



A DECISÃO DE MAKE OR BUY E OS CUSTOS DE TRANSAÇÃO NA ADMINISTRAÇÃO HOSPITALAR

RESUMO

A compreensão do processo de tomada de decisão de quando transferir a responsabilidade da execução de tarefas a terceiros, é de fundamental importância para se conhecer a postura estratégica de uma organização, sendo a decisão de fazer ou comprar (Make or Buy) uma das mais importantes no cenário competitivo. Este estudo observa um segundo momento em um processo de terceirização de um setor estratégico, ocorrida em um grande hospital geral privado na cidade de São Paulo. Como resultado, foi possível entender que a decisão de fazer ou comprar, quando culmina com o processo de terceirização, não representa uma decisão estática e permanente, mas sim é um processo dinâmico que pode ser continuado ou descontinuado de acordo com a dinâmica evolutiva, e que depende predominantemente da atenção aos custos de Transação, como fator predominante de sucesso.

PALAVRAS-CHAVES: Fazer ou Comprar; Custos de Transação; Terceirização.

THE MAKE OR BUY DECISION AND TRANSACTION COSTS IN HOSPITAL ADMINISTRATION

ABSTRACT

Understanding the process of decision making of when to transfer responsibility for the execution of tasks to third parties, is crucial to know the strategic posture of an organization, being the Make or Buy decision (Make or Buy) one of the most important in the competitive landscape. This study notes a second time in a process of outsourcing a strategic sector, which occurred in a large private general hospital in Sao Paulo. As a result, it was possible to understand that the decision to Make or Buy when culminates in the outsourcing process, not a static and permanent decision, but is a dynamic process that can be continued or discontinued according to the evolutionary dynamics, and that depends predominantly on the attention to transaction costs, such as predominant factor of success.

KEYWORDS: Make or Buy; Transaction Costs; Outsourcing.

*Revista Brasileira de
Administração Científica,
Aquidabã, v.3, n.3, Jul, Ago, Set,
Out, Nov, Dez 2012.*

ISSN 2179-684X

SEÇÃO: Artigos

TEMA: *Teoria Geral da
Administração*



DOI: 10.6008/ESS2179-684X.2012.003.0001

Francisco Carlos Cobaito

Universidade Nove de Julho, Brasil

<http://lattes.cnpq.br/4008937084152380>

fcobaito@iq.com.br

Recebido: 14/06/2012

Aprovado: 08/08/2012

Avaliado anonimamente em processo de pares cegas.

Referenciar assim:

COBAITO, F. C.. A decisão de Make or Buy e os custos de transação na administração hospitalar. Revista Brasileira de Administração Científica, Aquidabã, v.3, n.3, p.6-18, 2012.

INTRODUÇÃO

O presente artigo tem como objetivo geral a investigação da terceirização em Instituições de Saúde Hospitalar, explorando os aspectos ligados à terceirização de setores estratégicos e associá-los aos principais pressupostos encontrados na literatura de *Make or Buy* e dos Custos de Transação, o estudo explora estes pressupostos para um setor específico da economia que é o setor formado por hospitais privados, o fato relevante da pesquisa é justificado devido à decisão de *Make or Buy* estar diretamente ligada ao sucesso operacional, e econômico-financeiro de uma empresa, e por muitas vezes responsável pela sua perenidade e continuidade.

Este estudo apresenta um breve panorama sobre os hospitais no Brasil com foco na gestão, o que é fundamental para posicionar o mercado estudado, posteriormente apresenta uma revisão da literatura de decisão de *Make or Buy*, seguido por um estudo de Custos de Transação, por fim, embasando o processo de terceirização em Hospitais, suas definições e raízes avaliando-se também as parcerias, através de um estudo de caso. Como resultado deste trabalho, pode-se associar a percepção da instituição de saúde estudada a respeito da decisão de reformulação do processo de terceirização de um setor estratégico, analisada com relação aos aspectos levantados no referencial teórico dentro da literatura de *Make or Buy* e dos Custos de Transação.

Para Drucker (1999), o gerenciamento na área da saúde é mais complexo do que em qualquer outro tipo de organização. Segundo Gonçalves (2006), a palavra hospital deriva da forma latina culta *hospitale* que significa “relativo à hóspede ou hospitalidade”. De fato a palavra latina *hospes*, hospede, originou as palavras *hospitalis* e *hospitium*, que designavam o local onde se abrigavam na antiguidade os enfermos, viajantes ou peregrinos.

Para Alves (1988) a administração de hospitais constitui-se numa especialidade complexa e peculiar por envolver aspectos de recursos humanos, e recursos técnicos, tais como engenharia, nutrição, limpeza, hotelaria, suprimentos, e corpo assistencial; médicos, enfermeiros, e outros mais, muito diversificados que interagem entre si, com o objetivo de dar aos pacientes condições de sua recuperação.

De acordo com Rotta (2004), datam do final do século XIX as primeiras teorias da administração criadas para a indústria e adaptadas a organização dos hospitais contemporâneos. Ainda Gonçalves (2006), complementa esta visão ao descrever que historicamente no Brasil, o primeiro formato de estruturação hospitalar foi herdado do modelo Português da Santa Casa de Misericórdia, genericamente o modelo prevê uma estrutura dirigida pela mesa administrativa eleita a partir de um conselho sempre composto por membros de presença marcante no seio da comunidade. Tal formatação sobrevive no Brasil todo, ainda que procurando adaptar-se a exigências atuais, sobretudo de natureza financeira.

Segundo Borba (1982), até 1930, os hospitais eram frequentemente dirigidos por enfermeiros, religiosos ou empresários aposentados, pessoas bem intencionadas que

administravam guiados pelo bom senso e intuição. No Brasil, na década de 1940, Odair Pedroso, publica os primeiros trabalhos sobre administração hospitalar.

Três décadas depois, mais especificamente em 1972, é criado o Programa de estudos Avançados em Administração Hospitalar e de Sistemas (PROAHASA), que atua em conjunto com o Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (HCFMUSP), e com a Escola de Administração de Empresas de São Paulo da Fundação Getúlio Vargas (FGV-EAESP), a PROAHASA hoje responde por publicações, atividades de ensino, treinamento, pesquisa, e assistência técnica na área de administração em saúde.

Atualmente, premiações como o Premio Nacional de Qualidade (PNQ) e o Prêmio Nacional de Gestão em Saúde (PNGS) vem sendo utilizadas pelas organizações de saúde para recompensar os esforços de melhorias nos hospitais. Compreender então a atividade hospitalar como um negócio, e equilibrar esse conceito com a função social do hospital exigem uma gestão empresarial ética, competente e desafiadora.

Por fim nesta mesma linha, novamente Borba (1982), ressalta que o hospital moderno tem diferentes funções, sendo elas: a restaurativa, a preventiva, a educativa, a de pesquisa, e a de integração, todas abrangendo a assistência e prevenção a saúde da comunidade, como instrumento para aprimorar o enriquecimento da cultura popular, contribuindo também para o progresso da sociedade.

REVISÃO TEÓRICA

Make or Buy

Para Venkatesan (1992), dentre as decisões mais importantes dentro do atual cenário competitivo que as empresas enfrentam, está à decisão que consiste em escolher quais são as atividades que devem permanecer sob a responsabilidade da empresa, e quais delas podem ser terceirizadas, decisão esta, que demonstra qual a direção estratégica de uma empresa.

Ainda o autor prescreve que uma empresa deva primeiramente realizar uma identificação de subsistemas estratégicos (subconjuntos) e famílias de produtos (tecnologias de produção), e sugere que os subsistemas não estratégicos e as atividades não essenciais devam ser terceirizados. Discorre que o processo decisório de *Make or Buy* não está somente ligado ao nível operacional ou de produção da empresa, ele passa por outras áreas essenciais das empresas como logística, finanças, administração, jurídica, comercial, tomando um caráter de muita importância e complexidade, no sentido de envolver várias dimensões e diferentes interesses dos *Stakeholders* envolvidos no processo.

Segundo Cánez (2000), as empresas por possuírem uma limitação em seus recursos, nem sempre conseguem serem proprietárias de toda a tecnologia que necessitam para produção, onde em algum momento deverão optar pela decisão de *Make or Buy*. O autor desenvolveu um modelo

com o objetivo de explicar os motivos principais que levam a decisão de *Make or Buy*. O modelo baseia em elementos de fora para dentro, onde a empresa possuiria um limitado ou nenhum controle sobre estes fatores, que atuariam como gatilhos para tomada de decisão, classificando-os em: elementos sociais; elementos econômicos; elementos políticos; e elementos ambientais.

Nesta mesma linha Gutwald (1995), apresenta os modelos clássicos disponíveis para a decisão de *Make or Buy*, dividida em quatro grandes grupos:

- a) **Análise econômica:** esta metodologia consiste em comparar o custo de determinada tarefa de fabricação de determinado produto, ou da execução de um serviço, com o custo de aquisição no mercado.
- b) **A análise do custo de Transação:** A Teoria dos Custos de Transação: inicialmente desenvolvida pelo economista Coase (1937), levando em conta os custos que acontecem quando os indivíduos comercializam os direitos de propriedade sobre ativos econômicos.
- c) **A análise estratégica:** Que consistem em identificar as competências essenciais da organização, aquelas que geram uma vantagem competitiva.
- d) **A análise multidimensional:** que leva em conta outros fatores como: natureza inovadora dos serviços ou produtos, fatores de capital humano, custos, dentre outros.

Já, para Neto (1995), um dos aspectos mais importantes da decisão de *Make or Buy*, é a ‘focalização’, onde uma empresa deve ‘focar’, ou seja, ter sob sua responsabilidade direta, apenas as atividades que possui expertise, e terceirizar as demais atividades secundárias para outras empresas executarem.

Ainda para o autor, as características chaves da focalização, que permitem as empresas liberar tempo e energia para focalizar em seu *core bussines*, são:

- a) Restringir a operação a um número limitado de processos, buscando facilitar o controle.
- b) Buscar a qualidade, mas evitar exageros em novas especificações ou sistemas complexos de controle de qualidade.
- c) Limitar as tarefas de manufatura apenas onde possuir real competência, para ser competitiva.

Compreendendo-se através destes autores, o processo de decisão de *Make or Buy*, pode-se agora caminhar para a compreensão dos Custos de Transação.

Teoria dos Custos de Transação

Como pioneiro desta teoria, Coase (1937), foi o primeiro autor a chamar a atenção para a análise dos custos envolvidos na interação humana, destacando como tais custos aqueles que influenciam nas transações entre as empresas. A firma para o autor é um conjunto de contratos coordenados, que levam à execução da função produtiva. Coase abre as portas para a

compreensão da organização moderna, ao discutir as relações contratuais entre firmas, as alianças estratégicas, a subcontratação, e as parcerias, como relações típicas de produção, expandindo assim o conceito de firma. Arrow (1969) complementa esta afirmativa ao apresentar a definição de Custos de Transação como: “Os custos de fazer o sistema econômico funcionar”.

Para Williamson (1985), quando ocorre uma Transação, representada pela transferência de um bem ou serviço através de uma interface formalmente separável, passível, portanto de ser estudada como uma relação contratual, por envolver compromissos entre os participantes, os custos de Transação representam os gastos de recursos econômicos para as atividades de planejamento, de adaptação, e monitoramento das interações entre os agentes envolvidos, visando garantir o cumprimento dos termos contratuais, de maneira satisfatória entre as partes envolvidas, e compatíveis com a formalidade da economia.

Para a melhor compreensão dos ensinamentos de Williamson, faz-se necessário abrir um parêntese com as bases do pensamento neoclássico. Segundo Vasconcelos e Cyrino (2000), a teoria econômica neoclássica é baseada em premissas de equilíbrio, certeza e racionalidade perfeita que resultam em um tipo inercial do processo de tomada de decisão, onde a firma é vista não como uma instituição, mas como uma peça, sem nenhuma autonomia de decisão e que responde racionalmente, mas passivamente às mudanças no ambiente, reduzido, na concepção clássica, aos mecanismos de preços e quantidades.

Retornando aos ensinamentos de Williamson (1985), os Custos de Transação alteram a três suposições usuais desta visão da teoria neoclássica:

- a) Primeira, para a teoria dos custos de Transação as pessoas têm uma racionalidade limitada, onde nem sempre são capazes de absorver totalmente, e de forma ótima toda a informação disponível;
- b) Segundo, que na teoria dos custos de Transação o comportamento das pessoas é baseado na busca do interesse próprio, marcado pelo oportunismo;
- c) Terceiro, a impossibilidade de que o capital seja transferido de uma atividade para outra com custo zero.

Ainda para o autor, os custos de Transação estão presentes em várias atividades, como:

- a) Na atividade da busca da informação, aplicada às empresas compradoras ou vendedoras, seja na busca pelo comportamento destes agentes, seja na busca de pesquisa da qualidade ou preços praticados por estes agentes;
- b) Na atividade da negociação, que serve de base para delimitar os limites dos vendedores e compradores, necessária para identificar as verdadeiras intenções entre as partes;
- c) Na Formalização dos contratos, aplicada para formalizar as intenções entre as partes, ato imprescindível para o direito privado, dando ao ato as garantias legais, inclusive levando em conta os registros nos órgãos competentes;

- d) No monitoramento dos parceiros contratuais, com a finalidade de monitorar se as cláusulas previamente acordadas estão sendo cumpridas;
- e) Na correta aplicação do contrato, aplicada quando uma das partes não cumpre o acordado previamente, ou seja, são os custos de se fazer cumprir os contratos, tanto na esfera amigável, quanto na esfera jurídica.

Ainda o autor divide em duas dimensões os Custos de Transação:

1. Os custos *ex ante*, que são aqueles que estão presentes em maior volume em cenários onde seria difícil estabelecer as condições para uma Transação de acordo com métricas planejadas, exigindo grande esforço de negociação para se garantir o produto ou serviço final transacionado, tenha a qualidade esperada, e cumpridos com o cronograma de pagamentos e recebimentos financeiros.
2. Os custos de transação *ex post*, compreendem os custos que estão presentes sob várias formas dentre elas, os custos relativos às ações para reparar os desvios nas transações contratuais e promover o seu alinhamento com as bases e parâmetros contratados, custos resultantes da barganha entre as partes quanto aos esforços bilaterais para corrigir os desvios contratuais, custos relativos a preparação e operação das estruturas de governança, custos de garantias para assegurar o cumprimento do contrato.

Terceirização Aplicada ao Ambiente Hospitalar

Para Neto (1995), o termo terceirização refere-se ao ato de transferir a responsabilidade por um determinado serviço ou operação/fase de um processo de produção, ou de comercialização de uma empresa para outra(s), neste caso(s) conhecida(s) como terceira(s). Nesta forma a empresa contratante deixa de realizar algumas ou várias atividades cumpridas com os seus próprios recursos, pessoal, instalações, equipamentos, etc. e passa-as para as empresa(s) contratada(s).

Segundo Zamberlan (2005), alguns estudiosos da área Hospitalar, definem este processo como sendo a busca pela qual a instituição visa alcançar maior e melhor qualidade e produtividade, redução de custos e, desta forma, a atividade deixa de ser realizada pelos funcionários de uma empresa A (instituição hospitalar) para ser transferida aos funcionários de uma empresa B (serviço terceirizado).

Como ponto de atenção destaca Boyson (1999), que algumas empresas se utilizam do processo de terceirização visando absorver somente o *know-how* da empresa prestadora de serviços, onde após este período de aprendizado estas empresas voltam a assumir a responsabilidade pelos serviços antes terceirizados.

Para Veloso (2004), a terceirização em hospitais é um fenômeno crescente, não somente no Brasil, esta tendência também se verifica nos EUA, onde estudos recentes apontam alta taxa

de terceirização. Além de áreas tradicionais como limpeza e conservação, vigilância, também as áreas consideradas essenciais de profissionais especializados como médicos e enfermagem são terceirizados, onde ao invés de se contratar os médicos em regime celetista, ou de utilizar do regime de contratação como autônomo, os hospitais tanto filantrópicos como voltados à iniciativa privada, têm estimulado os médicos a se associarem e formarem sociedades de cotistas (micro e pequenas empresas de profissionais liberais) e cooperativas médicas, e contratam estes profissionais através de suas empresas para prestarem serviços a instituição.

Segundo Gonçalves (2006), podemos também classificar em duas principais correntes os movimentos de terceirização na área hospitalar, primeiramente um mais voltado diretamente a economias de custos, com vistas a reduzir o valor da folha de pagamentos e os encargos sociais, e uma segunda corrente associada com outras organizações, que desenvolvem mais competências em alguma atividade crítica para o hospital.

O primeiro tipo de terceirização costuma ser aplicado para áreas de baixa especialidade e mão de obra intensiva, como nos casos de limpeza, segurança e recepção, estacionamento, conservação, lavanderia, dentre outros. O modelo básico é contratar empresas, que prestam serviços em qualquer tipo de organização, para também prestarem serviços no ambiente hospitalar. O segundo tipo de terceirização ocorre quando duas empresas trabalham associadas para a finalidade de realizar uma tarefa, necessária para a empresa contratante, e realizada com qualidade pela outra empresa contratada. Este tipo é bastante presente na área de serviços complementares, como laboratórios, serviços e imagens, patologia clínica, e outras atividades especializadas.

METODOLOGIA

Esta investigação foi desenvolvida por meio de um estudo qualitativo e descritivo, e para atingir os objetivos do estudo, optou-se pelo método de estudo de caso. Segundo Campomar (1991), o estudo intensivo de um caso permite a descoberta de relações que não seriam encontradas de outra forma, sendo as análises e inferências em estudo de casos feitas por analogia de situações, respondendo principalmente as questões de, por que, como.

Para Yin (2010), o estudo de caso é uma forma de se fazer pesquisa social empírica ao investigar se um fenômeno atual dentro de seu contexto de vida real, onde as fronteiras entre o fenômeno e o contexto não são claramente definidas e na situação em que múltiplas fontes de evidência são usadas. De acordo com Boyd et al. (1985), o estudo de caso envolve a análise intensiva de um número relativamente pequeno de situações, e, às vezes, o número de casos estudados reduz-se a um. É dada ênfase completa descrição e ao entendimento do relacionamento dos fatores de cada situação, não importando os números envolvidos.

Adicionalmente, as justificativas para a escolha deste estudo de caso único, foi a de o objeto de estudo se tratar de um caso “representativo ou típico” (YIN, 2010). Mais precisamente

tratou-se de um estudo de caso de uma instituição ‘representativa’, entre muitas outras instituições de saúde hospitalar diferentes, ou seja, o Hospital estudado é considerado uma referência, segundo a ANAHP - Associação Nacional dos Hospitais Privados, dentro do segmento de saúde hospitalar, portanto de muita representatividade.

Apesar deste estudo não ser longitudinal, este trabalho contou com uma base de dados coletados junto à instituição estudada, por um período de 26 meses, de julho 2008 a setembro 2010.

A técnica de obtenção de dados empreendida foi à entrevista com os gestores das áreas, através de entrevista semiestruturada, onde adicionalmente foram também analisados relatórios gerais da Instituição, de interesse desta pesquisa, com a finalidade de obter informações complementares. Gil (1999, p.117), define a entrevista como “a técnica em que o investigador se apresenta frente ao investigado e lhe formulam perguntas, com o objetivo de obtenção dos dados que interessam à investigação”.

Com o objetivo de coleta de dados, foram executadas reuniões semanais, durante dois meses, de aproximadamente uma hora com os protagonistas do processo, seguindo-se um roteiro previamente formulado a partir da revisão da literatura. Estes profissionais (protagonistas), conforme quadro 01, foram escolhidos em virtude da relevância e representatividade, por terem participado como gestores deste processo, desde o início, até o seu amadurecimento dentro Instituição.

Quadro 01: Qualificação dos respondentes da pesquisa.

Respondente	Cargo	Responsabilidades	Tempo de Empresa
1	Gerente de Pacientes Externos	Médico Gestor, responsável por todos os serviços à pacientes externos da Instituição (procedimentos que não necessitam de internação).	11 anos
2	Gerente de Pacientes Internos	Médico Gestor, responsável por todos os serviços à pacientes internos da Instituição.	9 anos
3	Gerente de Hotelaria	Administradora, responsável por todos os serviços de infraestrutura de conforto a pacientes envolvendo toda a rotina de hotelaria.	2 anos
4	Diretor Técnico Hospitalar	Médico Gestor, responsável pela gestão médica efetiva do Hospital, técnica e gerencial de atividades complexas, que abrange grupos profissionais de alta capacitação técnica.	14 anos
5	Gerente Administrativo e Financeiro	Economista, tem a incumbência da administração de assuntos financeiros, administrativos, de recursos humanos e contábeis, do nível operacional ao estratégico.	8 anos

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Nesta seção pretende-se apresentar o caso, sua origem, local e objetivo, em seguida apresentar o encadeamento de eventos que culminaram na comprovação de uma segunda onda do processo de *Make or Buy*.

Iniciamos pela caracterização da Instituição estudada: Humanismo, pioneirismo e excelência são as três vertentes que norteiam esta reconhecida instituição de saúde hospitalar

que nasceu em 1921, da iniciativa de um grupo de senhoras da primeira geração de imigrantes, que desejavam oferecer assistência médica de qualidade em um estabelecimento condizente com a importância da cidade de São Paulo.

Atualmente o hospital conta 100 mil metros quadrados de área construída, cerca de quatro mil colaboradores - entre funcionários, equipe de enfermagem e médicos, onde o Hospital possui capacidade para realizar até 50 cirurgias por dia, e cerca de dois mil tipos de exames diagnósticos, além de acolher 300 pessoas em seus leitos.

A instituição apresentou uma Receita Operacional Bruta para o ano de 2009 de R\$ 663 milhões, com um Superávit do Exercício de R\$ 50,1 milhões.

Segundo Dr. A. A., executivo da instituição, e também o gestor responsável pelo processo de terceirização de serviços estratégicos da Instituição, dentro da instituição durante o período estudado que compreendeu o período de julho de 2008 a setembro de 2010, a maior incidência de empresas externas prestadoras de serviços terceirizados na área clínica, estava localizada no setor de SADT (Serviços de Apoio à Diagnose e Terapia).

Ainda segundo o entrevistado, prevalece dentro da instituição estudada uma premissa que norteia as decisões de *Make or Buy* atrelada a uma questão de sua cultura institucional, de sempre possuir os melhores profissionais.

Narrativa da Evolução dos Fatos

Passo 1: o quadro inicial em julho de 2008, apresentavam os serviços de SADT como já terceirizados, desde o início dos anos 2000, e constituído por quatro especialidades distintas, uma primeira empresa fornecendo serviço de raios-X, segunda empresa fornecendo serviço de ultrassonografia, terceira empresa fornecendo serviço de ressonância magnética, e por fim uma quarta empresa fornecendo serviço de tomografia computadorizada.

Dentro deste contexto havia algumas variáveis que não contribuía para a otimização da gestão do processo de administração interna da instituição contratante dos serviços, residente no fato de administrar quatro contratos de quatro empresas atuando separadamente, como ponto principal figurava a renegociação contratual feita anualmente empresa a empresa, levando em consideração as variáveis internas e externas de cada serviço, outro ponto negativo era a ocorrência de casos de ações trabalhistas de vínculo empregatício dos funcionários destas empresas terceirizadas contra a instituição contratante, dentre algumas outras variáveis.

Passo 2: diagnóstico e proposições de melhorias, de julho a novembro de 2008. Visando aprofundar o conhecimento desta situação, com vistas a diminuir as dificuldades na gestão, foi aplicada a ferramenta de *SWOT*. A matriz *SWOT* é uma ferramenta de gestão que, através da análise do ambiente externo e interno, consegue posicionar de forma estratégica a empresa no local onde está inserida. Para Santo (2001), o termo *SWOT* é derivado da junção das letras

iniciais das palavras *Strengths* (forças), *weakness* (fraquezas), *opportunities* (oportunidades), e *threats* (ameaças), que ajudam uma instituição a se posicionar tanto em sua relação ao mercado, como também de suas competências, forças e fraquezas internas.

Após várias reuniões internas, do comitê de Direção da Instituição, com o objetivo de repensar a função gerencial das unidades funcionais da área de SADT, a partir de um modelo que privilegiasse a centralização administrativa e técnica da unidade, e que promovesse a participação na tomada de decisão e o trabalho compartilhado entre os profissionais que ali atuavam alinhados também a tendência do que se pratica nos melhores e maiores hospitais do mundo, decidiu-se por uma 'segunda onda' da decisão de *Make or Buy*, representada pela iniciativa de unificação destes quatro serviços (empresas) em uma única unidade prestadora de serviços, representando a continuidade do tipo de prestação de serviços ao pacientes finais via empresa terceirizada, porém passaria a ser prestada através de uma única empresa.

Esta nova proposição de unificação apresentava uma série de vantagens, das quais se pode destacar a padronização da metodologia dos procedimentos, a diluição de custos de monitoramento, a diminuição de custos de administração contratual, e a facilidade para apresentação de metas e padrões de qualidade única, dentre algumas outras.

Passo 3: aplicação prática do processo de melhorias, novembro a abril de 2009. Em um primeiro momento foi solicitado aos responsáveis de cada uma das empresas terceirizadas, para que as quatro empresas se fundissem, e constituísse uma única sociedade, para o atendimento a instituição.

Após meses de negociação, onde o principal 'conflito de interesse' ocorrido no processo foi referente ao aspecto financeiro, mais especificamente a rentabilidade de cada operação, devido à remuneração para o setor de ultrassonografia e raios-X, representado por duas empresas distintas, apresentavam por questões históricas de mercado, uma baixa rentabilidade, portanto havia um natural interesse pela junção dos serviços, contrariamente, o setor de ressonância magnética e tomografia computadorizada, cujos serviços apresentavam, também por condições históricas de mercado, uma margem de lucro mais elevada, representada também por outras duas empresas distintas, naturalmente apresentavam desinteresse na unificação dos serviços. Após exaustivos embates, não foi possível haver esta fusão proposta.

Passo 4: finalização do processo, de abril a julho de 2009. Foi então iniciada uma nova etapa do projeto, composta por uma extensa pesquisa no mercado de fornecedores de serviços de SADT, baseada em fatores econômicos e técnicos. Encontrada esta nova empresa, ocorreu então por parte da Instituição o cancelamento contratual, com as empresas anteriores, devidamente articulados com a nova empresa contratada para que os serviços não sofressem nenhum tipo de descontinuidade, processo este que transformou em realidade o aperfeiçoamento da decisão

inicial de *Make or Buy*, com a nova onda de terceirização dos serviços de SADT, agora, para uma única empresa.

Esta decisão passou pelo investimento maciço por parte da instituição na aquisição de equipamentos de última geração, mecanismo onde a instituição entra com compra de equipamentos, e os médicos e demais profissionais da empresa contratada, participam com a prestação do serviço. Este modelo apresenta um ponto importante para empresa terceirizada, por não arcar com os custos de investimento em ativo fixo, nem a sua manutenção e atualização.

Outro ponto importante foi que todos os profissionais de saúde que trabalham na empresa terceirizada foram, por exigência da Instituição contratante, admitidos em contrato social da empresa contratada na categoria de Sócios, fazendo com que as ações trabalhistas de vínculo empregatício junto à instituição, que anteriormente eram frequentes, fossem reduzidas a zero.

Houve a preocupação especial por parte da instituição estudada, com o aspecto de monitoramento, tanto dos recolhimentos das obrigações legais (tributos e encargos sociais) da empresa terceirizada, como também, no controle de qualidade dos serviços finais prestados, através de diversos indicadores, e padrões acordados de SLA.

Segundo Gomes (2001), um acordo de nível de serviço SLA, é um instrumento para a gestão das expectativas do cliente. Sua meta é definir uma estrutura para a gestão da qualidade e quantidade dos serviços entregues e, por conseguinte, atender à demanda dos clientes a partir de um entendimento claro do conjunto de compromissos.

Nos dias atuais com o processo já amadurecido e sedimentado, de acordo com as informações de relatórios internos da Instituição: 1) Pelo aspecto financeiro, houve uma redução de custos medidos no período de referência de um ano (2009-2010), na ordem de R\$ 1,5 milhões, o que representa 14,56% menor em comparação aos custos estimados sob a situação anterior. 2) Quanto ao aspecto de qualidade nos serviços prestados, tanto em pesquisas de satisfação interna, composta por pacientes, e entre o corpo clínico, como também junto a renomados órgãos externos como, CBR - Colégio Brasileiro de Radiologia e Diagnóstico por Imagem, o resultado se mostrou positivo, ao ponto do serviço de SADT da instituição, ser reconhecido como sendo um, dentre os de melhor qualidade da América Latina.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Conclui-se que hospital estudado procurará além de terceirizar as atividades consideradas não centrais (limpeza, segurança, etc.), buscarão também terceirizar as atividades fim, exemplificada pela terceirização dos serviços de SADT, com foco na eficiência em custos de Transação através de arranjos em rede envolvendo os valores internos da instituição e alavancados por um aprendizado anterior.

Podemos classificar o evento ocorrido dentro da instituição de saúde hospitalar como uma segunda onda de terceirização, pois a base partiu não de serviços sob a responsabilidade da

instituição, mas sim de uma base já terceirizada, a decisão de *Make or Buy*, foi então, remodelada, e aperfeiçoada, buscando-se aprimorar o dueto, de melhor fornecedor aliado a melhor forma de contratação, Podemos então concluir que o processo de *Make or Buy* é dinâmico, podendo ser descontinuado, continuado, ou continuado com aprimoramento ao longo do tempo.

Nota-se que há uma aderência presente no caso em questão, com a literatura de *Make or Buy*, onde a experiência anterior da instituição a partir de seu corpo clínico de administração, que já tratava com empresas terceirizadas de SADT, foi um fator que contribuiu para criar um novo contrato, baseados em desempenho e com monitoração específica, o que diminui os custos de Transação, *ex ant*, e também *ex post*, conforme encontrado na literatura proposta por Williamson (1985).

A coexistência de uma forma harmoniosa da “dualidade” palavras do entrevistado Dr. A. A.: “de um lado o interesse da Instituição no controle de custos e produtividade da unidade terceirizada, e de outro lado onde a decisão não é apenas técnica, mas onde a empresa terceira funciona como uma parte importante da solução na prestação de serviços de excelência ao paciente”.

Tal fato encontra-se imbricado na literatura dos Custos de Transação, contribuindo para haja a diminuição dos Custos de Transação, tanto da atividade de negociação, quanto da atividade de monitoramento contratual.

Por fim, acredita-se assim que este estudo é relevante, ao investigar do ponto de vista acadêmico o fenômeno da terceirização de setores estratégicos dentro de uma instituição representativa no segmento de saúde hospitalar, trazendo uma contribuição prática ao expor os resultados deste estudo de caso, a luz da teoria de *Make or Buy*, e dos Custos de Transação.

REFERÊNCIAS

ANAHP. Site da **Associação Nacional de Hospitais Privados**. Disponível: <http://www.anahp.com.br>. Acesso: Fev 2011.

ALVES, A.. **Fontes de Financiamento e eficiência em dois hospitais privados e filantrópicos paulistas: um estudo de caso**. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Universidade de São Paulo, 1988.

ARROW, K. J.. The organization of economic activity. In: ST CONGRESS, 91. **Anais**. Washington D.C., 1969.

BORBA, V. R. A.. A importância da avaliação e controle da administração hospitalar. **O mundo da saúde**, São Paulo, n.Abr-Jun, p.79-84, 1982.

BOYD, H. W.; WESTFALL, R.; STASCH, S. F.. **Marketing research**: text and cases. Illinois: Richard P. Irwin. Inc., 1985.

BOYSON, S.. Managing effective third party logistics relationships: what does it take?. **Journal of Business Logistics**, v.20, n.1, p.73-87, 1999.

CÁNEZ, L. E.; PLATTS, K. W.; PROBERT, D. R.. Developing a framework for Make or Buy decisions. **International Journal of Operations & Production Management**, v.20, n.11, p.1313-1330, 2000.

- CAMPOMAR, M. C.. Do uso de “Estudo de Caso” em pesquisas para dissertações e teses em administração. **Revista de Administração**, São Paulo, v.26, n.3, p.95-97, 1991.
- DRUCKER, P. F.. **Administrando em tempos de grandes mudanças**. São Paulo: Pioneira, 1999.
- COASE R. H.. Nature of the firm-source: economica. **New Series**, v.4, n.16, p.386-340, 1937.
- GIL, A. C.. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 5 ed. São Paulo: Atlas, 1999.
- GOMES, S. B.; FALBO, R. A.. **Um modelo para acordo de nível de serviço em TI**. São Paulo: UFES, 2001.
- GONÇALVES, E. L.. **Gestão hospitalar: administrando o hospital moderno**. São Paulo: Saraiva, 2006.
- GUTWALD, P. M.. **Strategic outsourcing and technology supply chains**. Master's thesis (Management) – Massachusetts Institute of Technology, Massachusetts , 1995.
- NETO, J. A.. Reestruturação industrial terceirização e redes de subcontratação. **Revista de Administração de Empresas**, São Paulo, v.35, n.2, p.33-42, 1995.
- ROTTA, C. S. G.. **Utilização de indicadores de desempenho hospitalar como instrumento gerencial**. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Universidade de São Paulo, 2004.
- SANTO, F. A. E.. **A importância da gestão estratégica na implantação de uma empresa de prestação de serviços**. FATEB, 2001.
- VASCONCELOS, F. C.; CYRINO, A. B.. Vantagem competitiva: os modelos teóricos atuais e a convergência entre a estratégia e teoria organizacional. **Revista de Administração de Empresas**, v.40, n.4, p.20-37, 2000.
- VELOSO, G. G.. **Análise de terceirizações em serviços de apoio diagnóstico e terapêutico em hospitais privados**: aplicação de modelos de decisão ‘Make or Buy’ em hospitais. Tese (Doutorado) – Fundação Getúlio Vargas, 2004.
- VENKATESAN, R.. Strategic sourcing: to make or not to make. **Harvard Business Review**, v.70, n.6, p.98-107, 1992.
- WILLIAMSON, O. E.. **The economic institutions of capitalism**. New York: The Free Press, 1985.
- YIM, R. K.. **Estudo de caso: planejamento e métodos**. 2 ed. Porto Alegre: Bookman, 2010.
- ZAMBERLAN, C. S.; HECKLER H. C.. A terceirização nos serviços e consequências no cuidar em enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v.58, 2005.