 8-21.

Millman, T.F. and Wilson, K.J. (1996), "Developing key account management competences", *Journal of Marketing Practice: Applied Marketing Science*, vol. 2.

Natti, S. e Pali, T. (2011), Key Account Management in Business-to-business Expert Organizations: an exploratory study of the implementacion process, *The Service Industries Journal*, Vol.1, pp. 1-16

Ojasalo, J. (2001). Key account management at company and individual levels in business-to-business relationships. *Journal of Business & Industrial Marketing*, Vol. 16(No. 3),199-218.

Pardo, C., Henneberg, S. C., Mouzas, S., & Naudé, P. (2006), “Unpicking the Meaning of Value in Key Account Management”, *European Journal of Marketing*, 40 (11/12), 1360-1374.

Piercy, N.F. and Lane, N. (2006), The underlying vulnerabilities in Key Account Management strategies, *European Management Journal*, Vol.24,Nos 2-3, pp.151-162.

Porter, M. E. (1986), “Changing Patterns of International Competition”, *California Management Review*, Vol. 28, No. 2, pp. 9-40.

Ryals, L. (2007), Key Account Planning: Benefits, Barriers and Best Practice, *Journal of Strategic Marketing*, Vol. 15, No. 2-3, pp. 209-222.

Shapiro, B., Rangan, V., Moriarty, R. and Ross, E. (1987), “Manage customers for profits (not just sales)”, *Harvard Business Review*, Vol. 65, September-October, pp. 101-108.

Wengler, S.; Ehret, M. e Saab, S. (2005), “Implementation of Key Account Management: Who, why, and how? An exploratory study on the current implementation of Key Account Management programs, *Industrial Marketing Management*”, Vol.35.

Wengler, S. (2007), The Appropriateness of the Key Account Management Organization, *JBM*, Vol.1 pp. 253-272

Workman Jr, JP, Homburg, C., & Jensen, O. (2003). Intraorganizational Determinants of Key Account Management Effectiveness. *Journal of the Academy of Marketing Science*, Vol.31(No. 1), 3-21.

Working papers:

Shapiro, B. P. (1988) Close Encounters of the Four Kinds: Managing Customers in a Rapidly Changing Environment, (*Harvard Business School Working Paper* No. 9-589-015), Harvard Business School, Boston.

Netgrafia

- **Apifarma:** <http://www.apifarma.pt>
- **Banco de Portugal:** <http://www.bportugal.pt>
- **Ecorys:** <http://www.ecorys.com/news/ecorys-report-competitiveness-eu-market-industry-pharmaceuticals-published-ec>
- **Deloitte:** [http://www.deloitte.com/assets/DcomPortugal/Local%20Assets/Documents/P_SLSHC/pt\(pt\)_lshc_saudeemanalise_04022011.pdf](http://www.deloitte.com/assets/DcomPortugal/Local%20Assets/Documents/P_SLSHC/pt(pt)_lshc_saudeemanalise_04022011.pdf)
- **MoU:** http://ec.europa.eu/economy_finance/eu_borrower/mou/2011-05-18-mou-portugal_en.pdf
- **OECD:** <http://stats.oecd.org/>
- **Portal da Saúde:**
<http://www.portaldasaude.pt/portal/conteudos/a+saude+em+portugal/ministerio/servicos/arquivo/sns.htm>

Anexo 1a: Vendas em valor (€) por hospital ,2010-2012, BU Hospitalar

HOSPITAIS GSK	2010	2011	Var %	2012	Var %
CENTRO HOSPITALAR LISBOA CENTRAL, E.P.E	2.628.013	2.824.282	7%	2.841.656	1%
CENTRO HOSPITALAR LISBOA NORTE, E.P.E	2.329.654	2.426.867	4%	2.372.318	-2%
HOSPITAIS DA UNIVERSIDADE DE COIMBRA, E.P.E	1.822.957	1.841.991	1%	2.134.349	16%
CENTRO HOSPITALAR DE SAO JOAO, E.P.E	1.383.559	1.464.283	6%	1.675.735	14%
CENTRO HOSPITALAR DO PORTO, E.P.E	1.350.619	1.300.857	-4%	1.264.592	-3%
CENTRO HOSPITALAR LISBOA OCIDENTAL, E.P.E	1.020.490	1.028.869	1%	1.202.822	17%
CENTRO HOSPITALAR ALTO AVE, E.P.E	861.777	880.730	2%	948.026	8%
HOSPITAL DE FARO, E.P.E	797.698	811.755	2%	883.721	9%
HOSPITAL CRUZ DE CARVALHO-FUNCHAL, E.P.E.R.	550.823	674.697	22%	872.906	29%
CENTRO HOSPITALAR VILA NOVA GAIA/ESPINHO, E.P.E	565.785	470.633	-17%	736.672	57%
HOSPITAL DE GARCIA DE ORTA, E.P.E	716.146	656.599	-8%	687.105	5%
ESCALA BRAGA - SOCIEDADE GESTORA DO ESTABELECIMENTO, S.A.	383.880	399.696	4%	479.805	20%
HOSPITAL DE SANTO ESPIRITO, ANGRA DO HEROISMO, E.P.E.R.	252.492	419.178	66%	446.326	6%
HOSPITAL DO DIVINO ESPIRITO SANTO DE PONTA DELGADA, E.P.E	266.786	323.447	21%	336.344	4%
HOSPITAL DO ESPIRITO SANTO, E.P.E	301.543	296.427	-2%	328.363	11%
CENTRO HOSPITALAR TONDELA-VISEU, E.P.E	230.892	271.455	18%	316.615	17%
IPO - PORTO, FRANCISCO GENTIL, E.P.E	250.437	185.085	-26%	259.451	40%
UNIDADE LOCAL DE SAUDE DO ALTO MINHO, E.P.E	294.344	292.096	-1%	258.588	-11%
CENTRO HOSPITALAR TRAS-OS-MONTES ALTO DOURO, E.P.E	412.297	376.267	-9%	244.413	-35%
ARS LX VALE TEJO SRS LISBOA	276.117	284.528	3%	241.512	-15%
CENTRO HOSPITALAR MEDIO TEJO, E.P.E	168.383	191.095	13%	235.417	23%
HOSPITAL DISTRITAL SANTAREM, E.P.E	157.111	165.643	5%	223.889	35%
IPO - LISBOA, FRANCISCO GENTIL, E.P.E	231.129	186.185	-19%	213.986	15%
CENTRO HOSPITALAR DE ENTRE O DOURO E VOUGA, E.P.E	147.731	172.656	17%	185.462	7%
HOSPITAL INFANTE D PEDRO, E.P.E	166.999	185.848	11%	184.154	-1%
CENTRO HOSPITALAR DE LEBRIA-POMBAL, E.P.E (HSA)	111.827	157.763	41%	180.995	15%
UNIDADE LOCAL DE SAUDE DE CASTELO BRANCO, EPE	106.349	94.082	-12%	179.612	91%
CENTRO HOSPITALAR SETUBAL, E.P.E	187.515	180.691	-4%	176.829	-2%
CENTRO HOSPITALAR COVA DA BEIRA, E.P.E	125.169	113.190	-10%	170.458	51%
HOSPITAL PROFESSOR DOUTOR FERNANDO DA FONSECA, EPE	51.511	105.773	105%	167.344	58%
CENTRO HOSPITALAR BARLAV ALGARVIO, E.P.E	134.165	134.533	0%	155.108	15%
UNIDADE LOCAL DE SAUDE DA GUARDA, E.P.E	174.521	152.564	-13%	149.214	-2%
CENTRO HOSPITALAR TAMEGA E SOUSA, E.P.E	104.464	125.483	20%	148.104	18%
UNIDADE LOCAL S MATOSINHOS, E.P.E	184.515	103.242	-44%	146.769	42%
CENTRO HOSPITALAR BARRERO MONTIJO, E.P.E	132.411	152.244	15%	139.299	-9%
HOSPITAL DA CUF DESCOBERTAS, SA	58.513	91.536	56%	131.275	43%
ARS NORTE SRS PORTO	95.429	166.774	75%	110.786	-34%
CENTRO HOSPITALAR DO OESTE NORTE - CALDAS RAINHA	131.750	126.258	-4%	109.534	-13%
HPP HOSPITAL DE CASCAIS, DR JOSE DE ALMEIDA	34.202	57.629	68%	84.575	47%
UNIDADE LOCAL DE SAUDE DO NORTE ALENTEJANO, E.P.E	51.217	81.393	59%	84.009	3%
HOSP DO LITORAL ALENTEJANO, E.P.E	47.453	53.114	12%	83.073	56%
HOSPITAL PRIVADO PORTUGAL-HPP NORTE, S.A	76.379	83.374	9%	81.247	-3%
UNIDADE LOCAL DE SAUDE DO BAIXO ALENTEJO, E.P.E	84.790	65.630	-23%	78.601	20%
UNIDADE LOCAL DE SAUDE DO NORDESTE, E.P.E	112.827	121.400	8%	70.352	-42%
CENTRO HOSPITALAR MEDIO AVE, E.P.E	57.033	64.337	13%	66.738	4%
CVP-SOC GESTAO HOSP AR, SA	86.942	44.198	-49%	56.769	28%
HOSPITAL DA LUZ, S.A.	40.307	49.829	24%	55.267	11%

Fonte: Dados internos GSK, Autor

Anexo 1b: Vendas em valor (€) por hospital ,2010-2012, BU Hospitalar

HOSPITAIS GSK	2010	2011	Var %	2012	Var %
HPP LUSIADAS, S.A	29.019	37.806	30%	52.962	40%
CENTRO HOSPITALAR TORRES VEDRAS	35.856	41.928	17%	46.699	11%
HOSP SANTA MARIA MAIOR,E.P.E	43.025	49.661	15%	44.595	-10%
HOSP DISTRIAL FIGUEIRA FOZ,E.P.E	31.348	29.463	-6%	40.298	37%
ARS ALGARVE, I.P.	1.244	16.220		28.122	73%
HOSPITAL DE SANTA MARIA (PORTO)	11.114	20.234	82%	27.748	37%
ARS CENTRO-SUB R S COIMBRA	9.571	46.738	388%	22.954	-51%
HOSPITAL DA PRELADA	9.011	27.072	200%	22.197	-18%
HOSPITAL DO S A M S	48.642	39.883	-18%	20.506	-49%
CLISA-CLIN DE S ANTONIO,LDA	21.403	20.281	-5%	20.341	0%
ARS NORTE SRS BRAGA	23.770	19.694	-17%	18.689	-5%
IPO - COIMBRA,FRANCISCO GENTIL,E.P.E	11.289	14.421	28%	15.047	4%
CASA DE SAUDE DA BOAVISTA	9.739	16.774	72%	14.484	-14%
HOSPITAL DA CUF INFANTE SANTO, SA	7.465	8.367	12%	12.957	55%
CENTRO HOSPITALAR P VARZIM/ V CONDE, E.P.E	3.865	10.010	159%	11.621	16%
ESCALA VILA FRANCA-SOC. GEST. DO ESTABELECIMENTO, S.A.	23.273	11.859	-49%	10.363	-13%
ARS ALENTEJO SRS EVORA	1.000	30.720		9.885	-68%
CLIN TODOS OS SANTOS LDA	2.675	1.705	-36%	9.587	462%
HOSPITAL DA ARRABIDA-GAIA S A	5.802	8.824	52%	8.171	-7%
HOSPOR-HOSPITAIS PORTUGUESES	1.466	5.574	280%	7.211	29%
HOSPITAL PARTICULAR LISBOA	15.190	4.408	-71%	5.652	28%
ARS DO NORTE SR VILA REAL	12.119	6.253	-48%	5.616	-10%
CASA SAUDE S. FILOMENA	1.812	324	-82%	5.314	
BRITISH HOSPITAL LISBON XXI,SA	1.357	1.154	-15%	4.687	306%
HOSPITAL PARTICULAR ALGARVE	1.336	939	-30%	3.931	319%
HOSPITAL DA TROFA	2.518	-682		3.129	-559%
CASA DE SAUDE DE GUIMARAES, S.A.	1.000	0		2.750	
CENTRO HOSP S FRANCISCO S A	1.000	954	-5%	2.556	168%
INSTITUTO SAO JOAO DE DEUS	2.273	1.427	-37%	1.837	29%
HPP ALGARVE, S.A.	3.971	2.849	-28%	1.565	-45%
VEN ORD TERC S FRANC CIDADE	4.788	664	-86%	1.534	131%
HOSPITAL CUF PORTO, S.A.	1.000	0		1.533	
INST IRMA HSCJ CL PSIQ S JOSE	2.077	780	-62%	719	-8%
MONTEPIO RAINHA D LEONOR, IPSS	2.176	115	-95%	694	502%
VEN ORD T S FRANCISCO (HOSP)	1.198	805	-33%	511	-37%
ARS CENTRO SRS AVEIRO	12.992	0			
ARS CENTRO SRS CASTELO BRANCO	2.898	0			
ARS CENTRO SRS LERIA	3.846	290	-92%		-100%
ARS CENTRO SRS VISEU	7.278	0			
ARS LX TEJO SRS SETUBAL	38.407	0			
ARS LX V TEJO SR SANTAREM	19.975	0			
ARS NORTE SRS BRAGANCA	1.000	2.070	107%		-100%
SOC FRANC BIENFAI (H ST LOUIS)	3.689	0			
VEN IRMAND N SRA DA LAPA	1.000	1.289	29%		-100%
VEN ORDEM TERC N S CARMO	3.145	786	-75%		-100%
VEN IRMAN N S TERÇO CARIDADE	1.033	636	-38%		-100%
HOSPITAL CANDIDO FIGUEIREDO	2.681	0			
TOTAL	20.239.288	20.938.505	3%	22.686.648	8%

Fonte: dados internos GSK, Autor

Anexo 2 : Listagem de Hospitais visitados e respetivas zonas, BU Hospitalar

Hospitais			
Sul	CENTRO HOSPITALAR LISBOA CENTRAL, E.P.E.	Sul	HPP LUSIADAS, S.A
Sul	CENTRO HOSPITALAR LISBOA NORTE, E.P.E.	Sul	CENTRO HOSPITALAR TORRES VEDRAS
Centro	HOSPITAIS DA UNIVERSIDADE DE COIMBRA, E.P.E.	Norte	HOSP SANTA MARIA MAIOR, E.P.E.
Norte	CENTRO HOSPITALAR DE SAO JOAO, E.P.E.	Centro	HOSP DISTRIAL FIGUEIRA FOZ, E.P.E.
Norte	CENTRO HOSPITALAR DO PORTO, E.P.E.	Sul e Ilhas	ARS ALGARVE, I.P.
Sul e Ilhas	CENTRO HOSPITALAR LISBOA OCIDENTAL, E.P.E.	Norte	HOSPITAL DE SANTA MARIA (PORTO)
Norte	CENTRO HOSPITALAR ALTO AVE, E.P.E.	Centro	ARS CENTRO-SUB R S COIMBRA
Sul e Ilhas	HOSPITAL DE FARO, E.P.E.	Norte	HOSPITAL DA PRELADA
Sul e Ilhas	HOSPITAL CRUZ DE CARVALHO-FUNCHAL, E.P.E.R.	Sul	HOSPITAL DO S A M S
Sul	ARS LX VALE TEJO SRS LISBOA	Sul	CLISA-CLIN DE S ANTONIO, LDA
Sul e Ilhas	HOSPITAL DE GARCIA DE ORTA, E.P.E.	Norte	ARS NORTE SRS BRAGA
Norte	ESCALA BRAGA - SOCIEDADE GESTORA DO ESTABELECIMENTO, S.A.	Centro	IPO - COIMBRA, FRANCISCO GENTIL, E.P.E.
Sul e Ilhas	HOSPITAL DE SANTO ESPIRITO, ANGRA DO HEROISMO, E.P.E.R.	Norte	CASA DE SAUDE DA BOAVISTA
Sul e Ilhas	HOSPITAL DO DIVINO ESPIRITO SANTO DE PONTA DELGADA, E.P.E.	Sul	HOSPITAL DA CUF INFANTE SANTO, SA
Sul e Ilhas	HOSPITAL DO ESPIRITO SANTO, E.P.E.	Norte	CENTRO HOSPITALAR P VARZIM / V CONDE, E.P.E.
Centro	CENTRO HOSPITALAR TONDELA-VISEU, E.P.E.	Sul	ESCALA VILA FRANCA-SOC. GEST. DO ESTABELECIMENTO, S.A.
Norte	IPO - PORTO, FRANCISCO GENTIL, E.P.E.	Sul e Ilhas	ARS ALENTEJO SRS EVORA
Norte	UNIDADE LOCAL DE SAUDE DO ALTO MINHO, E.P.E.	Sul	CLIN TODOS OS SANTOS LDA
Norte	CENTRO HOSPITALAR TRAS-OS-MONTES ALTO DOURO, E.P.E.	Norte	HOSPITAL DA ARRABIDA-GAIA S A
Norte	CENTRO HOSPITALAR VILA NOVA GAIA/ESPINHO, E.P.E.	Sul e Ilhas	HOSPOR-HOSPITAIS PORTUGUESES
Centro	CENTRO HOSPITALAR MEDIO TEJO, E.P.E.	Sul	HOSPITAL PARTICULAR LISBOA
Sul	HOSPITAL DISTRIAL SANTAREM, E.P.E.	Norte	ARS DO NORTE SR VILA REAL
Sul	IPO - LISBOA, FRANCISCO GENTIL, E.P.E.	Centro	CASA SAUDE S FILOMENA
Norte	CENTRO HOSPITALAR DE ENTRE O DOURO E VOUGA, E.P.E.	Sul	BRITISH HOSPITAL LISBON XXI, SA
Centro	HOSPITAL INFANTE D PEDRO, E.P.E.	Sul e Ilhas	HOSPITAL PARTICULAR ALGARVE
Centro	CENTRO HOSPITALAR DE LEIRIA-POMBAL, E.P.E. (HSA)	Norte	HOSPITAL DA TROFA
Centro	UNIDADE LOCAL DE SAUDE DE CASTELO BRANCO, EPE	Norte	CASA DE SAUDE DE GUIMARAES, S.A.
Sul e Ilhas	CENTRO HOSPITALAR SETUBAL, E.P.E.	Centro	CENTRO HOSP S FRANCISCO S A
Centro	CENTRO HOSPITALAR COVA DA BEIRA, E.P.E.	Sul	INSTITUTO SAO JOAO DE DEUS
Sul	HOSPITAL PROFESSOR DOUTOR FERNANDO DA FONSECA, EPE	Sul e Ilhas	HPP ALGARVE, S.A.
Sul e Ilhas	CENTRO HOSPITALAR BARLAV ALGARVIO, E.P.E.	Norte	VEN ORD TERC S FRANC CIDADE
Centro	UNIDADE LOCAL DE SAUDE DA GUARDA, E.P.E.	Norte	HOSPITAL CUF PORTO, S.A.
Norte	CENTRO HOSPITALAR TAMEGA E SOUSA, E.P.E.	Sul	INST IRMA HSCJ CL PSIQ S JOSE
Norte	UNIDADE LOCAL S MATOSINHOS, E.P.E.	Centro	MONTEPIO RAINHA D LEONOR, IPSS
Sul e Ilhas	CENTRO HOSPITALAR BARREIRO MONTIJO, E.P.E.	Norte	VEN ORD T S FRANCISCO (HOSP)
Sul	HOSPITAL DA CUF DESCOBERTAS, SA	Centro	ARS CENTRO SRS AVEIRO
Norte	ARS NORTE SRS PORTO	Centro	ARS CENTRO SRS CASTELO BRANCO
Centro	CENTRO HOSPITALAR DO OESTE NORTE - CALDAS RAINHA	Centro	ARS CENTRO SRS LEIRIA
Sul	HPP HOSPITAL DE CASCAIS, DR JOSE DE ALMEIDA	Centro	ARS CENTRO SRS VISEU
Centro	UNIDADE LOCAL DE SAUDE DO NORTE ALENTEJANO, E.P.E.	Sul e Ilhas	ARS LX TEJO SRS SETUBAL
Sul e Ilhas	HOSP DO LITORAL ALENTEJANO, E.P.E.	Sul	ARS LX V TEJO SR SANTAREM
Norte	HOSPITAL PRIVADO PORTUGAL-HPP NORTE, S.A	Norte	ARS NORTE SRS BRAGANCA
Sul e Ilhas	UNIDADE LOCAL DE SAUDE DO BAIXO ALENTEJO, E.P.E.	Sul	SOC FRANC BIENFAI (H ST LOUIS)
Norte	UNIDADE LOCAL DE SAUDE DO NORDESTE, E.P.E	Sul	VEN IRMAND N SRA DA LAPA
Norte	CENTRO HOSPITALAR MEDIO AVE, E.P.E.	Norte	VEN ORDEM TERC N S CARMO
Sul	CVP-SOC GESTAO HOSP AR, SA	Norte	VEN IRMAN N S TERÇO CARIDADE
Sul	HOSPITAL DA LUZ, S.A.	Norte	HOSPITAL CANDIDO FIGUEIREDO

Fonte: dados internos GSK

Anexo 3a: Listagem de avaliação de parâmetros por Hospital

HOSPITAIS	Possui todas as valências?	Tem área de investigação científica	Que tipo de parceria com as empresas é privilegiada	Tipo de Hospital
CENTRO HOSPITALAR LISBOA CENTRAL, E.P.E.	SIM	SIM	GLOBAL	PÚBLICO
CENTRO HOSPITALAR LISBOA NORTE, E.P.E.	SIM	SIM	GLOBAL	PÚBLICO
HOSPITAIS DA UNIVERSIDADE DE COIMBRA, E.P.E.	SIM	SIM	GLOBAL	PÚBLICO
CENTRO HOSPITALAR DE SAO JOAO, E.P.E.	SIM	SIM	GLOBAL	PÚBLICO
CENTRO HOSPITALAR DO PORTO, E.P.E.	SIM	SIM	GLOBAL	PÚBLICO
CENTRO HOSPITALAR LISBOA OCIDENTAL, E.P.E.	SIM	SIM	GLOBAL	PÚBLICO
CENTRO HOSPITALAR ALTO AVE, E.P.E.	NÃO	NÃO	POR PRODUTO	PÚBLICO
HOSPITAL DE FARO, E.P.E.	NÃO	NÃO	POR PRODUTO	PÚBLICO
HOSPITAL CRUZ DE CARVALHO-FUNCHAL, E.P.E.R.	NÃO	NÃO	POR PRODUTO	PÚBLICO
ARS LX VALE TEJO SRS LISBOA	NÃO	NÃO	NENHUMA	ARS
HOSPITAL DE GARCIA DE ORTA, E.P.E.	NÃO	NÃO	POR PRODUTO	PÚBLICO
ESCALA BRAGA - SOCIEDADE GESTORA DO ESTABELECIMENTO, S.A.	NÃO	NÃO	NENHUMA	PÚB-PRIVADO
HOSPITAL DE SANTO ESPIRITO, ANGRA DO HEROISMO, E.P.E.R.	NÃO	NÃO	POR PRODUTO	PÚBLICO
HOSPITAL DO DIVINO ESPIRITO SANTO DE PONTA DELGADA, E.P.E.	NÃO	NÃO	POR PRODUTO	PÚBLICO
HOSPITAL DO ESPIRITO SANTO, E.P.E.	NÃO	NÃO	POR PRODUTO	PÚBLICO
CENTRO HOSPITALAR TONDELA-VISEU, E.P.E.	NÃO	NÃO	POR PRODUTO	PÚBLICO
IPO - PORTO, FRANCISCO GENTIL, E.P.E.	SIM	SIM	GLOBAL	PÚBLICO
UNIDADE LOCAL DE SAUDE DO ALTO MINHO, E.P.E.	NÃO	NÃO	POR PRODUTO	PÚBLICO
CENTRO HOSPITALAR TRAS-OS-MONTES ALTO DOURO, E.P.E.	NÃO	NÃO	POR PRODUTO	PÚBLICO
CENTRO HOSPITALAR VILA NOVA GAIA/ESPINHO, E.P.E.	SIM	SIM	GLOBAL	PÚBLICO
CENTRO HOSPITALAR MEDIO TEJO, E.P.E.	NÃO	NÃO	POR PRODUTO	PÚBLICO
HOSPITAL DISTRITAL SANTAREM, E.P.E.	NÃO	NÃO	POR PRODUTO	PÚBLICO
IPO - LISBOA, FRANCISCO GENTIL, E.P.E.	SIM	SIM	GLOBAL	PÚBLICO
CENTRO HOSPITALAR DE ENTRE O DOURO E VOUGA, E.P.E.	NÃO	NÃO	POR PRODUTO	PÚBLICO
HOSPITAL INFANTE D PEDRO, E.P.E.	NÃO	NÃO	POR PRODUTO	PÚBLICO
CENTRO HOSPITALAR DE LEIRIA-POMBAL, E.P.E. (HSA)	NÃO	NÃO	POR PRODUTO	PÚBLICO
UNIDADE LOCAL DE SAUDE DE CASTELO BRANCO, EPE	NÃO	NÃO	POR PRODUTO	PÚBLICO
CENTRO HOSPITALAR SETUBAL, E.P.E.	NÃO	NÃO	POR PRODUTO	PÚBLICO
CENTRO HOSPITALAR COVA DA BEIRA, E.P.E.	NÃO	NÃO	POR PRODUTO	PÚBLICO
HOSPITAL PROFESSOR DOUTOR FERNANDO DA FONSECA, EPE	SIM	SIM	GLOBAL	PÚBLICO
CENTRO HOSPITALAR BARLAV ALGARVIO, E.P.E.	NÃO	NÃO	POR PRODUTO	PÚBLICO
UNIDADE LOCAL DE SAUDE DA GUARDA, E.P.E.	NÃO	NÃO	POR PRODUTO	PÚBLICO
CENTRO HOSPITALAR TAMEGA E SOUSA, E.P.E.	NÃO	NÃO	POR PRODUTO	PÚBLICO
UNIDADE LOCAL S MATOSINHOS, E.P.E.	NÃO	NÃO	POR PRODUTO	PÚBLICO
CENTRO HOSPITALAR BARREIRO MONTIJO, E.P.E.	NÃO	NÃO	POR PRODUTO	PÚBLICO
HOSPITAL DA CUF DESCOBERTAS, SA	NÃO	NÃO	NENHUMA	PRIVADO
ARS NORTE SRS PORTO	NÃO	NÃO	NENHUMA	ARS
CENTRO HOSPITALAR DO OESTE NORTE - CALDAS RAINHA	NÃO	NÃO	POR PRODUTO	PÚBLICO
HPP HOSPITAL DE CASCAIS, DR JOSE DE ALMEIDA	NÃO	NÃO	NENHUMA	PÚB-PRIVADO
UNIDADE LOCAL DE SAUDE DO NORTE ALENTEJANO, E.P.E.	NÃO	NÃO	POR PRODUTO	PÚBLICO
HOSP DO LITORAL ALENTEJANO, E.P.E.	NÃO	NÃO	POR PRODUTO	PÚBLICO
HOSPITAL PRIVADO PORTUGAL-HPP NORTE, S.A	NÃO	NÃO	NENHUMA	PRIVADO
UNIDADE LOCAL DE SAUDE DO BAIXO ALENTEJO, E.P.E.	NÃO	NÃO	POR PRODUTO	PÚBLICO
UNIDADE LOCAL DE SAUDE DO NORDESTE, E.P.E	NÃO	NÃO	POR PRODUTO	PÚBLICO
CENTRO HOSPITALAR MEDIO AVE, E.P.E.	NÃO	NÃO	POR PRODUTO	PÚBLICO
CVP-SOC GESTAO HOSP AR, SA	NÃO	NÃO	NENHUMA	PRIVADO

Fonte: Autor e dados internos GSK

Anexo 3b: Listagem de avaliação de parâmetros por Hospital

HOSPITAIS	Possui todas as valências?	Tem área de investigação científica	Que tipo de parceria com as empresas é privilegiada	Tipo de Hospital
HOSPITAL DA LUZ, S.A.	NÃO	NÃO	NENHUMA	PRIVADO
HPP LUSIADAS, S.A	NÃO	NÃO	NENHUMA	PRIVADO
CENTRO HOSPITALAR TORRES VEDRAS	NÃO	NÃO	POR PRODUTO	PÚBLICO
HOSP SANTA MARIA MAIOR, E.P.E.	NÃO	NÃO	POR PRODUTO	PÚBLICO
HOSP DISTRIAL FIGUEIRA FOZ, E.P.E.	NÃO	NÃO	POR PRODUTO	PÚBLICO
ARS ALGARVE, I.P.	NÃO	NÃO	NENHUMA	ARS
HOSPITAL DE SANTA MARIA (PORTO)	NÃO	NÃO	NENHUMA	PRIVADO
ARS CENTRO-SUB R S COIMBRA	NÃO	NÃO	NENHUMA	ARS
HOSPITAL DA PRELADA	NÃO	NÃO	NENHUMA	PRIVADO
HOSPITAL DO S A M S	NÃO	NÃO	NENHUMA	PRIVADO
CLISA-CLIN DE S ANTONIO, LDA	NÃO	NÃO	NENHUMA	PRIVADO
ARS NORTE SRS BRAGA	NÃO	NÃO	NENHUMA	ARS
IPO - COIMBRA, FRANCISCO GENTIL, E.P.E.	SIM	SIM	GLOBAL	PÚBLICO
CASA DE SAUDE DA BOAVISTA	NÃO	NÃO	NENHUMA	PRIVADO
HOSPITAL DA CUF INFANTE SANTO, SA	NÃO	NÃO	NENHUMA	PRIVADO
CENTRO HOSPITALAR P VARZIM / V CONDE, E.P.E.	NÃO	NÃO	POR PRODUTO	PÚBLICO
ESCALA VILA FRANCA-SOC. GEST. DO ESTABELECIMENTO, S.A.	NÃO	NÃO	NENHUMA	PÚB-PRIVADO
ARS ALENTEJO SRS EVORA	NÃO	NÃO	NENHUMA	ARS
CLIN TODOS OS SANTOS LDA	NÃO	NÃO	NENHUMA	PRIVADO
HOSPITAL DA ARRABIDA-GAIA S A	NÃO	NÃO	NENHUMA	PRIVADO
HOSPOR-HOSPITAIS PORTUGUESES	NÃO	NÃO	NENHUMA	PRIVADO
HOSPITAL PARTICULAR LISBOA	NÃO	NÃO	NENHUMA	PRIVADO
ARS DO NORTE SR VILA REAL	NÃO	NÃO	NENHUMA	ARS
CASA SAUDE S FILOMENA	NÃO	NÃO	NENHUMA	PRIVADO
BRITISH HOSPITAL LISBON XXI, SA	NÃO	NÃO	NENHUMA	PRIVADO
HOSPITAL PARTICULAR ALGARVE	NÃO	NÃO	NENHUMA	PRIVADO
HOSPITAL DA TROFA	NÃO	NÃO	NENHUMA	PRIVADO
CASA DE SAUDE DE GUIMARAES, S.A.	NÃO	NÃO	NENHUMA	PRIVADO
CENTRO HOSP S FRANCISCO S A	NÃO	NÃO	NENHUMA	PRIVADO
INSTITUTO SAO JOAO DE DEUS	NÃO	NÃO	NENHUMA	PRIVADO
HPP ALGARVE, S.A.	NÃO	NÃO	NENHUMA	PRIVADO
VEN ORD TERC S FRANC CIDADE	NÃO	NÃO	NENHUMA	PRIVADO
HOSPITAL CUF PORTO, S.A.	NÃO	NÃO	NENHUMA	PRIVADO
INST IRMA HSCJ CL PSIQ S JOSE	NÃO	NÃO	NENHUMA	PRIVADO
MONTEPIO RAINHA D LEONOR, IPSS	NÃO	NÃO	NENHUMA	PRIVADO
VEN ORD T S FRANCISCO (HOSP)	NÃO	NÃO	NENHUMA	PRIVADO
ARS CENTRO SRS AVEIRO	NÃO	NÃO	NENHUMA	ARS
ARS CENTRO SRS CASTELO BRANCO	NÃO	NÃO	NENHUMA	ARS
ARS CENTRO SRS LEIRIA	NÃO	NÃO	NENHUMA	ARS
ARS CENTRO SRS VISEU	NÃO	NÃO	NENHUMA	ARS
ARS LX TEJO SRS SETUBAL	NÃO	NÃO	NENHUMA	ARS
ARS LX V TEJO SR SANTAREM	NÃO	NÃO	NENHUMA	ARS
ARS NORTE SRS BRAGANCA	NÃO	NÃO	NENHUMA	ARS
SOC FRANC BIENFAI (H ST LOUIS)	NÃO	NÃO	NENHUMA	PRIVADO
VEN IRMAND N SRA DA LAPA	NÃO	NÃO	NENHUMA	PRIVADO
VEN ORDEM TERC N S CARMO	NÃO	NÃO	NENHUMA	PRIVADO
VEN IRMAN N S TERÇO CARIDADE	NÃO	NÃO	NENHUMA	PRIVADO
HOSPITAL CANDIDO FIGUEIREDO	NÃO	NÃO	NENHUMA	PRIVADO

Fonte: Autor e dados internos GSK

Anexo 4a: Questionário para Médicos / Farmacêuticos



Questionário para Médicos e Farmacêuticos:

1 - “ Muitas pessoas partilham a idéia que o modelo comercial da Indústria Farmacêutica está desajustado do mercado e necessita de profundas alterações. “

Concorda com esta afirmação: SIM _____ Não _____

Porquê? _____

2 - O que **valoriza** nos contatos com IF (Indústria Farmacêutica)?

Utilize a seguinte escala, e coloque o número da sua resposta:

1	2	3	4	5
Não Valorizo	Valorizo Pouco	Indiferente	Valorizo	Valorizo Muito

a) Canal de comunicação assente nas pessoas

Resposta

b) Relações sólidas de confiança

c) Comportamentos éticos e de integridade

d) Contatos diferenciados (Médico; Marketing; Dir. Comercial)

e) Partilha de informação e aconselhamento

f) Relações pontuais e duradouras

g) Relações à distância, de circunstância

3 - Qual a frequência com que desejaria receber contatos da IF:

a) 1x a 2x por mês

b) 2x a 3x por semestre

c) 2x a 3x por ano

Resposta

☐☐☐

4 - Acha que as Companhias Farmacêuticas devem manter as suas estruturas comerciais apenas assente em DIM's?

SIM _____ Não _____

Porquê? _____

5 – Actualmente, como avalia o impacto das visitas dos DIM's?

1	2	3	4	5
Nada Importante	Pouco Importante	Indiferente	Importante	Muito Importante

Coloque o número da sua resposta:

6 – Já alguma vez foi visitado por um Key Account Manager (Gestor de Contas), da Indústria Farmacêutica?

SIM _____ Não _____

7 - Como pensa evoluírem as relações com a IF num futuro próximo?

Muito obrigado pela sua participação

Anexo 4b: Questionário para Comissão Farmácia Terapêutica



Questionário para Comissão Farmácia Terapêutica

1 - “ Muitas pessoas partilham a idéia que o modelo comercial da Indústria Farmacêutica (IF) está desajustado do mercado e necessita de profundas alterações. “

Concorda com esta afirmação: SIM _____ Não _____

Porquê? _____

2 - O que **valoriza** nos contatos com a IF (Indústria Farmacêutica)?

Utilize a seguinte escala, e coloque o número da sua resposta:

1	2	3	4	5
Não Valorizo	Valorizo Pouco	Indiferente	Valorizo	Valorizo Muito

	Resposta
a) Canal de comunicação assente nas pessoas	
b) Relações sólidas de confiança	
c) Comportamentos éticos e de integridade	
d) Contatos diferenciados (Médico; Marketing; Dir. Comercial)	
e) Partilha de informação e aconselhamento	
f) Relações pontuais e duradouras	
g) Relações à distância, de circunstância	

3 - Qual a frequência com que desejaria receber contatos da IF:

a) 1x a 2x por mês

b) 2x a 3x por semestre

c) 2x a 3x por ano

Resposta

☐
☐
☐

4 – Surgiu, recentemente, nas estruturas comerciais das Companhias Farmacêuticas a função de KAM (Key Account Manager). Recebe frequentemente visitas de KAM's?

SIM _____ Não _____

Se respondeu **SIM** responda às seguintes questões, se respondeu **NÃO** passe para a questão 5

4.1 – Em termos de **Relevância**, como distingue a actuação do KAM face ao anterior DIM, nestas áreas?

Utilize a seguinte escala, e coloque o número da sua resposta:

1	2	3	4	5
Nada Relevante	Pouco Relevante	Indiferente	Relevante	Muito Relevante

Resposta

a) Visão integrada do negócio

☐

b) Pertinência da informação / contato

☐

c) Competência na resolução de processos

☐

4.2 - Acha que as Companhias Farmacêuticas deviam ter mais de um KAM por Centro Hospitalar a visitar a CFT?

SIM _____ Não _____

Porquê? _____

4.3 – Actualmente, como avalia o impacto das visitas dos KAM's? Coloque o número da sua resposta:

1	2	3	4	5
Nada Importante	Pouco Importante	Indiferente	Importante	Muito Importante

5 - Como pensa evoluírem as relações com a IF num futuro próximo?

Muito obrigado pela sua participação

Anexo 4c: Questionário para Serviço de Aprovisionamento



Questionário para Serviços de Aprovisionamento:

1 - “ Muitas pessoas partilham a idéia que o modelo comercial da Indústria Farmacêutica (IF) está desajustado do mercado e necessita de profundas alterações. “

Concorda com esta afirmação: SIM _____ Não _____

Porquê? _____

2 - O que **valoriza** nos contatos com IF (Indústria Farmacêutica)

Utilize a seguinte escala, e coloque o número da sua resposta:

1	2	3	4	5
Não Valorizo	Valorizo Pouco	Indiferente	Valorizo	Valorizo Muito

Resposta

- a) Canal de comunicação assente nas pessoas ☐
- b) Relações sólidas de confiança ☐
- c) Comportamentos éticos e de integridade ☐
- d) Contatos diferenciados (Médico; Marketing; Dir. Comercial) ☐
- e) Partilha de informação e aconselhamento ☐
- f) Relações pontuais e duradouras ☐
- g) Relações à distância, de circunstância ☐

3 - Qual a frequência com que desejaria receber contatos da IF:

Resposta

a) 1x a 2x por mês

☐

b) 2x a 3x por semestre

☐

c) 2x a 3x por ano

☐

4 – Surgiu, recentemente, nas estruturas comerciais das Companhias Farmacêuticas a função de KAM (Key Account Manager). Recebe frequentemente visitas de KAM's?

SIM _____ Não _____

Se respondeu **SIM** responda às seguintes questões, se respondeu **NÃO** passe para a questão 5

4.1 – Em termos de **Relevância**, como distingue a actuação do KAM face ao anterior DIM, nestas áreas?

Utilize a seguinte escala, e coloque o número da sua resposta:

1	2	3	4	5
Nada Relevante	Pouco Relevante	Indiferente	Relevante	Muito Relevante

Resposta

a) Visão integrada do negócio

☐

b) Pertinência da informação / contato

☐

c) Competência na resolução de processos

☐

4.2 - Acha que as Companhias Farmacêuticas deviam ter mais de um KAM por Centro Hospitalar?

SIM _____ Não _____

Porquê? _____

4.3 – Actualmente, como avalia o impacto das visitas dos KAM's? Coloque o número da sua resposta:

1	2	3	4	5
Nada Importante	Pouco Importante	Indiferente	Importante	Muito Importante

5. - Numa negociação comercial com a Indústria Farmacêutica, o que **valoriza** mais?

Coloque por ordem sequencial de Relevância (1,2,3,4,5), sendo que:

1	2	3	4	5
Menos Relevante				Mais Relevante

	Resposta
a) Preço (relação custo/benefício)	
b) Relação eficácia/segurança dos produtos	
c) Condições de pagamento	
d) Credibilidade da Companhia Farmacêutica	
e) Cumprimento e celeridade nos processos	

6 - Como pensa evoluírem as relações com a IF num futuro próximo?

Muito obrigado pela sua participação

Anexos 5: Tratamento Inferencial dos dados Questionários

Questionários Agrupados Globais

Pergunta 1

Binomial Test

	Category	N	Observed Prop.
Ajustamento do Modelo Group 1	sim	14	,67
Comercial Group 2	não	7	,33
Total		21	1,00

Binomial Test

	Test Prop.	Exact Sig. (2-tailed)
Ajustamento do Modelo Group 1	,50	,189
Comercial Group 2		
Total		

Pergunta 2

Binomial Test

	Category	N	Observed Prop.
Canal de Comunicação/ Group 1	Indiferente ou não Valorizo	1	,05
Pessoas Group 2	Valorizo	20	,95
Total		21	1,00

Binomial Test

	Test Prop.	Exact Sig. (2-tailed)
Canal de Comunicação/ Group 1	,50	,000
Pessoas Group 2		
Total		

Pergunta 2**Binomial Test**

		Category	N	Observed Prop.
Relações de Confiança	Group 1	Valorizo	21	1,00
	Total		21	1,00

Binomial Test

		Test Prop.	Exact Sig. (2-tailed)
Relações de Confiança	Group 1	,50	,000
	Total		

Pergunta 2**Binomial Test**

		Category	N	Observed Prop.	Test Prop.	Exact Sig. (2-tailed)
Ética e Integridade	Group 1	Valorizo	21	1,00	,50	,000
	Total		21	1,00		

Pergunta 2**Binomial Test**

		Category	N	Observed Prop.
Contatos diferenciados	Group 1	Indiferente ou não Valorizo	10	,48
	Group 2	Valorizo	11	,52
	Total		21	1,00

Binomial Test

		Test Prop.	Exact Sig. (2-tailed)
Contatos diferenciados	Group 1	,50	1,000
	Group 2		
	Total		

Pergunta 2**Binomial Test**

		Category	N	Observed Prop.
Partilha de Informação	Group 1	Indiferente ou não Valorizo	1	,05
	Group 2	Valorizo	20	,95
	Total		21	1,00

Binomial Test

		Test Prop.	Exact Sig. (2-tailed)
Partilha de Informação	Group 1	,50	,000
	Group 2		
	Total		

Pergunta 2**Binomial Test**

		Category	N	Observed Prop.	Test Prop.	Exact Sig. (2-tailed)
Relações duradoras	Group 1	Valorizo	21	1,00	,50	,000
	Total		21	1,00		

Pergunta 2**Binomial Test**

		Category	N	Observed Prop.
Relações à distância	Group 1	Indiferente ou não Valorizo	20	,95
	Group 2	Valorizo	1	,05
	Total		21	1,00

Binomial Test

		Test Prop.	Exact Sig. (2-tailed)
Relações à distância	Group 1	,50	,000
	Group 2		
	Total		

Questionário Agrupado CFT-APROV

Pergunta 4.1

Binomial Test

	Category	N	Observed Prop.
Competência na resolução de Processos Group 1	Relevante	9	1,00
Total		9	1,00

Binomial Test

	Test Prop.	Exact Sig. (2-tailed)
Competência na resolução de Processos Group 1	,50	,004
Total		

Pergunta 4.1

Binomial Test

	Category	N	Observed Prop.
Visão Integrada do negócio Group 1	Indiferente ou não Relevante	7	,78
Group 2	Relevante	2	,22
Total		9	1,00

Binomial Test

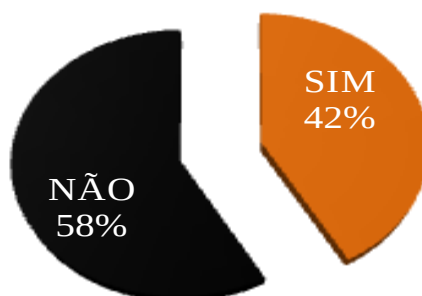
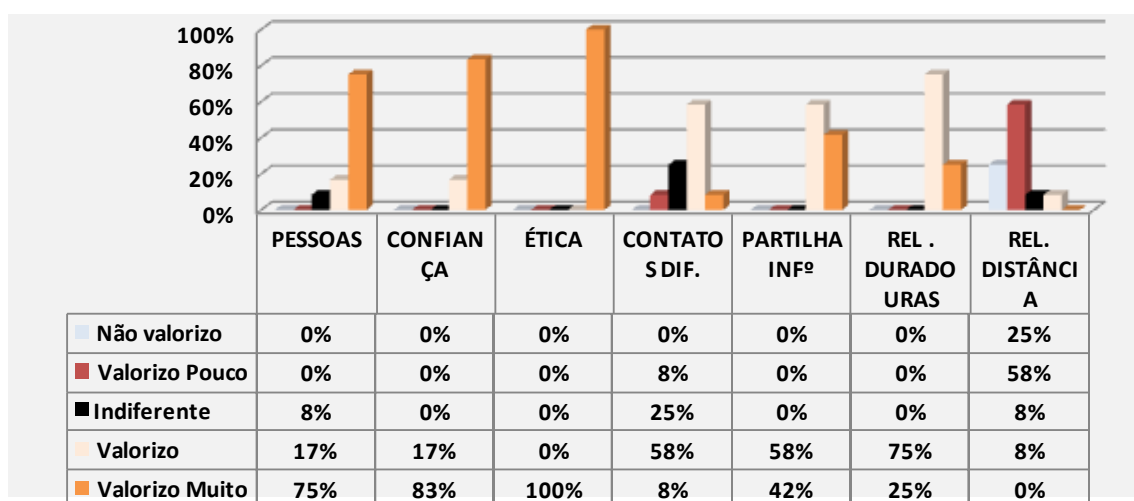
	Test Prop.	Exact Sig. (2-tailed)
Visão Integrada do negócio Group 1	,50	,180
Group 2		
Total		

Pergunta 4.1**Binomial Test**

		Category	N	Observed Prop.
Pertinência da Informação	Group 1	Indiferente ou não Relevante	2	,22
	Group 2	Relevante	7	,78
	Total		9	1,00

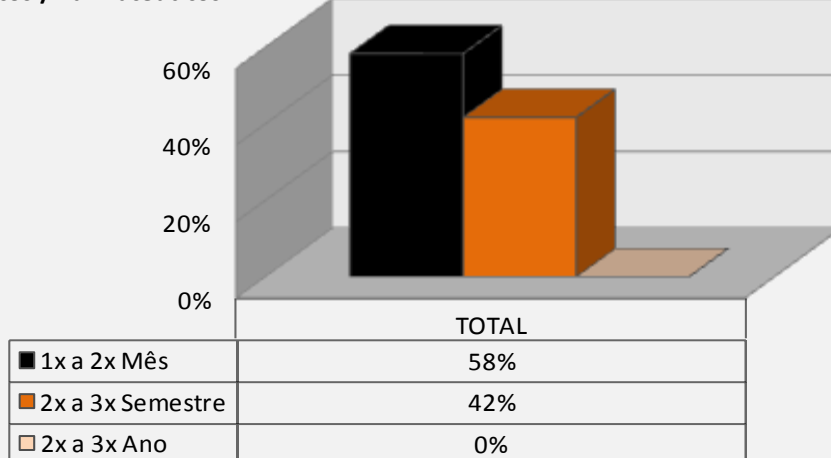
Binomial Test

		Test Prop.	Exact Sig. (2-tailed)
Pertinência da Informação	Group 1	,50	,180
	Group 2		
	Total		

Anexo 5a: “Listening the Stakeholders” – Resultados Questionário para M/F
Pergunta 1: Acha o modelo comercial da IF desajustado do mercado?

Médicos / Farmacêuticos
Pergunta 2: O que Valoriza nos contatos com a IF?
Médicos / Farmacêuticos


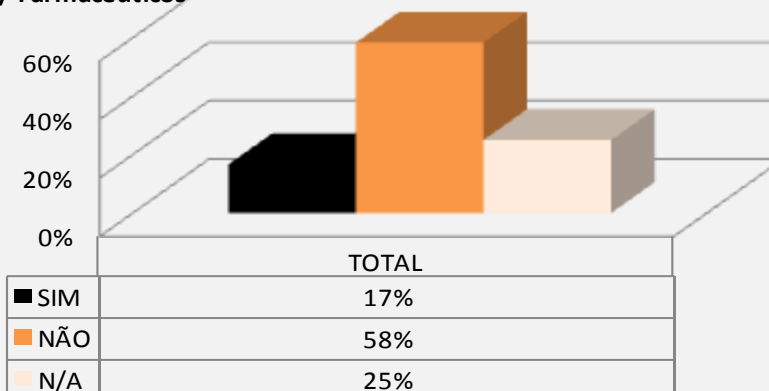
Pergunta 3: Qual a frequência que desejaria receber contatos?

Médicos / Farmacêuticos



Pergunta 4: IF deve manter estruturas comerciais apenas assentes em DIM's? Porquê?

Médicos / Farmacêuticos



Pergunta 4 - SIM

O DIM é a comunicação mais próxima com as companhias farmacêuticas, permitem uma relação pessoal

Os DIM são essenciais devido à confiança que normalmente existe e que facilita os ditos contactos

Pergunta 4 - NÃO

O DIM nem sempre possui a informação e a capacidade de decisão para a resolução das questões que se põem ao médico.

Os DIM são fundamentais para divulgação dos produtos. Informações mais diferenciadas ultrapassam o seu âmbito de acção

A abundância científica e informativa imporá um misto de DIM com um sistema de comunicação em rede interativo.

A diferenciação e a própria evolução do mercado exigem a entrada de outros players com diferenciação e formação alternativa

Formação mais especializada dos DIM's

Introdução de novas tecnologias seria vantajoso para uma maior actualização e interacção que não se limita a visitas calendarizadas.

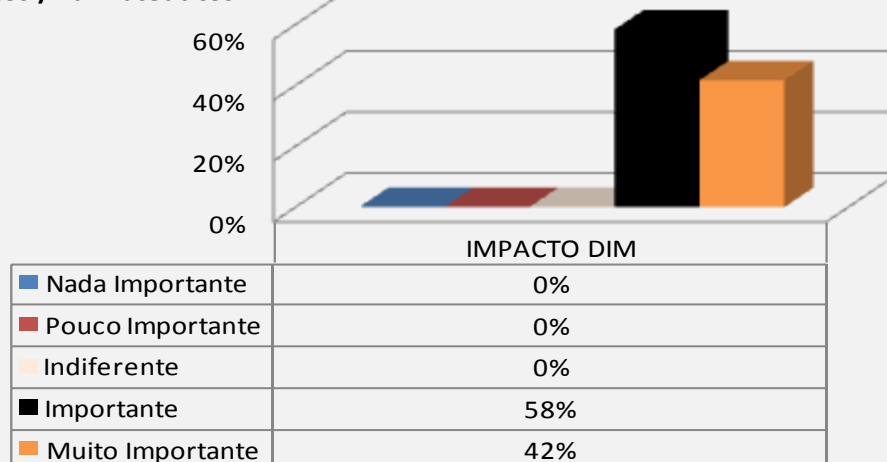
Interacção com DIM's será sempre essencial mas penso que deverá existir outras formas de exploração desta relação IF/ (Méd./Farm.)

Pergunta 4 (N/A)

A periodicidade apropriada de visitas depende do conteúdo – se não existir conteúdo ajustado, 2x por ano pode até ser suficiente.

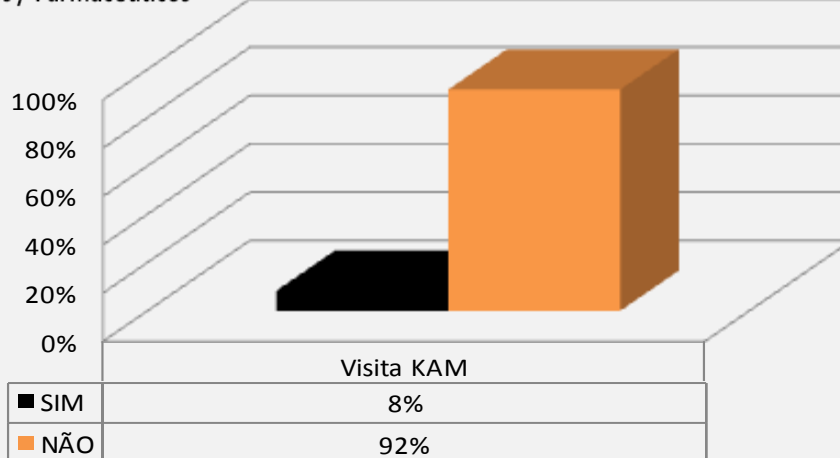
Pergunta 5: Como avalia impacto visitas DIM's?

Médicos / Farmacêuticos



Pergunta 6: Já foi visitado por um KAManager?

Médicos / Farmacêuticos



Pergunta 7: Como pensa evoluem as relações com a IF no futuro?

perspectiva aterradora, bom senso protegerá aqueles que arriscam na I&D com justa repartição dos lucros

relações próximas com grande pressão / Novos meios de comunicação

tendência para irrelevância/ desvio da IF para o canal farmácia

relações próximas com grande pressão e longo prazo

muita comunicação via on-line / articulação interna via excesso de informação on-line

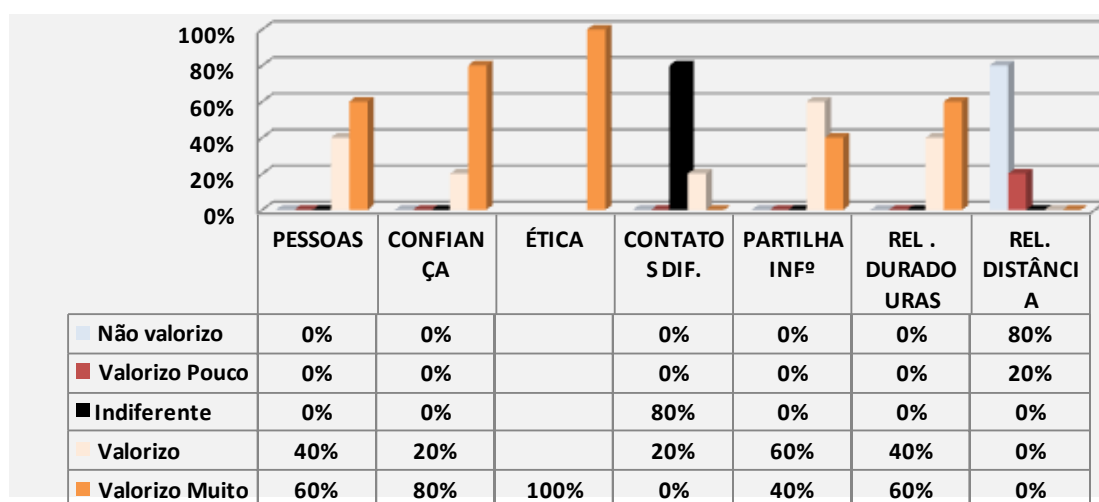
relações sempre através das pessoas

(novos players de mercado/ mkt mais agressivo) causará desgaste humano

as relações serão mais impessoais; e com menos importância

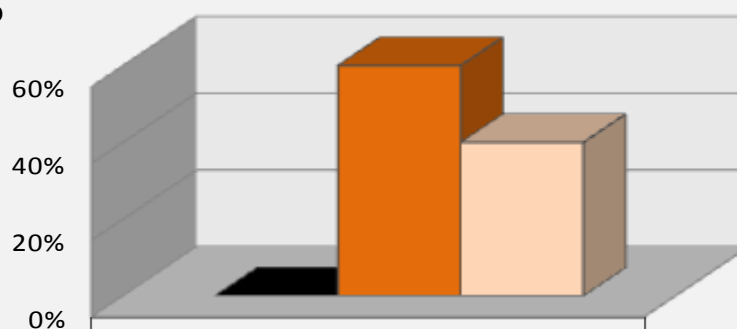
apoio científico, apoio na formação médica, apoio na resolução questões medicamentosas

Anexo 5b: “Listening the Stakeholders” – Resultados Questionário para CFT
Pergunta 1: Acha o modelo comercial da IF desajustado do mercado?

Com. Farm.Terap
Pergunta 2: O que Valoriza nos contatos com a IF?
Com. Farm.Terap


Pergunta 3: Qual a frequência que desejaria receber contatos?

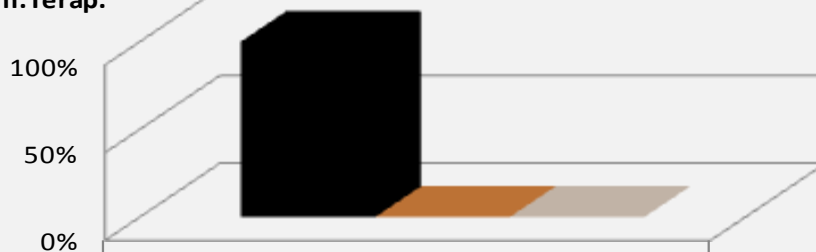
Com. Farm.Terap



	TOTAL
■ 1x a 2x Mês	0%
■ 2x a 3x Semestre	60%
■ 2x a 3x Ano	40%

Pergunta 4: Recebe visitas de *KAManagers*?

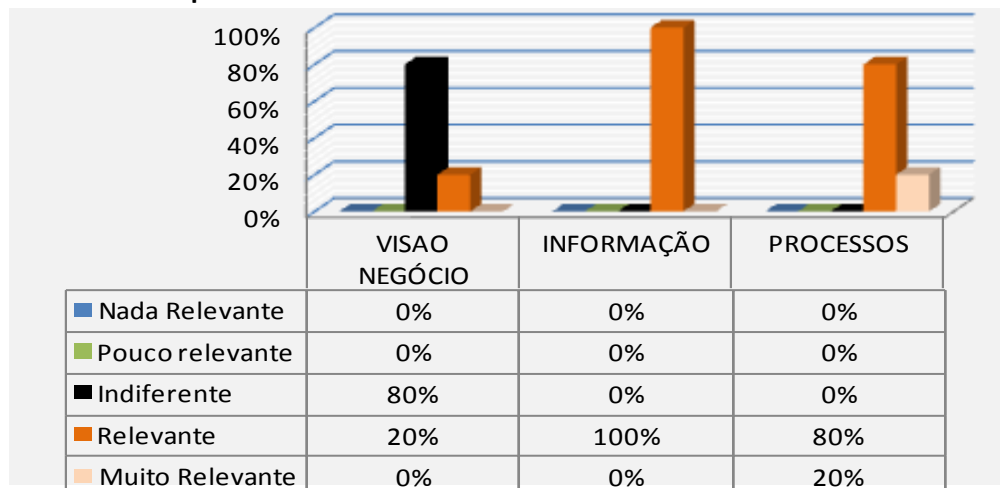
Com. Farm.Terap.



	TOTAL
■ SIM	100%
■ NÃO	0%
■ N/A	0%

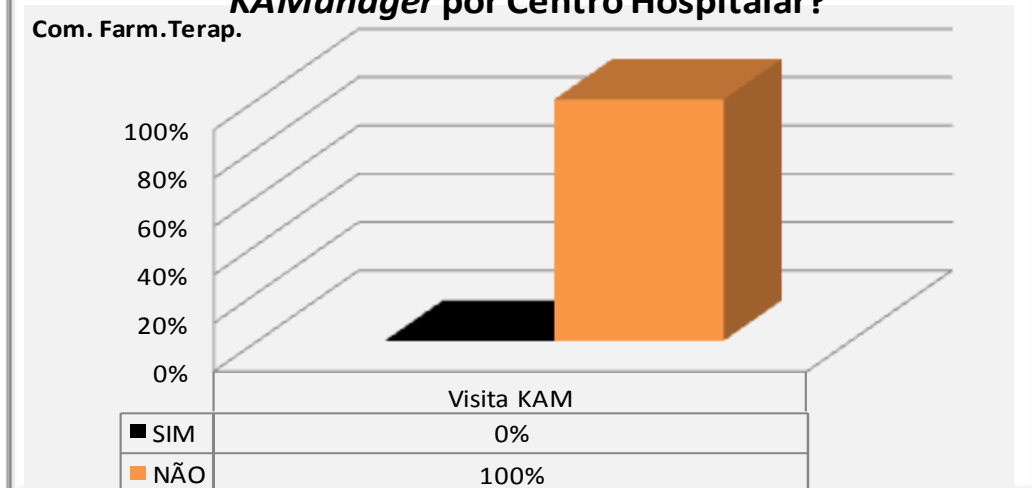
Pergunta 4.1: Como distingue a actuação KAManager face ao DIM?

Com. Farm.Terap.



Pergunta 4.2: Devia existir mais de um KAManager por Centro Hospitalar?

Com. Farm.Terap.



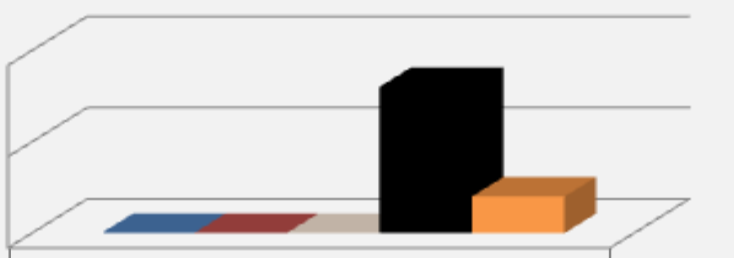
Pergunta 4.3: Como avalia impacto visitas *KAManagers*?

Com. Farm.Terap.

100%

50%

0%



IMPACTO KAM

Nada Importante	0%
Pouco Importante	0%
Indiferente	0%
Importante	80%
Muito Importante	20%

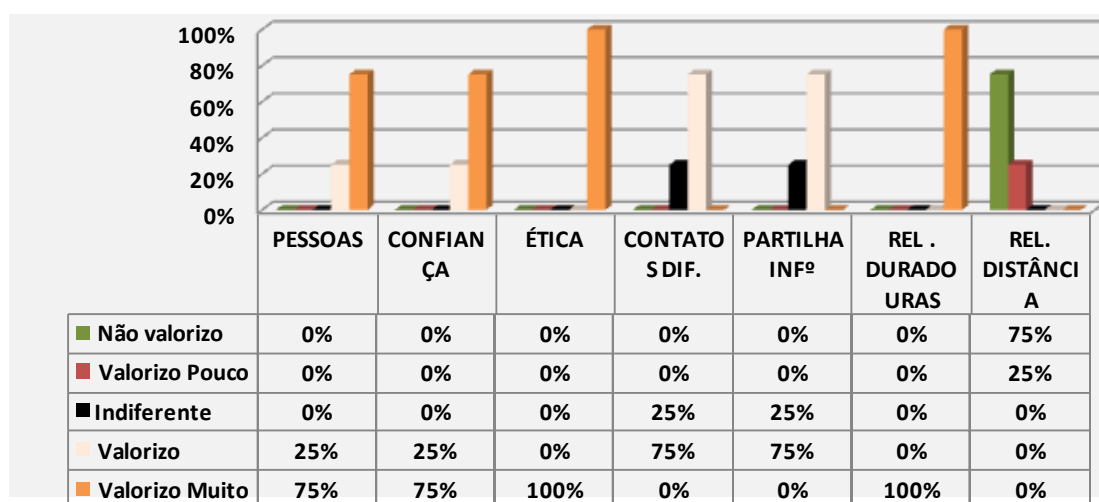
Pergunta 5: Como pensa evoluirem as relações com a IF no futuro?

competição direta entre empresas / criação de grupos farmacêuticos ainda maiores

novas exigências / maior diferenciação

imprevisíveis

Anexo 5c: “Listening the Stakeholders” – Resultados Questionário para APROV
Pergunta 1: Acha o modelo comercial da IF desajustado do mercado?

Aprovisionamento
Pergunta 2: O que Valoriza nos contatos com a IF?
Aprovisionamento


Pergunta 3: Qual a frequência que desejaria receber contatos?

Aprovisionamento

50%
40%
30%
20%
10%
0%

■ 1x a 2x Mês
■ 2x a 3x Semestre
■ 2x a 3x Ano

TOTAL

0%
50%
50%

Pergunta 4: Recebe visitas de *KAManagers*?

Aprovisionamento

100%
50%
0%

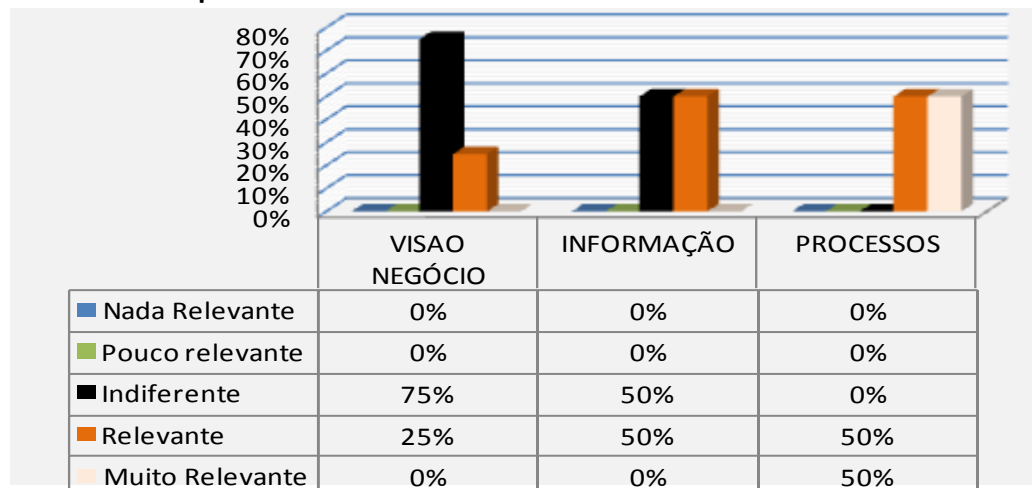
■ SIM
■ NÃO
■ N/A

TOTAL

100%
0%
0%

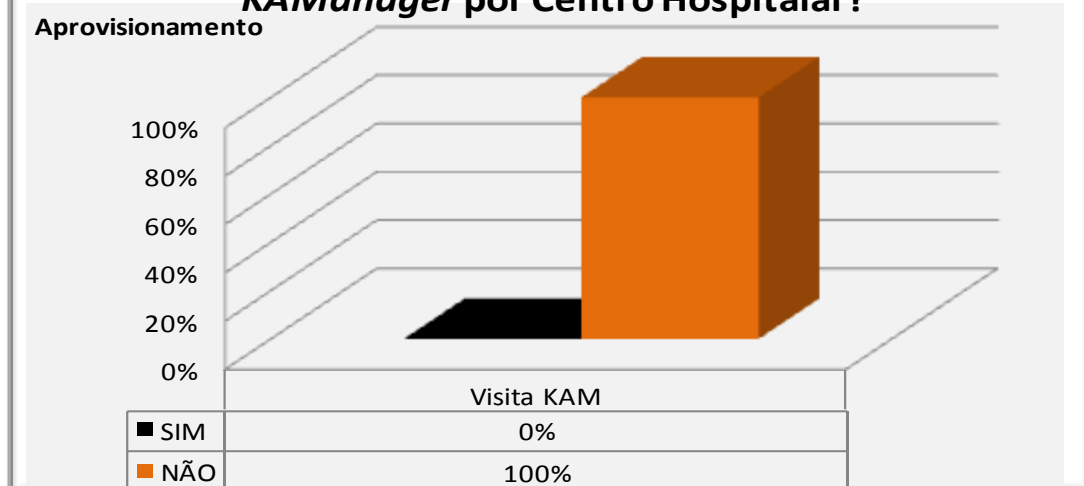
Pergunta 4.1: Como distingue a actuação KAManager face ao DIM?

Com. Farm. Terap.

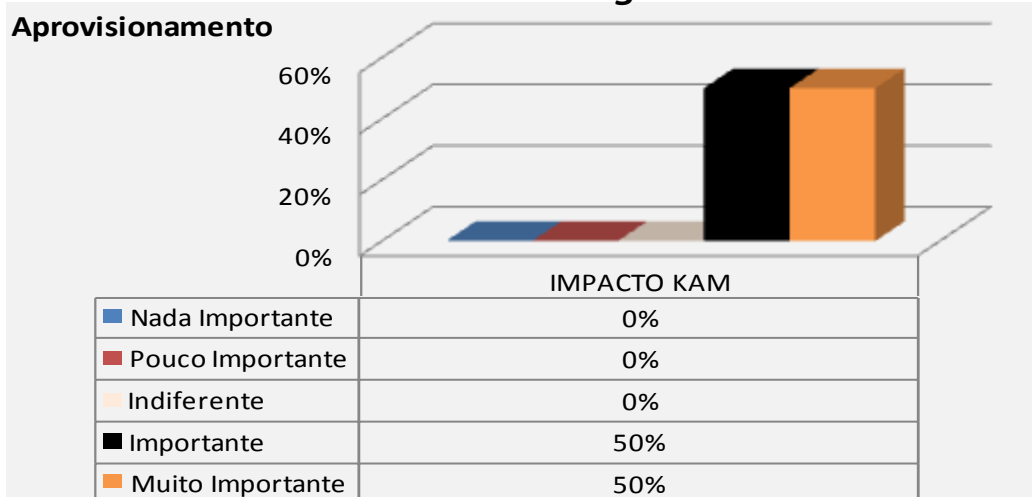


Pergunta 4.2: Devia existir mais de um KAManager por Centro Hospitalar?

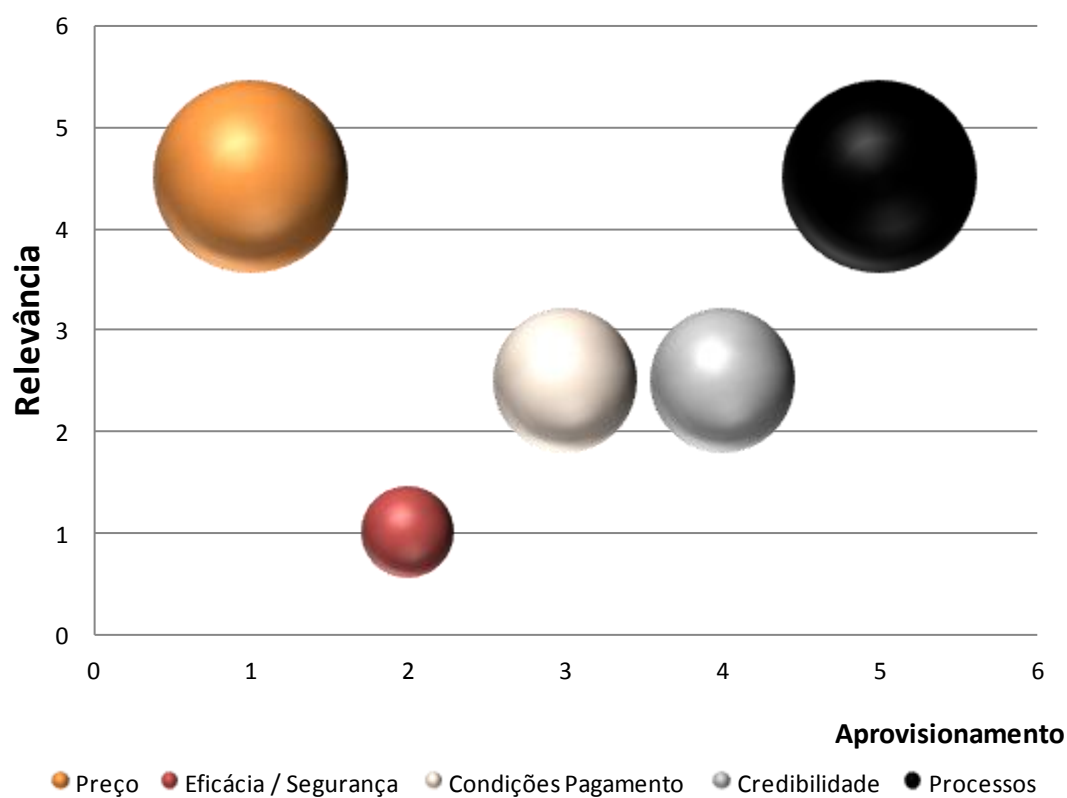
Aprovisionamento



Pergunta 4.3: Como avalia impacto visitas KAManagers?



Pergunta 5: O que mais valoriza numa negociação comercial?



Pergunta 6: Como pensa evoluírem as relações com a IF no futuro?

relações próximas com aprovisionamento

relevância da inf^o científica; KOL serão os contatos privilegiados da IF com intervenção de hierarquia gestão de topo

menos personalizadas, entrada de novos stakeholders, switch de orientações futuras a novos parceiros

Anexo 6: Listagem da segmentação de clientes (1º passo), BU Hospitalar

Hospitais			
Hospital Central	CENTRO HOSPITALAR LISBOA CENTRAL, E.P.E.	Hospital Privado	HPP LUSIADAS, S.A
Hospital Central	CENTRO HOSPITALAR LISBOA NORTE, E.P.E.	Hospital Distrital	CENTRO HOSPITALAR TORRES VEDRAS
Hospital Central	HOSPITAIS DA UNIVERSIDADE DE COIMBRA, E.P.E.	Hospital Distrital	HOSP SANTA MARIA MAIOR, E.P.E.
Hospital Central	CENTRO HOSPITALAR DE SAO JOAO, E.P.E.	Hospital Distrital	HOSP DISTRIAL FIGUEIRA FOZ, E.P.E.
Hospital Central	CENTRO HOSPITALAR DO PORTO, E.P.E.	ARS	ARS ALGARVE, I.P.
Hospital Central	CENTRO HOSPITALAR LISBOA OCIDENTAL, E.P.E.	Hospital Privado	HOSPITAL DE SANTA MARIA (PORTO)
Hospital Distrital	CENTRO HOSPITALAR ALTO AVE, E.P.E.	ARS	ARS CENTRO-SUB R S COIMBRA
Hospital Distrital	HOSPITAL DE FARO, E.P.E.	Hospital Privado	HOSPITAL DA PRELADA
Hospital Distrital	HOSPITAL CRUZ DE CARVALHO-FUNCHAL, E.P.E.R.	Hospital Privado	HOSPITAL DO S A M S
ARS	ARS LX VALE TEJO SRS LISBOA	Hospital Privado	CLISA-CLIN DE S ANTONIO, LDA
Hospital Distrital	HOSPITAL DE GARCIA DE ORTA, E.P.E.	ARS	ARS NORTE SRS BRAGA
Hospital Parceria Pub-Privada	ESCALA BRAGA - SOCIEDADE GESTORA DO ESTABELECIMENTO, S.A.	Hospital Central	IPO - COIMBRA, FRANCISCO GENTIL, E.P.E.
Hospital Distrital	HOSPITAL DE SANTO ESPIRITO, ANGRA DO HEROISMO, E.P.E.R.	Hospital Privado	CASA DE SAUDE DA BOAVISTA
Hospital Distrital	HOSPITAL DO DIVINO ESPIRITO SANTO DE PONTA DELGADA, E.P.E.	Hospital Privado	HOSPITAL DA CUF INFANTE SANTO, SA
Hospital Distrital	HOSPITAL DO ESPIRITO SANTO, E.P.E.	Hospital Distrital	CENTRO HOSPITALAR P VARZIM / V CONDE, E.P.E.
Hospital Distrital	CENTRO HOSPITALAR TONDELA-VISEU, E.P.E.	Hospital Parceria Pub-Privada	ESCALA VILA FRANCA-SOC. GEST. DO ESTABELECIMENTO, S.A.
Hospital Central	IPO - PORTO, FRANCISCO GENTIL, E.P.E.	ARS	ARS ALENTEJO SRS EVORA
Hospital Distrital	UNIDADE LOCAL DE SAUDE DO ALTO MINHO, E.P.E.	Hospital Privado	CLIN TODOS OS SANTOS LDA
Hospital Distrital	CENTRO HOSPITALAR TRAS-OS-MONTES ALTO DOURO, E.P.E.	Hospital Privado	HOSPITAL DA ARRABIDA-GAIA S A
Hospital Central	CENTRO HOSPITALAR VILA NOVA GAIA/ESPINHO, E.P.E.	Hospital Privado	HOSPOR-HOSPITAIS PORTUGUESES
Hospital Distrital	CENTRO HOSPITALAR MEDIO TEJO, E.P.E.	Hospital Privado	HOSPITAL PARTICULAR LISBOA
Hospital Distrital	HOSPITAL DISTRIAL SANTAREM, E.P.E.	ARS	ARS DO NORTE SR VILA REAL
Hospital Central	IPO - LISBOA, FRANCISCO GENTIL, E.P.E.	Hospital Privado	CASA SAUDE S FILOMENA
Hospital Distrital	CENTRO HOSPITALAR DE ENTRE O DOURO E VOUGA, E.P.E.	Hospital Privado	BRITISH HOSPITAL LISBON XXI, SA
Hospital Distrital	HOSPITAL INFANTE D PEDRO, E.P.E.	Hospital Privado	HOSPITAL PARTICULAR ALGARVE
Hospital Distrital	CENTRO HOSPITALAR DE LEIRIA-POMBAL, E.P.E. (HSA)	Hospital Privado	HOSPITAL DA TROFA
Hospital Distrital	UNIDADE LOCAL DE SAUDE DE CASTELO BRANCO, EPE	Hospital Privado	CASA DE SAUDE DE GUIMARAES, S.A.
Hospital Distrital	CENTRO HOSPITALAR SETUBAL, E.P.E.	Hospital Privado	CENTRO HOSP S FRANCISCO S A
Hospital Distrital	CENTRO HOSPITALAR COVA DA BEIRA, E.P.E.	Hospital Privado	INSTITUTO SAO JOAO DE DEUS
Hospital Central	HOSPITAL PROFESSOR DOUTOR FERNANDO DA FONSECA, EPE	Hospital Privado	HPP ALGARVE, S.A.
Hospital Distrital	CENTRO HOSPITALAR BARLAV ALGARVIO, E.P.E.	Hospital Privado	VEN ORD TERC S FRANC CIDADE
Hospital Distrital	UNIDADE LOCAL DE SAUDE DA GUARDA, E.P.E.	Hospital Privado	HOSPITAL CUF PORTO, S.A.
Hospital Distrital	CENTRO HOSPITALAR TAMEGA E SOUSA, E.P.E.	Hospital Privado	INST IRMA HSCJ CL PSIQ S JOSE
Hospital Distrital	UNIDADE LOCAL S MATOSINHOS, E.P.E.	Hospital Privado	MONTEPIO RAINHA D LEONOR, IPSS
Hospital Distrital	CENTRO HOSPITALAR BARREIRO MONTIJO, E.P.E.	Hospital Privado	VEN ORD T S FRANCISCO (HOSP)
Hospital Privado	HOSPITAL DA CUF DESCOBERTAS, SA	ARS	ARS CENTRO SRS AVEIRO
ARS	ARS NORTE SRS PORTO	ARS	ARS CENTRO SRS CASTELO BRANCO
Hospital Distrital	CENTRO HOSPITALAR DO OESTE NORTE - CALDAS RAINHA	ARS	ARS CENTRO SRS LEIRIA
Hospital Parceria Pub-Privada	HPP HOSPITAL DE CASCAIS, DR JOSE DE ALMEIDA	ARS	ARS CENTRO SRS VISEU
Hospital Distrital	UNIDADE LOCAL DE SAUDE DO NORTE ALENTEJANO, E.P.E.	ARS	ARS LX TEJO SRS SETUBAL
Hospital Distrital	HOSP DO LITORAL ALENTEJANO, E.P.E.	ARS	ARS LX V TEJO SR SANTAREM
Hospital Privado	HOSPITAL PRIVADO PORTUGAL-HPP NORTE, S.A	ARS	ARS NORTE SRS BRAGANCA
Hospital Distrital	UNIDADE LOCAL DE SAUDE DO BAIXO ALENTEJO, E.P.E.	Hospital Privado	SOC FRANC BIENFAI (H ST LOUIS)
Hospital Distrital	UNIDADE LOCAL DE SAUDE DO NORDESTE, E.P.E.	Hospital Privado	VEN IRMAND N SRA DA LAPA
Hospital Distrital	CENTRO HOSPITALAR MEDIO AVE, E.P.E.	Hospital Privado	VEN ORDEM TERC N S CARMO
Hospital Privado	CVP-SOC GESTAO HOSP AR, SA	Hospital Privado	VEN IRMAN N S TERÇO CARIDADE
Hospital Privado	HOSPITAL DA LUZ, S.A.	Hospital Privado	HOSPITAL CANDIDO FIGUEIREDO

Fonte: Autor e dados internos GSK

Anexo 7a: Cálculo de Atratividade por hospital para construção da matriz

HOSPITAIS		Peso interno do cliente no valor de vendas da BU Hospitalar da GSK (PESO RELATIVO = 30%)			Nº de Camas (PESO RELATIVO = 30%)			Nº de Valências (PESO RELATIVO = 15%)			Peso do cliente de acordo com o seu consumo total de medicamentos (PESO RELATIVO = 25%)			ATRATIVIDADE
A	CENTRO HOSPITALAR LISBOA CENTRAL, E.P.E.	13%	4	1,20	2.420	4	1,20	38	4	0,60	9%	4	1,00	4,00
B	CENTRO HOSPITALAR LISBOA NORTE, E.P.E.	10%	4	1,20	1.602	3	0,90	40	4	0,60	11%	4	1,00	3,70
C	HOSPITAIS DA UNIVERSIDADE DE COIMBRA, E.P.E.	9%	4	1,20	2.320	4	1,20	43	4	0,60	6%	3	0,75	3,75
D	CENTRO HOSPITALAR DESAJO, E.P.E.	7%	3	0,90	1.056	3	0,90	40	4	0,60	8%	4	1,00	3,40
E	CENTRO HOSPITALAR DO PORTO, E.P.E.	6%	3	0,90	630	2	0,60	39	4	0,60	6%	3	0,75	2,85
F	CENTRO HOSPITALAR LISBOA OCIDENTAL, E.P.E.	5%	3	0,90	918	2	0,60	38	4	0,60	5%	3	0,75	2,85
G	CENTRO HOSPITALAR ALTO AVE, E.P.E.	4%	2	0,60	600	2	0,60	28	3	0,45	1%	1	0,25	1,90
H	HOSPITAL DE FARO, E.P.E.	4%	2	0,60	492	1	0,30	27	3	0,45	2%	2	0,50	1,85
I	HOSPITAL CRUZ DE CARVALHO-FUNCHAL, E.P.E.R.	4%	2	0,60	900	2	0,60	25	3	0,45	2%	2	0,50	2,15
J	ARS LX VALETEJO SRS LISBOA	3%	2	0,60	0	1	0,30	4	1	0,15	1%	1	0,25	1,30
K	HOSPITAL DE GARCIA DE ORTA, E.P.E.	3%	2	0,60	629	2	0,60	24	2	0,30	3%	2	0,50	2,00
L	ESCALA BRAGA - SOCIEDADE GESTORA DO ESTABELECIMENTO,	2%	2	0,60	650	2	0,60	23	2	0,30	1%	1	0,25	1,75
M	HOSPITAL DE SANTO ESPÍRITO, ANGRA DO HEROÍSMO, E.P.E.R.	2%	2	0,60	230	1	0,30	18	2	0,30	1%	1	0,25	1,45
N	HOSPITAL DO DIVINO ESPÍRITO SANTO DE PONTA DELGADA, E.P.	2%	2	0,60	390	1	0,30	21	2	0,30	2%	2	0,50	1,70
O	HOSPITAL DO ESPÍRITO SANTO, E.P.E.	1%	1	0,30	420	1	0,30	20	2	0,30	1%	1	0,25	1,15
P	CENTRO HOSPITALAR TONDELA-VISEU, E.P.E.	1%	1	0,30	520	2	0,60	20	2	0,30	1%	1	0,25	1,45
Q	IPO - PORTO, FRANCISCO GENTIL, E.P.E.	1%	1	0,30	420	1	0,30	21	2	0,30	3%	2	0,50	1,40
R	UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DO ALTO MINHO, E.P.E.	1%	1	0,30	380	1	0,30	16	2	0,30	1%	1	0,25	1,15
S	CENTRO HOSPITALAR TRAS-OS-MONTES ALTO DOURO, E.P.E.	1%	1	0,30	490	1	0,30	16	2	0,30	1%	1	0,25	1,15
T	ARS - Valor Médio	0%	1	0,30	0	1	0,30	3	1	0,15	0%	1	0,25	1,00
U	H. PRIVADOS E PARCEIRIAS PUB. PRIVADAS - Valor Médio	0%	1	0,30	120	1	0,30	16	2	0,30	0%	1	0,25	1,15
V	OUTROS CENTRAIS - Valor Médio	1%	1	0,30	510	2	0,60	22	2	0,30	3%	2	0,50	1,70
W	OUTROS DISTRITAIS - Valor Médio	1%	1	0,30	410	1	0,30	20	2	0,30	1%	1	0,25	1,15

Fonte: Dados internos GSK, Apifarma, Autor

Anexo 7b: Cálculo de força relativa por hospital para construção da matriz

HOSPITAIS		Peso dos medicamentos GSK no consumo total do Hospital (PESO RELATIVO = 45%)			Introdução de novos medicamentos (PESO RELATIVO = 30%)			Evolução do valor de vendas 2011/2012 (PESO RELATIVO = 25%)			FORÇA
A	CENTRO HOSPITALAR LISBOA CENTRAL, E.P.E.	8%	4	1,80	Difícil	2	0,60	1%	3	0,75	3,15
B	CENTRO HOSPITALAR LISBOA NORTE, E.P.E.	5%	3	1,35	Fácil	3	0,90	-2%	2	0,50	2,75
C	HOSPITAIS DA UNIVERSIDADE DE COIMBRA, E.P.E.	8%	4	1,80	Difícil	2	0,60	16%	4	1,00	3,40
D	CENTRO HOSPITALAR DESAJO, E.P.E.	5%	3	1,35	Muito Difícil	1	0,30	14%	3	0,75	2,40
E	CENTRO HOSPITALAR DO PORTO, E.P.E.	6%	3	1,35	Muito Difícil	1	0,30	-3%	2	0,50	2,15
F	CENTRO HOSPITALAR LISBOA OCIDENTAL, E.P.E.	6%	3	1,35	Difícil	2	0,60	17%	4	1,00	2,95
G	CENTRO HOSPITALAR ALTO AVE, E.P.E.	19%	4	1,80	Fácil	3	0,90	8%	3	0,75	3,45
H	HOSPITAL DE FARO, E.P.E.	12%	4	1,80	Difícil	2	0,60	9%	3	0,75	3,15
I	HOSPITAL CRUZ DE CARVALHO-FUNCHAL, E.P.E.R.	10%	4	1,80	Difícil	2	0,60	29%	4	1,00	3,40
J	ARS LX VALETEJO SRS LISBOA	18%	4	1,80	Fácil	3	0,90	57%	4	1,00	3,70
K	HOSPITAL DE GARCIA DE ORTA, E.P.E.	6%	3	1,35	Difícil	2	0,60	5%	3	0,75	2,70
L	ESCALA BRAGA - SOCIEDADE GESTORA DO ESTABELECIMENTO, S.A.	9%	4	1,80	Difícil	2	0,60	20%	4	1,00	3,40
M	HOSPITAL DE SANTO ESPÍRITO, ANGRA DO HEROÍSMO, E.P.E.R.	11%	4	1,80	Fácil	3	0,90	6%	3	0,75	3,45
N	HOSPITAL DO DIVINO ESPÍRITO SANTO DE PONTA DELGADA, E.P.E.	4%	2	0,90	Fácil	3	0,90	4%	3	0,75	2,55
O	HOSPITAL DO ESPÍRITO SANTO, E.P.E.	8%	4	1,80	Difícil	2	0,60	11%	3	0,75	3,15
P	CENTRO HOSPITALAR TONDELA-VISEU, E.P.E.	6%	3	1,35	Muito Difícil	1	0,30	17%	4	1,00	2,65
Q	IPO - PORTO, FRANCISCO GENTIL, E.P.E.	2%	1	0,45	Difícil	2	0,60	40%	4	1,00	2,05
R	UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DO ALTO MINHO, E.P.E.	7%	3	1,35	Muito Difícil	1	0,30	-11%	2	0,50	2,15
S	CENTRO HOSPITALAR TRAS-OS-MONTES ALTO DOURO, E.P.E.	5%	2	0,90	Fácil	3	0,90	-35%	1	0,25	2,05
T	ARS - Valor Médio	2%	1	0,45	Muito Fácil	4	1,20	-15%	1	0,25	1,90
U	H. PRIVADOS E PARCEIRIAS PUB. PRIVADAS - Valor Médio	3%	1	0,45	Muito Fácil	4	1,20	2%	3	0,75	2,40
V	OUTROS CENTRAIS - Valor Médio	2%	1	0,45	Difícil	2	0,60	-3%	2	0,50	1,55
W	OUTROS DISTRITAIS - Valor Médio	4%	2	0,90	Difícil	2	0,60	-3%	2	0,50	2,00

Fonte: Dados internos GSK, Apifarma, Autor

Anexo 8: Cálculo do workload território nacional clientes/médicos para equipas DIM

Visitas Diárias	7
------------------------	---

Clientes	Nº Visitas / Mês	Nº de Clientes	Total Visitas / Mês
A	2,0	165	330
B	1,0	1318	1318
C	0,3	266	89
		1749	1737
		Nº DIM's	11,3

Fonte: Autor

Anexo 9: Cálculo do workload para KAM para território nacional

Visitas Diárias	4
------------------------	---

Hospitais	Nº Hospitais	Nº Interlocutores	Nº Visitas / Mês				Total Visitas / Mês
Centrais / Distritais	44	4	aos 4 interlocutores	1			176
Privados / Parcerias	36	3	aos 3 interlocutores	1			108
ARS	14	0	ao único interlocutor	0,3			0
		94					284
						Nº de KAM's	3,23

Fonte: Autor

Anexo 10: Cálculo do workload KAM's / Zona

Hospitais (NORTE)	Nº Hospitais	Nº Interlocutores	Nº Visitas / Mês				Total Visitas / Mês
Centrais / Distritais	13	4	aos 4 interlocutores	1			52
Privados / Parcerias	14	3	aos 3 interlocutores	1			42
ARS	4	1	ao único interlocutor	0,3			1
	31						95
Nº de KAM's							1,1

Hospitais (CENTRO)	Nº Hospitais	Nº Interlocutores	Nº Visitas / Mês				Total Visitas / Mês
Centrais / Distritais	13	4	aos 4 interlocutores	1			52
Privados / Parcerias	3	3	aos 3 interlocutores	1			9
ARS	5	1	ao único interlocutor	0,3			2
	21						63
Nº de KAM's							0,7

Hospitais (SUL)	Nº Hospitais	Nº Interlocutores	Nº Visitas / Mês				Total Visitas / Mês
Centrais / Distritais	18	4	aos 4 interlocutores	1			72
Privados / Parcerias	19	3	aos 3 interlocutores	1			57
ARS	5	1	ao único interlocutor	0,3			2
	42						131
Nº de KAM's							1,5

Fonte: autor

Anexo 11: Cálculo do workload DIM's / Zona

Clientes/Médicos (NORTE)	Nº Visitas / Mês	Nº de Clientes	Total Visitas / Mês
A	2,0	49	98
B	1,0	478	478
C	0,3	105	35
		632	611
		Nº de DIM's	4,0

Clientes/Médicos (CENTRO)	Nº Visitas / Mês	Nº de Clientes	Total Visitas / Mês
A	2,0	55	110
B	1,0	343	343
C	0,3	66	22
		464	475
		Nº de DIM's	3,1

Clientes/Médicos (SUL)	Nº Visitas / Mês	Nº de Clientes	Total Visitas / Mês
A	2,0	31	62
B	1,0	197	197
C	0,3	41	14
		269	273
		Nº de DIM's	1,8

Clientes/Médicos (SUL e ILHAS)	Nº Visitas / Mês	Nº de Clientes	Total Visitas / Mês
A	2,0	30	60
B	1,0	300	300
C	0,3	54	18
		384	378
		Nº de DIM's	2,5

Fonte: autor

Anexo 12: Projecção de valores Approach KAM 360°

APPROACH KAM 360°	Zona Sul	Zona Norte	Projecções valores Sul/Norte		Zona Centro	Projecção valores Centro
	(1 KAM + 4 DIM's)	(1 KAM + 4 DIM's)	(Mesmo Nº de colaboradores)		(1 KAM + 3 DIM's)	4 Colaboradores
	Budget Year	Budget Year			Budget Year	
Gross Sales	12.414.552 €	6.344.158 €			3.927.938 €	
commercial discount	211.047 €	107.851 €	1,7% Gross Sales		66.775 €	1,7% Gross Sales
product rebates	200.000 €	150.000 €			50.000 €	
NET Sales	12.003.505 €	6.086.307 €			3.811.163 €	
FSE's						
SUBCONTRATOS & LOGISTICA	204.060 €	103.467 €	(1,7% Vendas Net)		64.790 €	(1,7% Vendas Net)
TRABALHOS ESP CRM	14.545 €	14.545 €	40000/11*4		10.909 €	40000/11*3
TRABALHOS ESP "Market Data"	36.364 €	36.364 €	100000/11*4		27.273 €	100000/11*3
TOTAL DE INVESTIMENTOS EM MARKETING	1.440.421 €	730.357 €	12% Vendas NET		457.340 €	12% Vendas NET
PUB-PUBLICIDADE E PROPAGANDA						
PUB-MATERIAL PROMOCIONAL						
PUB-BRINDES						
PUB-SESSOES CLINICAS						
PUB-CONGRESSOS						
PUB-APOIOS TECNICOS CIENTIFICOS						
PUB-REUNIOES CLINICAS-HOSPITALAR						
PUB-LIVROS E DOCUMENTAÇÃO TECNICA						
HONORARIOS	12.000 €	8.000 €	Reuniões/ano com orador (1000€)		3.000 €	Reuniões/ano orador (1000€)
DESPESAS DE REPRESENTAÇÃO CONGRESSOS	25.000 €	20.000 €	5000€/ANO*5		12.000 €	3000€/ANO*4
ARTIGOS PARA OFERTA						
TOTAL DAS DESPESAS EM EVENTOS	300.000 €	250.000 €			175.000 €	
DESLOCAÇÕES E ESTADAS TRANSPORTES						
DESLOCAÇÕES E ESTADAS ESTADIAS						
DESLOCAÇÕES E ESTADAS REFEIÇÕES						
DESLOCAÇÕES E ESTADAS CONGRESSOS						
TOTAL DAS DESPESAS REUNIÃO DE CICLO	9.000 €	9.000 €	27000€ ANO/3		9.000 €	27000€ ANO/3
DESLOCAÇÕES E ESTADAS PARQUES E PORTAGENS						
DESLOCAÇÕES E ESTADAS REUNIAO CICLO-ESTADAS						
DESLOCAÇÕES E ESTADAS REUNIAO CICLO-REFEIÇÕES						
RENDAS E ALUGUERES ESPAÇOS. REUNIÕES						
CONSERVAÇÃO E REPARAÇÃO VIATURAS	2.400 €	2.400 €	40€/MÊS*5		1.920 €	40€/MÊS*4
RENDAS E ALUGUERES VIATURAS	42.240 €	42.240 €	(680€*4*12)+ 800€*12		34.080 €	(680€*3*12)+ 800€*12
SEGUROS VIATURAS	1.500 €	1.500 €	(25€*12*5)		1.200 €	(25€*12*4)
COMBUSTIVEIS	34.106 €	34.106 €	(360LT(1,579)*12*5)		27.285 €	(360LT(1,579)*12*4)
COMUNICAÇÃO TELEMÓVEIS	3.000 €	3.000 €	(50*12*5)		2.400 €	(50*12*4)
COMUNICAÇÃO INTERNET	1.320 €	1.320 €	(22€*12*5)		1.056 €	(22€*12*4)
Custos Pessoal						
REM.PESS.-REMUNERAÇÃO BASE	162.000 €	162.000 €	(4*2500*12) + (3500*12)		132.000 €	(3*2500*12)+(3500*12)
REM.PESS.-SUBSÍDIO DE FÉRIAS	13.500 €	13.500 €	(2500*4)+(3500)		11.000 €	(2500*3)+(3500)
REM.PESS.-SUBSÍDIO DE NATAL	13.500 €	13.500 €	(2500*4)+(3500)		11.000 €	(2500*3)+(3500)
REM.PESS.- SUBSÍDIO DE REFEIÇÃO	21.780 €	21.780 €	(18€*22*11*5)		17.424 €	(18€*22*11*4)
REM.PESS.- PRÊMIO DE DESEMPENHO	29.640 €	29.640 €	(2500*12*4*0,17)+(3500*12*0,22)		24.540 €	(2500*12*3*0,17)+(3500*12*0,22)
PESSOAL - TAXA SOCIAL ÚNICA	44.415 €	44.415 €	(2500*14*4*0,235)+(3500*14*0,235)		36.190 €	(2500*14*3*0,235)+(3500*14*0,235)
OUTROS FORMAÇÃO/SEMIN.NA EMPRESA						
OUTROS FORMAÇÃO, FORA DA EMPRESA. NAC.	4.667 €	4.667 €	3500€ / sessão formador para 3 zonas		4.667 €	3500€ / sessão formador
OUTROS CUSTOS PESSOAL						
FINANCIAL DISCOUNT/RAPPEL/ADJUSTMENTS STOCKS						
FINANCIAL DISCOUNT	54.016 €	27.388 €	1,5% de 30% vendas net		17.150 €	1,5% de 30% vendas net
RAPPEL	840.245 €	426.042 €	7% vendas net		266.781 €	7% vendas net
ADJUSTMENTS STOCKS	24.007 €	12.173 €	0,2% vendas net		7.622 €	0,2% vendas net
TOTAL OPEX	3.333.725 €	2.011.403 €			1.355.627 €	
KAM RESULT	72,23%	66,95%			64,43%	

Fonte: Autor

Anexo 13 : Lista detalhada das competências de um *Key Account Manager*

1. APTIDÕES ESTRATÉGICAS

a) Perspicácia Empresarial

- Saber como funciona o negócio;
- Conhecer bem as políticas, práticas, tendências, informações e tecnologias, atuais e futuras, que tenham influência direta na sua atividade e organização;
- Conhecer a concorrência;
- Saber como funcionam as estratégias e táticas no mercado.

b) Aptidões Funcionais / Técnicas

- Possuir os conhecimentos e aptidões funcionais e técnicas para desempenhar as suas funções com elevado nível de realização.

c) Aprendizagem Técnica

- Ter capacidade para adquirir novas aptidões e conhecimentos;
- Apreender facilmente novos conhecimentos a nível da indústria, da empresa, dos produtos e outros específicos;
- Ter bom aproveitamento em cursos técnicos e sessões práticas.

d) Lidar com a Ambiguidade

- Ser capaz de lidar eficazmente com a mudança;
- Conseguir mudar de rumo/direção sem problemas;
- Não ficar perturbado quando as coisas não estão definidas.

2. APTIDÕES OPERACIONAIS

a) Estabelecimento de Prioridades

- Aplicar o seu tempo e o dos outros naquilo que realmente é importante;
- Concentrar-se nas poucas questões que são críticas e colocar de lado as trivialidades;
- Estimar rapidamente o que pode contribuir para a realização de um objetivo ou constituir um entrave;
- Enfrentar os obstáculos.

b) Capacidade de Organização

- Saber dispor dos recursos para conseguir atingir os objetivos;
- Usar os recursos com eficácia e eficiência.

c) Planeamento

- Avaliar com rigor a duração e as dificuldades das tarefas e projetos;
- Estabelecer objetivos e metas;
- Dividir a evolução do trabalho por fases;
- Desenvolver horários e delegar;
- Antecipar e preparar-se para os problemas.

d) Transmissão de Informações

- Fornecer as informações de que as pessoas precisam para efetuarem o seu trabalho e sentirem-se bem como membros da equipa, unidade e/ou organização;
- Fornecer a cada pessoa informações que lhe permitam tomar decisões com rigor;
- Ser oportuno na transmissão de informações.

e) Coordenação e avaliação do trabalho

- Assumir claramente a responsabilidade de tarefas e decisões;
- Estabelecer objetivos e medidas claras;
- Controlar os processos, os progressos e os resultados;
- Conceber circuitos de opinião sobre o trabalho.

3. ENERGIA E MOTIVAÇÃO

a) Audácia Empresarial

- Dar aos outros opiniões atuais, diretas, completas e “passíveis de acção”, de forma construtiva;
- Permitir que as pessoas saibam em que situação se encontram;
- Enfrentar com rapidez e frontalidade os problemas interpessoais ou uma situação;
- Não recear assumir uma atuação negativa, quando necessário.

b) Orientação para os Resultados

- Conseguir exceder os objetivos estabelecidos;
- Ser constantemente um dos melhores executivos;
- Reger-se pelas questões de fundo;
- Empenhar-se a si e aos outros na obtenção de resultados.

4. APTIDÕES DE POSICIONAMENTO ESTRUTURAL

a) Agilidade Organizacional

- Saber como funciona a organização e compreender a sua cultura;
- Saber como conseguir que as coisas sejam feitas, tanto por meios formais como informais;
- Compreender a origem e a razão por detrás das políticas, práticas e procedimentos essenciais.

b) Sensatez Política

- Saber movimentar-se discreta e eficazmente em situações políticas complexas;
- Ter em conta a forma como a organização e as pessoas funcionam;
- Antecipar a ocorrência de problemas e planear a maneira como os vai resolver.

c) Técnicas de Apresentação

- Ser eficaz em diversos ambientes de apresentação formal: de uma pessoa para outra ou para grupos pequenos e grandes, com colegas, colaboradores diretos e chefias;
- Ser eficaz tanto dentro como fora da organização, tanto em tópicos agradáveis como controversos;

- Dominar as atenções e sabe gerir a atuação do grupo durante a apresentação;
- Se algo não resulta, ter a capacidade de mudar de tática a meio da apresentação.

5. APTIDÕES PESSOAIS E INTERPESSOAIS

a) Relacionamento Interpessoal

- Relacionar-se bem com todo o tipo de pessoas, de posições superiores, inferiores ou do mesmo nível, dentro e fora da organização;
- Construir relações de trabalho adequadas;
- Usar de diplomacia e tacto;
- Saber amenizar mesmo as situações de grande tensão.

b) Orientação para o Cliente

- Dedicar-se a satisfazer as expectativas e requisitos dos clientes internos e externos;
- Obter informações dos clientes em primeira mão e utiliza-as no melhoramento dos produtos e serviços;
- Atuar tendo sempre em mente os clientes;
- Estabelecer e manter relacionamentos eficientes com os clientes e conquistar a sua confiança e respeito.

c) Capacidades de Negociação

- Ter talento para negociar em situações difíceis, com grupos internos e externos;
- Saber apaziguar diferendos com um mínimo de discussão;
- Saber obter concessões sem deteriorar as relações;
- Saber ser direto e enérgico, mas também diplomático;
- Conquistar rapidamente a confiança das outras partes envolvidas nas negociações.

d) Integridade e confiança

- Ser considerado digno de grande confiança;
- Ser visto como um indivíduo frontal e franco;
- Guardar as confidências e Admitir os erros;
- Não se comprometer em nome de vantagens pessoais.

Fonte: Autor