

1. Introdução

1.1. Enquadramento

No domínio da gestão logística, um raciocínio inerente à gestão da cadeia de abastecimento passa por avaliar quais as actividades que a organização pode e/ou deve realizar internamente ou deixar a cargo de terceiros, porque, quando e de que forma o deve fazer. A transferência da responsabilidade de realização de actividades para terceiros, ou *outsourcing*, reveste-se, como tal, de grande complexidade. A gestão destas relações, sendo, assim, mais abrangente do que a mera gestão de contratos (com a devida importância que esta, por si só, possa assumir), não pode ignorar a conjugação de vários aspectos desde os motivos e condicionantes da decisão, aos critérios de escolha das actividades a externalizar, aos tipos de acordos possíveis, até ao impacto que a decisão tem na organização que a pratica. O facto de não existirem prescrições universais em gestão implica que a solução de um problema esteja condicionada pelas circunstâncias em que ocorre. Deste modo, a solução de externalizar não deve ser tomada como panaceia na resposta à questão “*make or buy*”.

A evidência denuncia uma tendência crescente de *outsourcing* no sector da saúde demonstrando um alargamento do espectro do fenómeno ao longo das duas últimas décadas, alterando-se, no entanto, as ênfases das motivações, da tipologia de actividades e das relações estabelecidas. Se inicialmente, o fenómeno se resumia a encontrar uma entidade externa à organização que executasse a mesma tarefa, simultaneamente de forma mais rápida, melhor e a menor custo, a evidência aponta para uma evolução do conceito passando a serem reconhecidos como estratégicos os motivos que levam ao *outsourcing* como libertador de recursos necessários a actividades de maior valor acrescentado. Mais recentemente, o *outsourcing*, para além de cumprir os anteriores propósitos, é também olhado como fonte de inovação originando quer novas formas de fazer o mesmo negócio, quer novos negócios.

No entanto, os factores determinantes da decisão de externalizar não se apresentam consensuais num sector onde o epicentro é o paciente e/ou a família e onde os serviços que impliquem um contacto directo podem ser vistos como críticos e de difícil

externalização. Optar pelo *outsourcing* de actividades, mesmo que periféricas ao contacto directo com o cliente, não deve ser uma decisão redundante num sector de empresarialização embrionária e onde os resultados se traduzem no bem-estar dos utentes/clientes com elevadas expectativas de qualidade da prestação.

Por outro lado, a decisão não se encontra apenas condicionada pela proximidade da actividade ao cliente nem, primordialmente, por restrições de carácter financeiro, tecnológico e político que, no sector da saúde, assumem peso avultado. As razões podem não ser de cariz estratégico situando-se, também, ao nível operacional.

Nesta dissertação, ao investigar-se o *outsourcing* em contexto de organizações de saúde, procura-se aferir se a satisfação (ou insatisfação) com a decisão como resultado de uma correcta avaliação dos riscos e benefícios e de uma boa gestão de todo o processo, realçando o papel da monitorização das actividades externalizadas como garante da *performance*.

Dando ênfase às vicissitudes próprias da prática de *outsourcing* em unidades de saúde, tendo como suporte o estado da arte do que mundialmente é publicado, a investigação efectuada, mais do que sistematizar as vantagens e riscos associados à decisão, analisa a importância da monitorização da *performance* das actividades externalizadas como forma de balizar os riscos inerentes.

Apesar da pouca investigação publicada sobre a extensão do *outsourcing* em serviços de saúde, a literatura existente (Heavisides, 2001) remete para a necessidade de investigação empírica sobre as medidas e modelos de *performance* a adoptar perante as especificações correntes nos contratos de *outsourcing*.

O desafio desta dissertação é, através do estudo do caso de uma unidade de saúde no início de actividade, olhar para a monitorização da *performance* das actividades externalizadas, não pela óptica das conformidades, da verificação de índices perante indicadores pré-definidos, mas pela óptica da construção de indicadores quando ainda não se encontram definidos ou suscitam acertos. A ideia subjacente é o exercício de “o que pode correr mal”, habitual na gestão de projectos, porquanto aplicável em arranques de actividade, onde a avaliação de risco se torna pertinente.

A evolução da medição da *performance* coloca dúvidas, segundo vários autores (De Toni *et al*, 2007; Duclos *et al*, 2003; Folan e Browne, 2005; Gunasekaran *et al*, 2001; Henri, 2006; Neely, 2007), quanto à extensão da utilização das medidas inter-organizacionais, uniformização e adequação das mesmas, não existindo consenso sobre o sistema a adoptar para medir a *performance* de actividades em *outsourcing*.

Outros autores (Loosemore e Hsin, 2001; Meyer, 2002), defendem a necessidade de construção de indicadores específicos para cada tipo de actividade o que não sugere uma abordagem clássica de alinhamento dos indicadores com a estratégia da empresa¹, mas uma construção, no terreno, avaliando os riscos concretos de cada actividade de modo a poder criar um sistema de medição e monitorização realmente eficaz². A tentativa de avaliar essa possibilidade levou à realização do presente trabalho.

1.2.Objectivos

Delinear, implementar e gerir uma estratégia de *outsourcing*, que se pretende bem sucedida, passa, assim, pela compreensão e avaliação das vantagens e dos riscos e pela forma de os balizar e reavaliar através de uma monitorização eficaz.

Deste modo, esta investigação tem como objectivo principal compreender e descrever de que forma deve ser efectuada a monitorização do desempenho de actividades em *outsourcing*.

Como objectivos específicos: (i) perceber, numa organização de saúde, as condicionantes e intervenientes do processo de decisão de *outsourcing*; (ii) identificar os critérios adoptados para a selecção de fornecedores e o tipo de relação estabelecida; e (iii) construir uma matriz de avaliação de risco para as actividades em *outsourcing* de modo a permitir a definição do processo de monitorização a implementar para cada actividade.

¹ De que é exemplo a medição *top-down* da *performance*, pela construção de um *Balanced Scorecard*.

² A abordagem *bottom-up* proposta por autores como Meyer (2002:6) permite a agregação de indicadores que alimentem um sistema global de medição de *performance*.

1.3. Estrutura da dissertação

Esta dissertação encontra-se dividida em duas partes: (i) a primeira, de teor conceptual, da qual fazem parte os capítulos de 1 a 4; e (ii) a segunda de teor empírico, integrando os capítulos de 5 a 7.

O capítulo 2 apresenta o quadro conceptual da temática do *outsourcing*, em geral, que norteia toda a dissertação, apresentando a evolução do conceito, a tipologia associada às diferentes relações, os objectivos organizacionais inerentes à tomada de decisão de externalização de actividades, os benefícios e riscos associados ao *outsourcing* e ilustra-o com alguns casos emblemáticos.

O capítulo 3 apresenta o estado da arte do *outsourcing* em serviços de saúde contextualizando no sector da saúde as variáveis: actividades em *outsourcing*, motivações principais, benefícios e riscos e perspectivas futuras em diferentes países.

O capítulo 4 apresenta os conceitos de medição e sistemas de *performance* considerados pertinentes para o rumo seguido nesta dissertação, aponta a justificação da importância da monitorização das actividades em *outsourcing* e sugere uma abordagem de gestão de risco para a monitorização destas actividades.

O capítulo 5 descreve a metodologia adoptada, o estudo de caso, decorrente da formulação do problema e das questões de investigação, apresenta a unidade de análise e as condicionantes da escolha, as técnicas de recolha e de análise de dados adoptadas.

O capítulo 6 apresenta o estudo do caso efectuado e os dados recolhidos, seguindo uma cadeia de evidência não dissociada na revisão teórica efectuada na primeira parte, sendo rematado com as conclusões retiradas do estudo do caso.

O capítulo 7 apresenta as conclusões da dissertação confrontando os resultados empíricos com o enquadramento teórico do tema, apresentando as limitações encontradas e algumas perspectivas de investigações futuras.

2. Outsourcing: Enquadramento conceptual

2.1. Introdução

A decisão de externalização inerente à gestão da cadeia de abastecimento (*supply chain management-SCM*)³ de uma organização reveste-se de complexidade, não só pelos vários contextos organizacionais que a condicionam, como pelo largo espectro que o tipo de relação de *outsourcing* pode percorrer. Não deve, como tal, ser encarada como panaceia na tomada de decisões estratégicas sob pena de transformar riscos mal avaliados em perdas irrecuperáveis.

Várias avaliações comparativas das perspectivas de análise do *outsourcing* (do ponto de vista do contratador e do ponto de vista dos prestador) têm vindo a ser objecto de investigação demonstrando uma evolução em cinco áreas principais: a motivação para o *outsourcing*, a *performance*,⁴ os factores organizacionais determinantes, a natureza do contrato e, mais recentemente, os aspectos relacionais (Lee *et al*, 2000).

Este capítulo apresenta o conceito, a sua evolução, os tipos de relação que abarca, bem como os objectivos organizacionais que poderão determinar esta opção, os benefícios e os riscos que lhe poderão ser atribuídos e ilustra-o com alguns exemplos que mais marcaram as duas últimas décadas.

2.2. Desenvolvimento do conceito e alteração de paradigma

Outsourcing, ou o acto de transferir actividades supostas internas correntes, outorgando também o direito de decisão na gestão dos recursos/factores de produção necessários, a entidades externas (*third parties*) à organização, através da celebração de um contrato (Greaver, 1999: capítulo 1), distingue-se do conceito de subcontratação pontual de um

³ A definição de Vitasek (2005), consensual entre os profissionais de Gestão da Cadeia de Abastecimento (*Council of Supply Chain Management Professionals*, pode ser consultada no sítio electrónico <http://www.cscmp.org/Website/AboutCSCMP/Definitions/Definitions.asp> e é a utilizada no ponto 3.1 desta dissertação.

⁴ “*Performance*” assume o mesmo significado de “desempenho” ao longo de toda a dissertação.

produto/serviço pelas premissas: (i) de maior durabilidade da relação e (ii) de obrigação, não apenas de meios, como também de resultados. O conceito não pressupõe a prévia prestação interna da actividade, mas que esta é tida como interna e corrente ao negócio pelas organizações congéneres (Kakabadse e Kakabadse, 2003).

A prática remonta ao século XVIII, em vários sectores da indústria inglesa, tomando maior expressão com as preocupações de optimização da década de setenta do século passado e assumindo-se como tendência na década de oitenta, no que Peters e Waterman (1987) chamam de mudança de pensamento estratégico pela focalização em menos actividades, numa atmosfera de “*small is beautiful*” (Schumacher, 1973)⁵ e reflexão sobre a auto-suficiência das organizações de integração vertical, pós recessão económica.

O desenvolvimento do conceito de *outsourcing* associado à decisão *make or buy* parte do quadro conceptual da Teoria dos Custos de Transacção (TCT) cujo ressurgimento e introdução do conceito na teoria da organização se deve a Williamson (1979) com base nos argumentos do clássico artigo publicado em 1937 por Coase “*The Nature of the Firm*”. Segundo Coase (1988), a alocação de recursos dentro da organização toma a forma de “poder consciente” das decisões do gestor, diferente da forma de alocação no mercado através da “mão-invisível” (a que se referia Adam Smith) do mecanismo de preços. A premissa básica da TCT é a de que o mecanismo intra-firma e de mercado exibem diferentes níveis de eficiência na execução de diferentes tipos de transacções, sendo empresas e mercados considerados como formas alternativas de organizar a produção. Assim, e segundo a TCT, sempre que os custos de utilização do mecanismo de preços (custos de transacção) forem superiores aos custos de organização das mesmas actividades no interior da empresa, esta internalizará essas actividades.

A TCT procura responder à questão de *make or buy*, do ponto de vista do custo, dando primazia aos custos de transacção relacionados com dificuldades de negociação entre comprador e vendedor e os custos de implementação e monitorização do acordo entre as partes. Estes últimos encontram-se associados a problemas de informação escondida ou *moral hazards*. Os custos de transacção são influenciados por três parâmetros:

⁵ *Vd. Schumacher, E. F. (1973), Small is Beautiful, Blond & Briggs Ltd, London.*

- (i) a especificidade dos activos, como sendo o grau de impossibilidade de reafecção de um activo a usos alternativos sem sacrificar parte do seu valor produtivo, de forma que quanto maior essa especificidade maiores os custos de transacção;
- (ii) a frequência da transacção, na medida em que as transacções recorrentes estão sujeitas a frequentes negociações com os fornecedores, o que aumenta os custos de definir e monitorizar um contrato; e
- (iii) a incerteza inerente à troca de recursos entre comprador e vendedor sendo essencialmente comportamental que deriva da tendência das partes para evidenciar comportamentos oportunistas, tornando difícil prever e avaliar o comportamento e acções da outra parte envolvida na transacção porquanto conduz a um aumento dos custos de transacção, levando a empresa a internalizar as actividades (Kulkarni e Heriot, 1999).

Assim, a TCT, baseada na assumpção de que os contratos são incompletos e os indivíduos oportunistas⁶, identifica as características e funções da organização que lhe permite minimizar os custos relacionados com a incerteza, frequência da transacção e especificidade do bem/serviço transaccionado, só fazendo sentido recorrer ao mercado no caso de um bem/serviço pouco específico (*commodity*), do qual não existe uma necessidade frequente e não relacionado com grandes níveis de incerteza.

No sector dos serviços, o *outsourcing* ganha visibilidade na década de noventa (Kakabadse e Kakabadse, 2000) associado à reengenharia do negócio na busca do que Prahalad e Hamel (1990) denominam por competências chave e, por isso, nucleares (*core*) (Conner e Prahalad, 1996). De acordo com os autores, estas competências resultam da aprendizagem colectiva dentro da organização que a torna capaz de ter acesso a diferentes mercados, ter valor reconhecido pelos clientes/consumidores e dotar-se de recursos únicos, valiosos, insubstituíveis, de difícil imitação, porquanto também chamadas de “competências distintivas”. O redesenhar dos processos⁷ é, assim,

⁶ Ideia também suportada pela Teoria de Agência (Eisenhardt, 1989).

⁷ Conjuntos de actividades organizadas que recebem *inputs* e geram *outputs*.

orientado por melhorias de *performance* em custos, qualidade⁸, serviço e tempo (Kakabadse e Kakabadse, 2005), critérios de avaliação do contributo de *performance* de cada processo. A decisão de externalização de actividades não nucleares, mantendo internas as nucleares ao negócio torna-se, então, convencional (Prahalad e Hamel, 1990; Bettis *et al*, 1992; Lacity *et al*, 1995; Quinn e Hilmer, 1994; Kelley, 1995; Peisch, 1995; Mullin, 1996).

Assim, na perspectiva das competências e recursos ou *Resource-Based View* (RBV), o recurso ao *outsourcing* permite a focalização no desenvolvimento de competências nucleares (*core*) (Conner e Prahalad, 1996). A RBV não se centra na delimitação das fronteiras da organização, mas na questão da diferença de *performance* entre empresas explicada pelas competências chave porquanto as organizações só internalizam fontes de vantagens competitivas, superando limitações internas, se têm maiores expectativas do seu valor futuro do que os seus concorrentes (Madhok, 2002; Mowery *et al*, 1998). É a heterogeneidade inter-organizacional de recursos e competências que leva a que as organizações executem de forma diferente o mesmo conjunto de actividades de uma cadeia de valor e, através da alteração das próprias fronteiras, acedam às competências nucleares de outras (Holmcomb e Hitt, 2007).

No entanto, as duas perspectivas teóricas da decisão de internalizar ou externalizar completam-se com uma terceira, a perspectiva relacional, segundo a qual as capacidades críticas de uma organização ultrapassam as fronteiras das organizações e se centram nos relacionamentos inter-organizacionais (Dyer e Singh, 1998; Mahnke *et al*, 2005). Estes relacionamentos não são avaliados apenas com base na estrutura contratual, mas pela conjugação das variáveis: (i) fluxo de recursos; (ii) complexidade da informação; e (iii) estrutura de interesses (Grandori, 1997) de que resulta um nível de interdependência da relação. A edificação dessas relações requer investimento e a actividade é externalizada se a soma do jogo for positiva (*win-win*) e compensadora para as partes intervenientes. É esta abordagem que está na base das relações de cooperação, de parcerias, que visam o longo-prazo assentes em confiança, partilha de informação, disciplina e promoção da

⁸ Segundo a American Society for Quality Control (ASQC), qualidade é “ o conjunto de aspectos e características de um produto ou serviço que assentam na sua nua capacidade de satisfazer determinadas necessidades” (Bossert, 1994).

inovação. É a mesma filosofia que faz pensar em *outsourcing*, não só a nível tácito, como estratégico.

Da evolução destas três perspectivas teóricas resulta uma mudança de paradigma ou ao que Kuhn chama de alteração de quadro conceptual de suporte à maior abrangência contextual do fenómeno (Carvalho e Filipe, 2006: 65). O paradigma inicial de *outsourcing* transaccional caracterizado pela formalização de um contrato de agência motivado por implicações financeiras, como a redução de custos, perde sentido quando a focalização é na melhoria da *performance* do negócio que resulta da avaliação de capacidades⁹ a desenvolver interna e externamente. As organizações deparam-se com uma disparidade entre o conhecimento, tecnologia e competências de que precisam e as de que realmente dispõem. O *outsourcing* passa, também, a ser uma opção estratégica na gestão das capacidades da organização com vista à obtenção/optimização de recursos e desenvolvimento de competências distintivas.

Neste paradigma, o termo “*outsourcing* estratégico”, usado por Quinn e Hilmer (1994), sugere uma nova abordagem que introduz o conceito de alavancagem de recursos através da focalização da gestão e investimento nas competências distintivas nas quais existe possibilidade de supremacia. A alavancagem surge de quatro formas a saber: (i) pela concentração de recursos no que a organização faz melhor; (ii) pelo desenvolvimento de competências nucleares que funcionam como barreiras à entrada e possibilitam a expansão da quota de mercado; (iii) pela utilização do investimento realizado pelo prestador bem como a sua curva de aprendizagem, inovação e capacidades onerosas e de difícil replicação; e (iv) pela redução de risco e diminuição da duração dos ciclos de investimento, em ambientes tecnológicos vulneráveis e mercados em mudança.

Mais do que as considerações de ordem financeira de redução de custos, transformação de custos fixos em variáveis e libertação de capital para o *core* do negócio, no *outsourcing* estratégico, a questão central passa a ser a maximização da obtenção de vantagens competitivas perante o grau de vulnerabilidade e risco que cada contrato pode implicar (Holcomb e Hitt, 2007).

⁹ Recursos e competências (Carvalho e Filipe 2006: 121).

Nesta alteração de paradigma, a evidência aponta para o surgimento de novas práticas de *outsourcing* que Brown e Wilson (2005), entre outros, referem ser o *outsourcing* “transformacional”.

Linder (2004; 2004a) define *outsourcing* transformacional como a forma de *outsourcing* adoptada para atingir uma mudança rápida, substancial e sustentada no sentido da melhoria do nível de *performance* da empresa. Não se trata, pois, das tradicionais transformações que advêm da simples externalização de tarefas, mas de uma drástica e profunda transformação intencional com resultados visíveis no curto prazo (aumentos de capitalização bolsista, quotas de mercado, etc.) e que demonstrem uma “alteração de rumo” que dure, pelo menos, uma geração de gestão (cinco a sete anos).

Segundo Linder (2004a), podem ser identificadas quatro variedades de *outsourcing* transformacional correspondentes às diferentes fases do ciclo de vida dos negócios: (i) em ambiciosos arranques de actividade em formato inovador, (ii) em estagnação como retoma de crescimento, (iii) em início de declínio como catalisador de reformas e na radical renovação e (iv) reinvenção do negócio.

No sector da saúde, o fenómeno tem tido um crescendo (ver Anexo 1), quer na vertente mais tradicional onde é mais visível quer, em menor escala, na mais recente tendência de *outsourcing*, a transformacional.

Esta alteração de tendências¹⁰ é identificável quer ao nível das razões que motivam a escolha, quer no tipo de actividades, tipo de acordos celebrados e níveis de impacto internos. Diferentes ênfases encontradas ao longo da literatura revista podem, de forma agregada, resumir-se nos aspectos principais tal como apresenta o Quadro 1.

¹⁰ Ver anexo 2 – Evolução nas tendências de *outsourcing* segundo Kababadse e Kakabadse (2005).

Quadro 1 – Outsourcing: Evolução de tendências

Aspectos	Tendências Iniciais – Outsourcing Transaccional	Tendências Correntes – Outsourcing Estratégico	Tendências Futuras – Outsourcing Transformacional
Perspectiva Teórica Subjacente	<ul style="list-style-type: none"> • Teoria dos Custos de transacção • Teoria de Agência 	<ul style="list-style-type: none"> • Visão baseada nos recursos 	<ul style="list-style-type: none"> • Visão relacional • Teoria das Redes (Ford, 1990)
Drivers da decisão	<ul style="list-style-type: none"> • Estratégias de Redução de Custo (análise dos custos de produção e transacção) • Especialização Funcional • Necessidades competitivas 	<ul style="list-style-type: none"> • Estratégias de Diferenciação (análise da disponibilidade de recursos) • Adaptabilidade ao Mercado • Vantagens competitivas 	<ul style="list-style-type: none"> • Estratégias concertadas de reinvenção do negócio (análise alargada da rede na cadeia de abastecimento)
Tipo de Actividades	<ul style="list-style-type: none"> • Actividades não nucleares, de suporte • Funções “problemáticas” • Mono-função 	<ul style="list-style-type: none"> • Actividades não nucleares e nucleares • Conjuntos de actividades (<i>outsourcing</i> selectivo) • Multi-função 	<ul style="list-style-type: none"> • Processo completo¹¹
Tipo de Acordos	<ul style="list-style-type: none"> • Pela avaliação Custo-Eficiência • Curto- Prazo (até 3 anos) • Relação agente-principal • Prestador único • Decisão centrada no preço e disputa de margem 	<ul style="list-style-type: none"> • Pela avaliação de complementaridade de valor • Longo- Prazo (de 3 a 7 anos) • Relação de sincronia • Multi-prestadores • Decisão centrada em tangíveis e intangíveis e partilha do lucro 	<ul style="list-style-type: none"> • Pela avaliação de criação de valor • Relação colaborativa (contratos de 10 a 15 anos) • Prestador virtual (rede ou clusters de serviços) • Alianças e parcerias
Impacto na organização	<ul style="list-style-type: none"> • Abordagem pelos <i>commodities</i> • Diminuição do investimento • Impacto mais visível na indústria • Gestão de contratos • Mecanismos de controlo 	<ul style="list-style-type: none"> • Abordagem estratégica (focalização nas competências nucleares) • Diminuição do tamanho • Impacto na indústria e nos serviços • Gestão integrativa • Mecanismos de previsão e coordenação 	<ul style="list-style-type: none"> • Abordagem transformacional do negócio (criação de valor) • Organização virtual-interconexão de relacionamentos • Gestão relacional • Mecanismos de Gestão de Risco

Fonte: Elaboração própria com base em: Ford (1990); Franceschini e Galetto (2003); Kababadse e Kakabadse (2005); Linder (2004^a); Linder (2008); Lee *et al.*, (2000); Quinn e Hilmer (1994); Quinn (2000).

¹¹ *Business Process Outsourcing- BPO*

2.3. Tipos de relação e melhores práticas

O espectro das relações de *outsourcing* está condicionado, de acordo com Franceschini e Galetto (2003), pela conjugação de duas características: (i) a especificidade e (ii) a complexidade.

(i) O grau de especificidade deriva do nível de reutilização dos processos em diferentes fins, associado à localização dos recursos e tecnologia, bem como ao grau de inimitabilidade;

(ii) A complexidade encontra-se associada à dificuldade encontrada em todo o processo, desde o seu início, na avaliação comparativa interna de determinação das actividades a externalizar (*benchmarking* interno), na avaliação comparativa da oferta existente (*benchmarking* externo), definição dos termos do contrato, negociação, monitorização e gestão da relação.

Dos dois níveis de intensidades das duas características apontadas resultam quatro tipos de relação, tal como na matriz apresentada na Figura 1.

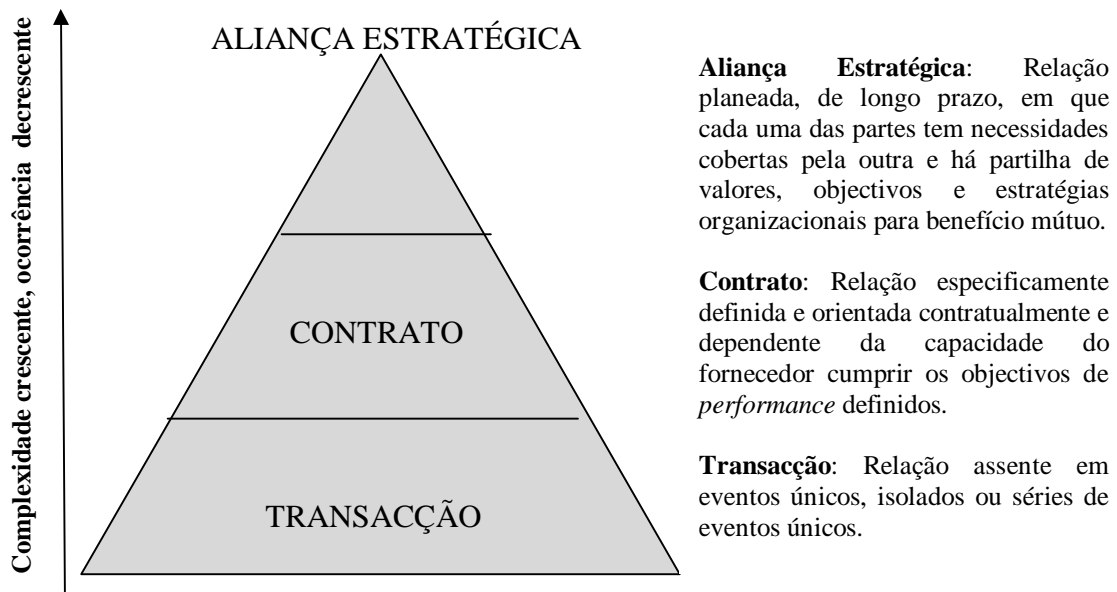
Fig. 1 – Tipos de relação segundo a complexidade/especificidade



Fonte: Adaptado de Franceschini e Galetto (2003)

A variável “complexidade” é, também para Ballou (2003:716), desta feita aliada à variável “ocorrência”, determinante para caracterizar o tipo de relação no “*continuum*” relacional do *outsourcing*, como ilustra a Figura 2.

Fig. 2 – Tipos de relação segundo a complexidade/ocorrência



Fonte: Adaptado de Ballou (2003:716).

Para além das dimensões de “especificidade”, “complexidade” e “ocorrência” associadas à tipologia de relações apresentada, Sanders *et al* (2007) referem as dimensões de “âmbito” e “criticidade” das tarefas que relacionam os graus de *outsourcing* (da simples subcontratação de tarefas ao pleno *outsourcing*) com uma outra tipologia de relações, tal como apresenta a Figura 3.

Fig. 3 - Tipos de relação segundo a criticidade/ âmbito



Fonte: Adaptado de Sanders *et al* (2007)

Esta tipologia demonstra as diferentes responsabilidades das partes ao passar de um âmbito mais tático e restrito, para um mais estratégico e alargado, originando diferentes possibilidades de relações quanto à criticidade ou grau de risco que envolvem. Ao alargar o âmbito, aumenta o grau de responsabilidade de gestão do contratado. Ao aumentar a criticidade, aumenta o impacto da externalização na capacidade desempenho das competências nucleares da organização contratante. A relação torna-se cada vez menos, e só, transaccional, centrada em falhas de contrato de regras bem definidas, aproximando-se das relações de parceria de partilha de riscos e benefícios, mas sem fins muito definidos (Lee e Kim, 1999).

Desta forma, as “Transacções Não Estratégicas” são, normalmente, de *commodities*, envolvendo tarefas de grande standardização que, tendo um campo de aplicação restrito, não são consideradas críticas, porquanto sem a necessidade de evoluir para uma relação de parceria. Do outro lado do espectro, com um âmbito alargado de aplicações (actividades e processos, em vez de tarefas) os autores consideram ser pleno *outsourcing*, quer as “Relações Contratuais”, quando estas não são críticas, nucleares à empresa, quer as “Alianças”¹² quando a criticidade é elevada e implica um grau de confiança e empenho superiores.

A escolha da relação adequada a cada situação não é *per se* garante do sucesso. Este encontra-se associado a um conjunto de capacidades que tornam a própria gestão eficiente de todo o processo uma competência distintiva estratégica (Heikkilä e Cordon, 2002).

Um estudo efectuado pela Cranfield School of Management sobre as melhores práticas de *outsourcing* é citado por Kakabadse e Kakabadse (2003) revelando serem cinco as capacidades críticas para a efectiva utilização desta ferramenta, a saber: (i) estar preparado para externalizar; (ii) aplicar competências integrativas; (iii) gerir eficientemente acordos transaccionais; (iv) gerir eficazmente as relações com os fornecedores; e (v) aumentar a motivação e *performance* internas do pessoal.

¹² Ærino *et al* (2001) definem Alianças como acordos voluntários de cooperação entre duas ou mais organizações visando alcançar objectivos individuais e comuns pela partilha de recursos em contextos de incerteza acerca dos resultados.

Deste modo, o sucesso da boa utilização desta “ferramenta estratégica” passa, também, pelo desenvolvimento de competências transaccionais. Lonsdale e Cox (1997) apontam como entraves a este desenvolvimento: (i) a ausência de uma formalização do processo necessária a uma correcta avaliação de todas as premissas, (ii) a análise limitada de custos e benefícios prejudicial à negociação subsequente e (iii) uma errada definição das actividades nucleares segundo “o que melhor sabem fazer”.

No entanto, e de uma forma mais abrangente, a responsabilidade pelo insucesso tanto pode ser do contratador (má avaliação custo-benefício, insuficiente maturação do modelo a usar, má avaliação das actividades candidatas), como do contratado (insuficiência de competências, excessiva rotação de pessoal) como de ambos (falta de precisão e detalhe nas especificações, desalinhamento de linguagem e cultura, dificuldades de transferência de conhecimento e de calibração do processo) (Shi, 2007).

Nesse sentido, Roberts (2001) propõe uma avaliação estratégica em seis passos como garante de alinhamento entre objectivos e resultados do *outsourcing*: (i) desenvolver uma estratégia clara para a actividade a externalizar perante objectivos mensuráveis de custo, qualidade, flexibilidade e tempo e considerar as alterações da envolvente condicionante da estratégia; (ii) identificar as actividades a externalizar pelo valor associado e o nível esperado de *performance*, proteger e reter capacidades nucleares e avaliar clara e exhaustivamente custos e benefícios; (iii) identificar os viáveis fornecedores pela capacidade técnica, de gestão, cultura e acordar níveis de serviço esperados; (iv) negociar um acordo justo e equilibrado especificando a *performance* esperada das partes, a forma de medição da mesma e forma de gestão de subcontratações; (v) desenvolver um plano de transição de transferência de actividades para o fornecedor; e, por fim (vi) desenvolver guias de acção que possibilitem a revisão contratual e monitorizar a *performance*.

Na obtenção de conhecimento suficiente para gerir internamente a especialização externa, no envolvimento dos diferentes níveis de gestão de ambas as partes, no acompanhamento do processo gerindo conflitos e a qualidade das parcerias (Lee e Kim, 1999), a par de um sistema eficaz de monitorização parece residir o sucesso da utilização desta ferramenta estratégica.

2.4. Objectivos organizacionais de enquadramento da decisão de externalização

2.4.1. Motivações

As organizações recorrem ao *outsourcing* na convicção de que, externamente, podem obter as mesmas actividades, mas de forma mais rápida, melhor e a menor custo, o que pela positiva, significa obter ganhos de *performance* e pela negativa, mitigar riscos.

No entanto, um estudo realizado pela Boston Consulting Group a mais de cem grandes companhias mundiais revelou diferenças nos motivos encontrados, nomeadamente nas organizações ocidentais relativamente às japonesas. Enquanto as primeiras recorriam ao *outsourcing* com a prioridade da redução de custos no curto prazo, as japonesas são inicialmente motivadas por ganhos de eficiência e qualidade nos processos dirigindo esforços para actividades de valor acrescentado (Quinn e Hilmer, 1994).

A literatura é, de resto, vasta em evidência qualitativa, mas parca em quantitativa, no que se refere às determinantes da decisão de *outsourcing* em vários sectores de actividade (Mahnke *et al*, 2005). No entanto, apesar das diferenças da importância relativa de cada determinante no tipo de negócio, estas podem ser agrupadas em: (i) determinantes financeiras (redução de custos, libertação de capital, etc.), (ii) tecnológicas (melhoria de qualidade, acesso a tecnologia necessária, aumento de flexibilidade para resposta rápida a alterações de mercado), (iii) estratégicas (focalização nas competências chave centradas cada vez mais em recursos intangíveis como o conhecimento (Quinn, 1992), acesso aos melhores profissionais pelo aumento de especialização da oferta,) e (iv) políticas (insatisfação com um departamento, desejo de seguir uma tendência do sector, velocidade de penetração em novos mercados) (Kremic *et al*, 2006).

A primeira motivação confessada pelos executivos é de ordem financeira (Holcomb e Hitt, 2007, Lonsdale e Cox, 1997; Sanders *et al*, 2007) de redução de custos fixos e/ou transformação em variáveis, seguida do aumento de opções de investimento possibilitadas pela libertação de capital. Existe, no entanto, crescente evidência de que nem sempre o resultado seja de redução de custos, como ilustrado num inquérito a

75000 empresas públicas australianas que reduziram 46% dos custos com o *outsourcing* de serviços de limpeza, mas aumentaram em 9% com o de Tecnologias de Informação - TI (Domberger e Fernandez, 1999). De facto, de acordo com a investigação efectuada por Linder (2008:72), ao comparar custos internos *versus* os do *outsourcing* (transformacional) nas quatro fases do ciclo de vida das organizações, apenas nas duas últimas se encontrou evidência de benefícios de redução de custos ao externalizar. Nos arranques de actividade (“*start-up* rápida”) os custos externos apresentam-se, segundo o autor, mais elevados que os internos e na fase de “caminho para o crescimento” os custos igualam-se não apresentando vantagens a este nível. As expectativas de redução de custos podem, ainda, ser logradas pela insuficiente avaliação de custos indirectos (associados ao *procurement*, transição, lacunas contratuais e monitorização), e custos sociais (baixa na “moral”, na produtividade e absentismo) (Kremic *et al*, 2006).

Por outro lado, as organizações recorrem ao *outsourcing* com três intuítos estratégicos: procurar a melhor *performance* da actividade externalizada, aumentar o contributo dessa actividade para a *performance* global da organização e explorar vantagens advindas da externalização (DiRomualdo e Gurbaxani, 1998). Leavy (2004), a partir de uma análise a decisões de ponderação das oportunidades estratégicas e riscos associados, identificou quatro tipos de oportunidades estratégicas de *outsourcing*: (i) a focalização; (ii) escala sem massificação, (iii) inovação perturbadora, e (iv) reposicionamento estratégico.

De facto, na base destas decisões, encontram-se objectivos de ganhos em flexibilidade (em escala e âmbito) possibilitados pelo acesso a novos recursos e competências e libertação dos existentes para a focalização nas áreas críticas, combinando objectivos de curto prazo com os de médio e longo prazo.

No espectro da tipologia de relações apresentada por Sanders *et al* (2007), estes objectivos de curto prazo, de nível mais tático, levam normalmente a subcontratações e/ou co-gestão de serviços e os de longo prazo, a um nível mais estratégico, ao pleno *outsourcing*, onde a partilha de risco é mais elevada.

Na procura de redução de custos, busca de competências externas e/ou vantagens relacionais, o *outsourcing* aparece, ainda, associado a motivações políticas, menos confessadas, frequentemente relacionadas com processos de mudança e/ou profunda

transformação organizacional (processos de *downsizing* e/ou flexibilização laboral e/ou processos de reengenharia) pela tentativa de acompanhamento de tendências observadas no sector ou de simples adaptação a alterações regulamentais (Laios e Moschuris, 1999).

As motivações políticas são, contudo, primordiais na opção pelo *outsourcing* nas organizações sem fins lucrativas e públicas ao contrário das organizações privadas onde as motivações financeiras aparecem como determinantes principais (Kremic *et al*, 2006).

Outros autores como Meyer e Scott (1992) valorizam a perspectiva institucional envolvida nas decisões *make or buy* pela qual as organizações procuram legitimidade pela padronização dos seus processos baseados nas práticas dos líderes do sector onde operam. Segundo Hannan e Freeman (1984) as práticas de *sourcing* perpetuam-se através de processos de inércia organizacional que leva à imitação das práticas do líder do sector sem grandes preocupações de eficiência. Este isomorfismo, apesar de servir os propósitos de legitimidade (Martin e Bourgeois, 2007), é considerado pernicioso à sobrevivência das organizações (DiMaggio e Powel, 1983).¹³

A decisão de externalizar actividades pode, ainda, ser tomada por outros motivos como objectivos de velocidade de colocação no Mercado, flexibilidade perante variações de volume, obtenção de economias de escala, utilização da capacidade e falta de conhecimento interna (Heikkilä e Cordon, 2002; Simchi-Levi *et al*, 2003:180-183).

Um possível *framework* (Quadro 2) para a decisão de externalização apresentado por Fine e Whitney (1996), citados Simchi-Levi *et al* (2003:182), assentando na dependência de capacidade e/ou dependência de conhecimento, faz variar a decisão consoante o produto/serviço é modular ou integral¹⁴.

¹³ Este isomorfismo, segundo DiMaggio e Powel (1983), ocorre por três mecanismos: (i) mimetismo (*follow the leader*), (ii) isomorfismo coercivo (adaptação forçada das práticas pela existência de relação de dependência entre as empresas) e (iii) isomorfismo normativo (adopção de práticas por encorajamento com vista à obtenção de legitimidade).

¹⁴ Ulrich (1995) e Swaminathan (2001), citados em Simchi-Levi *et al*, (2003:182) distinguem produtos modulares dos integrais sendo os primeiros constituídos por diversas componentes, independentes umas das outras, inter-amovíveis, conectáveis por ligações standard, sem relação entre si. Nos produtos modulares a preferência do cliente determina a configuração do produto. Inversamente, as componentes

Quadro 2 - Framework para decisões “make/buy”

Produto/Serviço	Dependência de conhecimento e capacidade	Independência de conhecimento; Dependência de capacidade	Independência de conhecimento e capacidade
Modular	<i>Outsourcing</i> arriscado	<i>Outsourcing</i> como oportunidade	<i>Outsourcing</i> como oportunidade de redução de custos
Integral	<i>Outsourcing</i> muito arriscado	<i>Outsourcing</i> como opção	Internalização

Fonte: Adaptado de Fine e Whitney, (1996)

As razões não são apenas estratégicas, mas também subjacentes a condicionantes de nível tácito e operacional (restrições de capacidade e custos, estrangulamentos nos processos), conceptualmente enquadradas pela Teoria das Restrições (Balakrishnan e Cheng, 2005).

De acordo com Kotter (1995) (citado em Linder, 2008), o insucesso com os resultados deriva do decréscimo de empenho demonstrado pelos gestores ao longo do tempo de implementação das mudanças.

Por outro lado, ter expectativas irrealistas induz a uma má avaliação das situações. Como exemplo não considerar o facto de, perante o *outsourcing* transformacional numa “*start-up* rápida”, os custos dos serviços contratados serem superiores aos internos¹⁵ (Linder; 2008:72).

Um estudo efectuado pela Deloitte (2006)¹⁶ revelou que os resultados do *outsourcing* nem sempre correspondem às expectativas, tal como resumido no Quadro 3.

dos integrais encontram-se fortemente inter-relacionadas, são multifuncionais, operando como um sistema cuja avaliação é feita pela *performance* global e não pela soma da das suas componentes.

¹⁵ Segundo Linder (2008:72), das quatro fases do ciclo de vida das organizações, apenas nas duas últimas os custos de externalizar são inferiores aos de internalizar.

¹⁶ No qual participaram 25 organizações mundiais de vários sectores: Transportes, Industria Transformadora, Energia, Banca e Seguradoras, Telecomunicações e Média, Saúde e Sector Público.

Quadro 3 – Outsourcing: Expectativas logradas

Motivos	Expectativas logradas
Redução de Custos – 70% dos respondentes	38% Pagou custos adicionais/escondidos por serviços que julgavam incluídos
Melhores práticas/Qualidade/Inovação – 57%	31% Referiram complacência dos fornecedores após contratação
Flexibilidade/Capacidade/Escalabilidade – 35%	Nível de rigidez derivado da blindagem de contratos e rejeição, pelos fornecedores, de alterações e pedidos de última hora
Foco nas competências <i>core</i> - 35%	1 em cada 4 participantes identificou incorrectamente funções como não estratégicas e algumas voltaram a ser internalizadas
Acesso a mão-de-obra qualificada – 22%	1 em cada 5 participantes relatou experiências em que a rotação de pessoal da empresa em <i>outsourcing</i> foi superior à esperada
Transferência dos riscos financeiro e operacional – 22 %	Os fornecedores não possuem capacidade para absorver completamente os custos de perdas de negócio
Reduzida capacidade interna – 16%	44% das empresas revelaram incapacidade dos fornecedores cumprirem os níveis de qualidade resultando em internalização dos serviços

Fonte: Adaptado de estudo publicado pela Deloitte (2006).

“A externalização pura e total dificulta a reversão da decisão porque: (i) externalizar significa desinvestir em competências, infra-estruturas, pessoas e conhecimentos, e (ii) voltar a uma gestão interna implica custos adicionais” pelo que se torna imperativo uma inventariação de riscos antes da decisão (Carvalho *et al*, 2001:126).

2.4.2. Condicionantes

Inerentes ao processo de decisão de *outsourcing* estão, também, a capacidade e propensão dos gestores para avaliar, assumir e gerir os riscos associados (Árino *et al*, 2001). Estes riscos que crescem à medida que a relação se torna mais estratégica, de âmbito mais alargado, significam, por outro lado, a possibilidade de se obterem maiores benefícios.

Outras condicionantes levam, ainda, a que o âmbito da decisão de externalizar não se confine apenas às actividades consideradas não críticas, periféricas, mas também às críticas e determinantes da boa *performance* organizacional (Liu, 2007). De acordo com Baden-Fuller *et al* (2000), o *outsourcing* de actividades *core* faz sentido se a organização estiver ameaçada por quatro circunstâncias, a saber: (i) por atraso em relação aos concorrentes; (ii) alterações nas necessidades dos clientes/consumidores obrigando à alteração da cadeia de valor; (iii) mudanças tecnológicas que implicam actualizações; e (iv) em mercados/negócios emergentes e de mudanças rápidas. Do

mesmo modo, Quinn e Hilmer (1994) defendem o *outsourcing* de qualquer actividade, excepto as em que a organização pode atingir uma definida proeminência e valor único perante os seus clientes.

Por fim, as condicionantes da decisão derivam, ainda, de vários factores como: (i) a taxa de variação tecnológica e velocidade de inovação características do negócio/sector, (ii) a arquitectura do serviço/produto (de estrutura mais modular ou mais integrada), (iii) a cultura organizacional e (iv) o tipo de conhecimento (maior ou menor formalização e capacidade de retenção interna) inerente aos processos candidatos a externalização (Perrons e Platts, 2004).

2.5. Benefícios apontados ao *outsourcing*

A literatura (Ballou, 2003; Ehie, 2001; Greaver, 1999; Kakabadse e Kakabadse, 2000; Kremic *et al*, 2006; Lacity *et al*, 1995; Linder, 2004; Quinn, 1999; Quinn e Hilmer, 1994; Simchi-Levi *et al*, 2003:180-183) aponta para diversas vantagens que as soluções de *outsourcing* podem oferecer associadas a vários objectivos resumidos no Quadro 4.

Quadro 4 – Benefícios por tipo de objectivos

Tipo de objectivos	Benefícios associados
Organizacionais	<ul style="list-style-type: none">• Aumento de especialização pela possibilidade de focalização interna nas actividades <i>core</i>, e nos objectivos estratégicos• Flexibilidade de resposta a alterações do mercado (procura sazonal, obsolescência da oferta existente) pela redução do investimento na necessária tecnologia e ajustes de escala• Transformação Organizacional• Aumento da satisfação dos clientes e remuneração dos accionistas
Aumentos de performance	<ul style="list-style-type: none">• Melhoria dos Níveis de Serviço e <i>performance</i> operacional• Acesso a tecnologia e competências superiores (a melhores-práticas e/ou a competências críticas) às internas• Possibilidade de obtenção de economias de escala• Melhoria na Gestão do Risco• Redução do ciclo de design do processo/produto pela transferência do mesmo para especialistas• Acesso a inovação e à possibilidade de aprender com o fornecedor sem investimentos avultados em tempo, investigação e desenvolvimento com menor risco de falhas
Financeiros	<ul style="list-style-type: none">• Redução de custos operacionais na ordem de 20 a 30%, transformação de custos fixos em variáveis• Partilha de risco financeiro e estratégico• Ganhos de liquidez pela transferência de activos para o fornecedor
Resultados	<ul style="list-style-type: none">• Acesso a novos mercados e novas oportunidades de negócio através da rede de fornecimento• Ganhos em competitividade e rendibilidade
Recursos Humanos	<ul style="list-style-type: none">• Aumento do empenho e energia em áreas não nucleares• Fortalecimento de planos de carreiras

Fonte: Elaboração própria com base em: Ballou, 2003; Ehie, 2001; Greaver, 1999; Kakabadse e Kakabadse, 2000; Kremic *et al*, 2006; Lacity *et al*, 1995; Linder, 2004; Quinn, 1999; Quinn e Hilmer, 1994.

Retirar benefícios de uma estratégia de *outsourcing* tornando-a, assim, bem sucedida implica ir além da pré avaliação segundo os objectivos condicionantes do processo de tomada de decisão, mas alargar a procura de benefícios a todas as fases subsequentes, de planeamento, selecção de fornecedores, negociação, monitorização e gestão do *outsourcing*.

2.6. Riscos atribuídos ao *outsourcing*

De acordo com Quinn e Hilmer (1994), os diversos riscos podem ser agrupados em três grandes grupos como ilustra o Quadro 5:

Quadro 5 - Riscos atribuídos ao *outsourcing*

Grupos	Riscos atribuídos
Perda de competências críticas ou desenvolvimento de desnecessárias;	<ul style="list-style-type: none"> • Diferenças de prioridades entre contratador e prestador que afectam a <i>performance</i> global • Perda de “memória corporativa”¹⁷ • Perda de tempo em desenvolvimento e gestão desfocados • Custos escondidos e/ou poupanças não concretizadas • “Hipotecar” o futuro ao perder competências e capacidades chave
Perda de competências transversais à organização	<ul style="list-style-type: none"> • Redução de flexibilidade • Perda de clientes, oportunidades e reputação • Má selecção de fornecedores e contratos incompletos • Redução da moral do pessoal interno • Perda de sinergias, erosão de competências, criação de concorrência, conflito de interesses • Aumento da incerteza e vulnerabilidade perante mudanças externas (escolha de externalizar no momento errado da evolução do mercado)
Perda de controlo do fornecedor	<ul style="list-style-type: none"> • Risco de fuga de informação crítica • Risco de contenção • Excessiva adaptação do contratador • Obstáculos legais • Aspectos relacionados com a segurança • Transferência de poder para o fornecedor • Má <i>performance</i> do fornecedor, comportamento oportunista¹⁸, mau relacionamento • Risco de perda de propriedade”¹⁹

Fonte: Elaboração própria com base em: Amaral *et al*, 2004; Ballou, 2003; Hoecht e Trott, 2006; Kremic *et al* (2006); Quinn e Hilmer, 1994; Razzaque e Sheng, 1998; Roberts, 2001.

A transferência/criação de conhecimento envolve o risco associado ao tipo de conhecimento inerente à actividade externalizada, e pode ter vários níveis dependendo da estruturação e do grau de formalização do mesmo, tal como apresentado na matriz de dupla entrada da Figura 4:

¹⁷ O termo “memória corporativa” é empregue com o sentido dado por Ikujiro Nonaka (1994) na descrição dos processos de criação de conhecimento organizacional segundo uma “espiral de conhecimento” em que o processo externalização assume o papel da transformação de conhecimento tácito em explícito i.e. origem da memória corporativa.

¹⁸ Um nível ponderado de oportunismo pode ser aceite como parte do custo do acesso a capacidades especiais, tal como defende Barney (1999), se este não exceder os benefícios retirados.

¹⁹ As tentativas de *bypass* dos fornecedores passando a competir directamente com o contratador, assistindo-se ao extremo da empresa compradora registar a patente de componentes chave produzidas pelos contratados (Quinn e Hilmer, 1994).

Fig. 4 – Grau de risco por tipo de conhecimento

ESTRUTURAÇÃO	Alta	Médio Risco	Baixo Risco
	Baixa	Risco Muito Elevado	Médio Risco
		Tácito	Explícito

GRAU DE FORMALIZAÇÃO

Fonte: Elaboração própria com base em Leavy (2001) e Nonaka (1994).

Actividades e/ou processos pouco estruturados, de imaturidade tecnológica e que envolvam grande conhecimento tácito são, assim, menos externalizáveis pela dificuldade de tornar explícito o conhecimento (Leavy, 2001).

Por outro lado, o potencial de degradação de capacidades críticas é tanto maior quanto maior a proximidade da externalização das actividades às capacidades nucleares da organização e também, quanto maior a interdependência das actividades primárias e secundárias, mesmo quando a opção de externalização recai apenas sobre as últimas (Hoecht e Trott, 2006).

O risco da perda de controlo do fornecedor, assumidamente o mais temido pelos gestores (Amaral *et al*, 2004; Razzaque e Sheng, 1998; Roberts, 2001), aumenta com o alargamento do âmbito e grau de intangibilidade das actividades, com a dificuldade de formalização e com a dificuldade de encontrar um adequado sistema de avaliação e monitorização das mesmas, deixando a organização à mercê da *performance* do fornecedor ou de um mau contrato.

De facto, a dependência da *performance* do fornecedor é tanto maior quanto maiores os custos escondidos, previamente mal avaliados, e maior for a perda de controlo sobre os fornecedores (Quinn e Hilmer, 1994; Kakabadse e Kakabadse, 2000). Corbett (2005) sintetiza os motivos de litígios e cessação de contratos²⁰: má *performance* perante os

²⁰ Dados obtidos pela Simons & Simons relativos a 90 % das relações de *outsourcing* que integram a carteira de clientes (Corbett, 2005).

níveis de serviço acordados e débitos inesperados por serviços que se supunham incluídos no acordo celebrado.

A dependência pode surgir também pela excessiva adaptação do contratador na tentativa de retirar maiores benefícios dos ganhos de escala do contratado, tornando a opção difícil de reverter. Esta situação agrava-se perante uma parca oferta que tenta servir um grande número de clientes com dificuldades de capacidade, traduzindo-se no chamado “risco de contenção” (Sanders *et al*, 2007).

Earl (1996) identifica dez origens de potenciais riscos associados ao *outsourcing*, a saber: possibilidade de fraca gestão, inexperiência do prestador, incerteza do negócio, desatualização tecnológica, incerteza endémica, défice de aprendizagem organizacional, perda de capacidade de inovação, perigo do “eterno triângulo”²¹, indivisibilidade técnica e dúbia focalização.

Assim, avaliar o grau de exposição ao risco que cada situação apresenta implica identificar (quantitativa e qualitativamente) a importância da série de potenciais falhas bem como a probabilidade de ocorrência de cada uma (Aubert *et al*, 2001). A partir de uma correcta avaliação, tão exaustiva quanto possível, torna-se viável criar um plano de gestão de risco de modo a balizar os efeitos indesejados de uma opção que se pretende bem sucedida²².

2.7. Alguns casos emblemáticos

Após tornada pública a decisão de *outsourcing* de Eastman Kodak, em 1989, a escolha passou a denotar-se como estratégica num número crescente de empresas, nomeadamente de Sistemas de Informação (Loh e Venkatraman, 1992). Leavy (2004) analisou esta e outras decisões de ponderação das oportunidades estratégicas e riscos associados e identificou quatro tipos de oportunidades estratégicas de *outsourcing*: (i) a focalização, ilustrada pelos casos Nike, Apple e Dell; (ii) escala sem massificação,

²¹ Contratador – contratado – cliente final.

²² Esta abordagem é alvo de maior desenvolvimento no capítulo 4 desta dissertação.

como ocorreu com a Nokia e a Nortel; (iii) inovação perturbadora, de que são exemplos a Ikea, a Cannon e a Ryanair e (iv) reposicionamento estratégico como no caso da IBM. Nestes exemplos o autor enfatiza dois riscos principais associados ao *outsourcing*: (i) risco de “hipotecar” o futuro ao perder competências e capacidades chave; e (ii) risco de escolha de externalizar no momento errado da evolução do mercado.

A Nike Inc. externalizou a totalidade da produção de sapatos desportivos mantendo interna apenas a produção dos elementos chave do seu sistema “Nike Air”, concentrando-se no que julgam ser as suas competências distintivas: a “Investigação e Desenvolvimento” e as actividades pós-produção de distribuição, vendas e marketing (à excepção da publicidade que é em *outsourcing*). Estratificou os seus fornecedores em três tipos: parceiros de desenvolvimento (especializados em séries pequenas, de maior investimento), os produtores de volume e as fontes em crescimento com maior flexibilidade, com os quais criou uma espécie de tutela e troca de recursos (Kakabadse e Kakabadse, 2000; Leavy, 2001; Leavy, 2004; Quinn e Hilmer, 1994).

Similarmente, a Apple Computers externalizou 70% da produção, bem como algumas actividades críticas como o design (à Frogdesign), as impressoras (à Tokyo Electric) e algum marketing (à Regis McKenna), focalizando-se nos seus aspectos únicos como Apple DOS (disk operating system) e o software de macro suporte que lhe confere distinção (Quinn e Hilmer, 1994). O valor de mercado deriva da capacidade de empresas como a Apple capitalizar o conhecimento interno, encurtando e gerindo-o como o seu principal recurso (Quinn, 1993).

Por seu lado, a Nokia definiu as suas competências nucleares no desenvolvimento e produção de telemóveis. Liderando um mercado de grande crescimento e rápida erosão de preço, evitou a integração vertical por considerar origem de competências “parasitas” (Heikkilä e Cordon, 2002). Preferiu a co-gestão agressiva das características de preço e *performance* tecnológica com os melhores fornecedores para cada geração de telemóveis assegurando o sucesso da sua estratégia de diversificação. No modelo 2110, lançado em 1995, preferiu desistir da posição de dependência de um único fornecedor japonês, preferindo vários, inclusivamente europeus, aumentando a flexibilidade da cadeia de abastecimento, eliminando fontes de burocracia (Leavy, 2004).

Por outro lado, a inovação perturbadora é o factor que faz aproximar organizações tão diferentes como a Ikea, a Cannon e a Ryanair, pela procura de uma estratégia de *outsourcing* eliminadora de complexidade, redução de custos e manutenção de níveis de produtividade acima dos registados nos sectores onde operam (Leavy, 2004).

Exemplo de *outsourcing* por reposicionamento estratégico é o caso da IBM. Nos anos 80 a IBM entrou no segmento dos PCs (Personal Computers) considerando como a sua competência nuclear a comercialização e não a criação e desenvolvimento de sistemas operativos porquanto recorreu ao *outsourcing* da produção da maior parte dos microprocessadores à Intel e do sistema operativo à Microsoft, entre outras. Esta estratégia permitiu-lhe, em pouco mais de um ano, ultrapassar o volume de vendas da sua principal concorrente, a Apple. No entanto, os seus fornecedores principais continuaram a vender os mesmos sistemas à concorrência tornando os PCs IBM indistinguíveis, o que fez com que a quota de mercado fosse reduzida para 7%, em 1995. Apesar disso, a IBM veio ainda a beneficiar do *outsourcing*, mas pela posição de fornecedor de serviços à Eastman Kodak, o que levou à criação de uma nova divisão, a ISSC (Integrated Systems Solution Corp) que, conjuntamente com os serviços existentes originou a IBM Global Services, responsável, em 2000, por 40% dos resultados da IBM (Kakabadse e Kakabadse, 2003; Leavy, 2004). O *outsourcing* teve, para o reposicionamento estratégico da IBM, um duplo papel de motivador e de potenciador.

Por outro lado, os casos de insucesso, apesar de menos relatados, servem para retirar alguns ensinamentos. A título de exemplo, a Toyota Motor Corp. externalizou o design e produção do sistema eléctrico dos seus automóveis, colocando-se à margem do processo, o que lhe retirou vantagens tecnológicas de desenvolvimento de produto (Sanders *et al*, 2007).

No entanto, o fenómeno não se restringe à indústria automóvel ou à de *fast moving consumer goods* (FMCG)²³ tendo, mais recentemente, ganho evidência no sector da saúde, nomeadamente em serviços associados às TI de que são exemplos os serviços de transcrição de informação médica à escala global como os prestados pela HealthScribe,

²³ Também denominados de *consumer packaged goods* (CPG).

em Bangalore que, em 1994, criou um sistema pelo qual um médico, usando o telefone, pode ditar as suas anotações (relatórios laboratoriais, diagnósticos, entre outras) que são digitalizadas e recebidas pelo transcritor indiano que as devolve em ficheiro de texto, reduzindo-se, assim, para um quinto o custo da operação (Friedman, 2007).

Ainda, é de referenciar uma emergente tendência do fenómeno de “turismo médico”, no qual os candidatos a cirurgias dispendiosas (nomeadamente nos Estados Unidos) ou com grandes listas de espera (como no Reino Unido, onde é o próprio serviço nacional de saúde a subcontratar) procuram os mesmos serviços em estâncias turísticas indianas (como é o caso do Apollo Hospital) ou tailandesas, dotadas de infra-estruturas e profissionais ao nível das melhores práticas e última tecnologia (Bies e Zacharia, 2007). Esta tendência crescente levou a parcerias tais como as do Parkway Hospitals, em Singapura com o hospital Johns Hopkins, em Baltimore, e a do Health Care City, no Dubai, com a Clínica Mayo, em Rochester (McCallum e Jacoby, 2007).

Estes são, no entanto, alguns exemplos da prática de *outsourcing* no sector da saúde, que, por ser bastante mais abrangente no tipo de serviços, no âmbito das condicionantes e motivos, e nas formas de relação estabelecida encontradas nos vários Sistemas de Saúde²⁴ do globo, é objecto de desenvolvimento no capítulo seguinte.

²⁴ A definição de Sistemas de Saúde encontra-se na subsecção 3.4.2 desta dissertação.

3. Outsourcing em serviços de saúde: o estado da arte

3.1. Introdução

A gestão da cadeia de abastecimento (SCM), no sector da saúde, tem vindo a sofrer uma alteração de orientação. Tradicionalmente, era vista como uma actividade transaccional, orientada para o produto, focada no preço e nas despesas operacionais, preocupada com a optimização da gestão de inúmeros pontos de contacto e pela descentralização que obedece à visão da organização em silos, unidades ou departamentos. Gradualmente, a SCM tem vindo a posicionar-se segundo uma orientação mais focada nos processos, no custo total, nos resultados traduzidos em criação de valor, na eliminação de papel, na estratégia baseada em informação e na centralização necessária ao serviço da missão da organização (Schneller e Smeltzer, 2006, capítulo 1).

Passa, assim, a ter não apenas uma vertente transaccional, mas de serviço (de clientes internos e externos), de orquestração e, de forma mais alargada, uma vertente transformacional consubstanciada em decisões que reconfiguram a cadeia de valor da organização²⁵.

Entendendo a cadeia de abastecimento como o conjunto de todos os estágios envolvidos, directa ou indirectamente, na satisfação das necessidades do cliente/utente (Chopra e Meindl, 2001), a sua gestão deve ter em conta a especificidade e complexidade dum serviço (cujos conceito e características o distingue dos bens²⁶) e as idiosincrasias do facto deste ser de saúde. Competências relacionais, de gestão táctica, operacional e de gestão estratégica, com vista ao aumento da *performance* global, são postas à prova perante imperativos de redução de custos, diminuição dos ciclos de tempo, melhorias de qualidade subjugadas a processos de acreditação, actualização tecnológica e constante busca de vantagens competitivas num sector onde as boas

²⁵ A cadeia de valor, tal como Porter a enunciou, revela, segundo Hines (Carvalho, 1996:92), fragilidades. A mesma posição de revisão do conceito é apoiada por Slywotzky e Morrison (1997) (citados por Walters e Jones, 2001), pela necessidade de centrar a discussão de valor no cliente a partir do qual são formados os elos da cadeia de valor.

²⁶ Características de intangibilidade, simultaneidade, heterogeneidade, perecibilidade e processo enunciadas com base na revisão da literatura apresentada em Pinto (2003: p 29 a 38).

práticas, clínicas e não clínicas, são constantemente avaliadas e comparadas em *benchmarking*²⁷.

Esta complexidade implica uma abordagem holística que permita formar e implementar estratégias de criação de valor para o utente/cliente através da inovação nos produtos, nos serviços e processos, na determinação da estrutura (*supply chain design*), configuração (*supply chain configuration*) e na própria gestão da cadeia de abastecimento (*supply chain management*).

A Teoria da Contingência (Luthans e Stewart, 1977) postula não existirem prescrições universais em gestão, o que implica que a solução de um problema esteja condicionada pelas circunstâncias em que ocorre. Vencer os desafios da cadeia de abastecimento nem sempre passa por opções de *outsourcing*, embora a evidência denuncie uma tendência crescente do fenómeno no sector da saúde.²⁸

A decisão estratégica, no âmbito da SCM, de externalização de serviços, actividades e/ou funções da cadeia de valor, apoiada na premissa base de que só as actividades nucleares da prestação do serviço devem ser internalizadas e as restantes entregues a terceiros especializados (Quinn, 2000) não deve ser redundante num sector de empresarialização embrionária e onde os resultados se traduzem no bem-estar dos utentes/clientes com elevadas expectativas de qualidade da prestação.

Mesmo com *drivers* comuns, diferentes unidades de saúde possuem diferentes escolhas quer ao nível do tipo de actividades, quer em extensão, em número e/ou duração de contratos. O meio socioeconómico e político pode determinar o espectro do *outsourcing* no sector da saúde fazendo-o variar por país e até por região.

Percorrendo a investigação publicada sobre o *outsourcing* nos serviços de saúde, este capítulo descreve o respectivo estado da arte desde as motivações e imperativos no sector, à avaliação dos benefícios, riscos e necessidade de monitorização, destacando os serviços com maior expressão e/ou pertinência no sector, e ilustra-o com exemplos

²⁷ Diferentes níveis de *benchmarking* são descritos por Max Moullin (2002) nas páginas 190 e seguintes.

²⁸ Estudos efectuados em 2001 previam que o crescimento do *outsourcing* no sector da saúde seria de 30%, enquanto na indústria em geral crescerá apenas 11% (Roberts, 2001).

encontrados em diferentes realidades económicas onde o Estado intervém em maior ou menor grau.

3.2. Condicionantes e motivos no sector da saúde

Mesmo sectores com grau de volatilidade abaixo da média como o da saúde (Goepfert, 2002) atravessam, tempos a tempos, grandes modificações impelidas quer por alterações de regulamentação, quer pelos níveis crescentes de exigência da procura, fruto de um maior acesso à informação, como ainda pela própria configuração da oferta cada vez mais organizada em redes de serviços. Estas modificações levam a questionar a cadeia de valor e a tomar decisões sobre a sua reconfiguração, entre as quais definir as actividades que podem e/ou devem ser externalizadas.

As organizações de saúde recorrem ao *outsourcing* por algumas das mesmas razões de outras noutros sectores (Quinn e Hilmer, 1994), procurando aumentos de produtividade, qualidade e rendibilidade, mas com diferentes repercussões desses benefícios, consoante o nível de risco decorrente da decisão de externalizar actividades, nomeadamente na *performance* e fiabilidade da organização.

Das razões mais apontadas na literatura, referidas na secção 2.4, para a opção pelo *outsourcing* destacam-se, no sector da saúde, as seguintes: (i) reduzir custos, (ii) mitigar riscos, (iii) permitir adaptações rápidas a mudanças sem comprometer recursos internos e (iv) permitir reconfigurar todo o processo de criação de valor ao longo da cadeia (Roberts, 2001; Hazelwood *et al*, 2005).

Para além destas razões, o recurso ao *outsourcing* em unidades de saúde encontra-se também relacionado com estratégias de flexibilidade de volume²⁹ como resposta a flutuações da procura, à indexação de *performance* clínica ao volume de actos e a complexidade de opções de tratamentos. Segundo Jack e Powers (2006), as unidades de saúde (particularmente as destinadas a cirurgias que requeiram internamento) recorrem

²⁹ As estratégias de flexibilidade de volume podem estar assentes em fontes internas de flexibilidade (recursos, processos, capacidade instalada) e/ou externas como o *outsourcing*, entre outras (alianças estratégicas, estratégias de preço e estratégias de racionamento) (Jack e Powers, 2006).

ao *outsourcing* de serviços clínicos como fonte externa de flexibilidade de volume após esgotadas as fontes internas e com o intuito de obtenção de *world-class expertise*, redução de custos e preenchimento de lacunas de pessoal. Os mesmos autores verificaram, no entanto, que em grandes hospitais com as vertentes de ensino académico, internamento e ambulatório existe uma relutância da Administração em recorrer a fontes externas como forma de aumento da flexibilidade de volume.

Em alguns países da Europa onde a privatização não é politicamente bem aceite, nomeadamente no Reino Unido, Suécia, Espanha e Portugal, o *outsourcing* de serviços clínicos a entidades privadas surgiu, principalmente, como forma de redução das listas de espera, na busca de maior flexibilidade perante os níveis de procura (Atun, 2006; Campos, 2004).

Por outro lado, Wigglesworth e Zelcer (1998) advogam o *outsourcing* da gestão global da cadeia de abastecimento de unidades de saúde a terceiros especializados indicando três razões: (i) possibilidade de externalizar actividades não nucleares, mas críticas a organizações orientadas para os processos; (ii) transferência do peso do investimento em infra-estruturas de TI de apoio à SCM possibilitando a alavancagem das suas capacidades nucleares; e (iii) obtenção de massa crítica que leve à realização de economias de escala.

No que respeita às condicionantes, Yang e Huang (2000) identificam os imperativos para o crescimento do *outsourcing*, no sector da saúde, segundo quatro vertentes:

- Imperativos organizacionais: como a capacidade de gestão e controlo do processo de *outsourcing*, o processo de selecção de fornecedores, a natureza da relação entre as partes, imperativos de qualidade (busca das “boas práticas”), a possibilidade de desenvolvimento de novos serviços/produtos, a falta de *know-how* e especialistas, as restrições de infra-estruturas, as restrições de recursos humanos, a configuração da estrutura organizacional e o processo de decisão inerente;
- Imperativos estratégicos: como o valor acrescentado da opção, os ganhos de flexibilidade, o desejo de focalização em actividades nucleares do negócio, a crescente concorrência global, o controlo de custos, a redução do custo de

capital, a redução do custo de transacção, a gestão do risco, as alianças estratégicas e a estratégia geral do negócio;

- Imperativos regulamentares: como os termos e cláusulas contratuais abrangentes e detalhadas, a salvaguarda da propriedade, as relações económicas e as políticas estáveis;
- Imperativos tecnológicos: como a tecnologia complexa e sujeita a rápidas mudanças, a facilidade de acesso a novas competências tecnológicas e o alcance do *best in class*.

Os *drivers* do *outsourcing*, nomeadamente de sistemas de informação (SI) no sector da saúde, foram identificados por vários autores (Alper, 2004; Bhattacharya *et al.*, 2003; Chen e Perry, 2003; Lorence e Spink, 2004; Wholey *et al.* 2001; Yang e Huang 2000;) sendo consensual que a principal motivação é a necessidade de mudança (eliminação de processamento manual e em papel), de agilização de processos e a possibilidade de acesso a informação fidedigna e em tempo útil (eliminação de erros administrativos e clínicos).

De acordo com Wholey *et al.* (2001), a propensão que uma unidade de saúde pode ter para o *outsourcing* de TI depende de vários factores:

- Da especificidade das transacções (segundo a TCT é determinante na decisão “*make or buy*”), que leva a identificar certas tecnologias existentes no mercado como em maior estado de maturidade do que as existentes internamente e/ou existe, no mercado, grande oferta de um produto estandardizado que torna fácil a opção pelo *outsourcing*;
- Da existência de recursos e competências internas para desenvolvimento de soluções “à medida”;
- Do estadio de impementação, sendo maior a propensão para o *outsourcing* na fase de desenvolvimento de SI, enquanto na operacionalização a escolha recorrente é internalizar.

Para além disso, os autores corroboram a ideia-base da TCT, em que uma actividade incerta ou muito específica é, normalmente, organizada internamente. Paralelamente, as que implicam maiores custos tendem a ser externalizadas. E ainda, que as organizações

de saúde no início do ciclo de vida (com menos de dois anos) se apoiam mais em *outsourcing* como forma de rapidamente terem o SI operacional.

A opção pelo *outsourcing*, nos serviços de saúde prende-se, ainda, com aspectos como as características da relação contratual no que respeita: (i) ao tipo de serviços (modulares ou integrais, mais ou menos contratualizáveis³⁰), (ii) ao nível de formalização e extensão do contracto (clássicos, intermédios ou relacionais), (iii) à duração, ao processo de selecção de fornecedores (nos aspectos de dimensão e localização da oferta e de isenção/transparência do processo), (iv) ao nível especificação de requisitos de *performance* (de processo, de *output* e/ou *outcomes*) e (v) aos mecanismos de pagamento (por acto, por capitação, etc.) (Liu *et al* 2007).

3.3. Riscos e benefícios do *outsourcing* no sector da saúde

O processo de *outsourcing* implica que a sua gestão, para além de se alinhar com a estratégia na qual a opção se insere, identifique claramente os seus riscos e benefícios, avalie todas as etapas do processo, estabeleça o tipo de relação ideal para cada situação e possa garantir uma monitorização que permita benefícios e sustentabilidade no longo prazo.

Dos benefícios enunciados na secção 2.5, Roberts (2001) particulariza para o sector da saúde, reforçando os que servem objectivos de aumentos de produtividade, qualidade e rendibilidade por serem menos imediatistas que os ganhos em redução de custos no curto prazo.

Por outro lado, o mesmo autor aponta a perda de controlo e flexibilidade como o maior dos riscos enunciados pelos gestores de unidades de saúde associada a preocupações de fuga de informação e confidencialidade que, em se tratando de unidades de saúde, podem comprometer a imagem de fiabilidade e a reputação de organizações que se

³⁰ Conceito explicado no ponto 3.4.2 desta dissertação.

pretendem “altamente fiáveis”³¹. A mesma preocupação deve acompanhar todo o processo desde a necessidade de avaliação criteriosa das propostas, em que a opção pela oferta mais baixa pode significar maiores custos posteriores causados por insuficiente qualidade na prestação, à necessidade de monitorização das actividades confiadas a terceiros com elevado grau de rotação de pessoal.

O risco de perda de controlo encontra-se, assim, associado à qualidade da prestação, à perda de continuidade de serviço e perda de controlo do pessoal, tão mais pertinente quanto maior for o tempo de estadia do utente, o que, por exemplo, nos cuidados de longa duração (convalescença, cuidados continuados e cuidados paliativos) se torna crítico (MacCutcheon e Griffin, 2002).

A perda de controlo encontra-se também, para Cesarotti e Di Silvio (2006), associada a problemas de responsabilização e perda de conhecimento do negócio. Neste âmbito, Hazelwood *et al* (2005) introduzem a questão da obrigação ética de informação do paciente sobre a função, departamento ou conjunto de serviços que lhes são prestados em regime de *outsourcing*, perante as preocupações de confidencialidade e segurança na transferência de informação.

Outras vantagens do *outsourcing* no sector da saúde são enunciadas por Savage (1996) e Doyle (1991) (citados por Renner e Palmer, 1999) como a melhoria do serviço ao cliente/utente quando comparado o mesmo serviço internalizado, para além da esperada redução nos custos de investimentos em equipamento.

Inversamente, os autores apresentam a posição de Chase e Aquilano (1992) que sugerem que a qualidade do serviço de saúde pode ficar ameaçada pelo *outsourcing*, ao invés de potenciada, por perda de flexibilidade, de controlo e problemas de comunicação. Ainda, Renner e Palmer (1999) apontam como principal desvantagem a excessiva dependência de um fornecedor, pondo em risco a flexibilidade futura e capacidade de resposta a mudanças.

³¹ Weick e Sutcliffe (2001) referem-se às organizações de saúde como *High Reliability Organizations*, com as características de: preocupação com as falhas, relutância em simplificar interpretações, sensibilidade para as operações, compromisso com a resiliência e deferência perante a *expertise*.

3.4 Tipologia de serviços em *outsourcing* no sector da saúde

Da revisão da literatura efectuada sobre o *outsourcing* em serviços de saúde foi encontrada como consensual a tipologia de divisão de serviços em: (i) não clínicos (todos os serviços passíveis de serem encontrados em unidades de saúde que, tendo ou não contacto directo com o paciente, são extrínsecos à prestação de saúde propriamente dita) e (ii) serviços clínicos (os que tendo contacto directo ou indirecto com o utente/cliente final, respeitam a processos ou sub-processos da prestação efectuada por profissionais de saúde)³². Seguindo esta tipologia, os serviços que as organizações de saúde mais externalizam podem resumir-se no Quadro 6.

Quadro 6 – Tipologia de serviços

Serviços não clínicos	Serviços clínicos
Actividades de suporte Serviços de Gestão de Instalações ³³ : <ul style="list-style-type: none">• Serviços de manutenção de edifícios e gestão de equipamentos• Os serviços relativos ao espaço como os de TI e de comunicação, energia e gestão de desperdícios• Os serviços relativos ao pessoal como transportes, refeições, limpeza, lavandaria, gestão de resíduos, recepção e segurança	Serviços de menor proximidade com o paciente/utente: <ul style="list-style-type: none">• Imagiologia (leitura de imagem e relatórios), exames laboratoriais• Gestão dos planos de tratamento• Farmácia
Business process outsourcing- BPO: <ul style="list-style-type: none">• Serviços financeiros e de logística• Gestão de aprovisionamentos• Gestão de recursos humanos e materiais• Funções administrativas e financeiras (facturação, processamento de salários, processamento de reclamações, verificação de elegibilidade, gestão de admissões e transferências e ciclo de pagamentos e recebimentos, gestão de processos clínicos dos pacientes transcrição de informação médica)	Serviços de maior proximidade com o paciente/utente: <ul style="list-style-type: none">• Serviços de medicina (serviços de emergência)• Cirurgia, (anestesia tratamento a laser de cálculos renais)• Enfermagem

Fonte: Elaboração própria com base em Alper, 2004; Guy e Hill, 2007; Hazelwood *et al*, 2005; Shinkmam, 2000; Shohet e Lavy, 2004; Stockamp, 2006; Worrell, 2003.

³² Tipologia corroborada pelos respondentes ao inquérito efectuada aos Hospitais do Sistema Nacional de Saúde português descrito na secção 3.10 desta dissertação.

³³ Divisão dos serviços de Gestão de instalações segundo a IFMA (*International Facility Management Association*) (Shohet e Lavy, 2004).

3.4.1. Riscos nos serviços não clínicos

Um dos serviços considerado crítico, pela proximidade ao paciente (Cesarotti e Di Silvio, 2006) e pela relação com o controlo de infecções (um dos principais indicadores de *performance* na avaliação das unidades de saúde), é o serviço de limpeza (Murphy, 2002; Dancer, 1999). Estudos referidos pelos mesmos autores indicam que as infecções adquiridas em hospitais e em unidades de cuidados continuados representam cerca de 3% das causas de morte em internamento, podendo ser evitadas em um terço dos casos por medidas preventivas que passam pela *performance* dos serviços de limpeza e desinfeção.

No entanto, e segundo Liyanage e Egbu (2006), estudos efectuados no Reino Unido revelaram não existir correlação entre o facto de este serviço ser externalizado e a taxa de infecções hospitalares.

O índice de controlo de infecções encontra-se, também, relacionado com os serviços de lavandaria e gestão de resíduos, pelo que a opção de externalização destes serviços requer atenção acrescida não apenas pelas vantagens de redução de custos (Giarraputo, 1990), como pelo facto da própria decisão obrigar à standardização de regras e procedimentos (Dancer, 1999).

Esta questão toma maiores proporções em se tratando de pacientes seniores, quer pelo défice de resistência associado à idade, quer pelos graus de morbilidade e dependência que normalmente apresentam (Andersen e Rash, 2000; Barrs e Fahey, 2000).

Estudos de avaliação de aplicação de normas e boas práticas de limpeza, efectuados em hospitais e residências geriátricas, concluíram que a zona de maior proliferação de microrganismos é a cozinha e sublinham a importância de monitorização com medidas de controlo de pontos críticos e recurso a técnicas de avaliação específicas (como a análise microbiológica de superfícies através da bioluminescência por detecção de adenosina trifosfato - ATP) (Griffith *et al*, 2000).

Outro aspecto que torna controversa a externalização deste serviço é as idiosincrasias no que respeita ao pessoal prestador. Segundo Goggins (2007), este negócio emprega pessoas com baixa instrução, auferindo salários baixos, na maioria dos casos em regime

parcial, como segundo emprego e regista taxas de rotação de pessoal na ordem dos 300%.

No que respeita ao serviço de refeições, este tem sido um dos mais externalizados, tornando premente a *performance* do serviço tendo em conta a relação estreita com a satisfação dos pacientes: (i) por ser, frequentemente, o primeiro serviço referenciado ao apurar o nível de insatisfação do paciente num quadro de internamento (Crogan e Evans,³⁴ 2006; Lau e Gregoire, 1998) e (ii) por existir uma correlação negativa entre a opção ser a de externalização e a satisfação dos pacientes relativamente ao serviço de refeições (Hwang *et al*, 2003).

O *outsourcing* deste tipo de serviços registou um crescimento acentuado nos hospitais e unidades geriátricas de cuidados continuados americanos (de 15% a 20%, na década de noventa, para 40% a 45%, em 2000) (Kwon e Yoon, 2003). O estudo destes autores incidiu em três tipos de serviços, refeição servida ao paciente, serviço de cafetaria e serviço de nutrição clínica, concluindo:

- As unidades de saúde que recorriam mais ao *outsourcing* destes serviços situavam-se em zonas urbanas e eram maioritariamente privadas com dimensão superior a 100 camas (a extensão do *outsourcing* parecia acompanhar a dimensão das unidades). Os directores de nutrição clínica entrevistados sobre a percepção do serviço não referiam existir melhor qualidade de entrega, prestação e/ou gestão deste tipo de serviços quando prestados por entidades externas.

A indústria de confecção de refeições tem vindo a desenvolver abordagens de gestão de risco no que respeita a questões de higiene e segurança alimentar com medidas de análise de pontos críticos (HACCP – *Hazard Analysis of Critical Control Points*) e programas de monitorização de rotina no sentido de assegurar a conformidade com as normas de qualidade inerentes à certificação, critério que condiciona a escolha do fornecedor (Bossert, 1994: capítulo 15).

³⁴ Os estudos de Crogan e Evans (2006), efectuados em residências geriátricas, ao explorarem as relações entre os níveis de satisfação com a alimentação e forma como é servida e os estados de depressão, de dependência funcional e o índice de massa corporal dos utentes, concluíram que melhorias na qualidade da alimentação, na prestação do serviço em termos de assistência e possibilidades de escolha do residente conduzem a melhorias dos estados nutricionais, de independência funcional e previnem o desenvolvimento de estados depressivos.

Dos serviços não clínicos em regime de *outsourcing*, no sector da saúde, destaca-se ainda, a externalização de funções ligadas aos aprovisionamentos, como as de *procurement*, negociação e aquisição a organizações que efectuem compras em grupo³⁵, nomeadamente de material de consumo clínico de valor reduzido e volume elevado e de medicamentos em que a marca assuma menor importância (como os genéricos).

Constituindo um elo adicional da cadeia de abastecimento, aumentando a distância entre fornecedores e clientes (membros), esta intermediação apresenta vantagens que justificam a sua existência e que foram tidas em conta nas decisões de aprovisionamentos hospitalares, nomeadamente nos EUA e Canadá, nos últimos trinta anos. Entre as principais vantagens encontra-se a redução de custos (na ordem de 10% a 15% no preço/custo de aquisição³⁶, na ordem de 40% nos custos administrativos e nos custos de transacção) via standardização de produtos e aumento de poder negocial resultante da concentração de ordens de encomenda (Nollet e Beaulieu, 2005; Riverd-Royer *et al*, 2002; Schneller e Smeltzer, 2006).

Por outro lado e segundo os mesmos autores, este tipo de organizações pode produzir impactos indesejados como a criação de oligopólios por parte dos fornecedores e a redução da oferta de serviços, para além de poderem levar à duplicação de funções e custos de transacção por força da ocorrência de desalinhamento estratégico com as unidades de saúde³⁷.

3.4.2. Riscos nos serviços clínicos

Como sugerido por Guy e Hill (2007), ultrapassadas as questões de avaliação de risco/benefício (tendo em conta os intangíveis), de multidisciplinaridade necessária à tomada de decisão, de adequação do tipo e duração da relação à estrutura e formalização legal da mesma e de salvaguarda da avaliação da *performance*, as atenções principais recaem na satisfação do utente perante o nível de integração conseguido pós *outsourcing*.

³⁵ GPO- *Group Purchasing Organisations*.

³⁶ Schneller e Smeltzer (2006) sugerem que as GPO's exercem o efeito "Wal-Mart" de deflação de preços de produtos externos aos seus contratos.

³⁷ A propósito ver os exemplos americano e português apresentados nas subsecções 3.8 e 3.10. desta dissertação.

Renner e Palmer (1999), ao estudarem o *outsourcing* de um serviço de tratamento a laser de cálculos renais num hospital neozelandês, concluem que para além dos benefícios da redução de custos conseguida, a solução apresentou-se positiva em termos de aumento de capacidade e melhoria de resultados para o paciente pelo acesso a tecnologia mais sofisticada. Por outro lado, o mesmo estudo alerta para os problemas associados aos níveis de incerteza inerente à procura de serviços de saúde e às dificuldades e estrangulamentos criados por atrasos de comunicação.

São de salientar os relatos de casos de *outsourcing* de serviços como o de radiologia (bem como o de exames laboratoriais) cujo historial de erros médicos verificado é imputado à ineficiente transferência de informação. Ao serem impostos os prestadores convencionados (pelas companhias de seguros), a ligação do meio de diagnóstico ao plano de tratamento do paciente pode tornar-se desajustada, levantar questões de confidencialidade, repetição de exames e dificuldade de comunicação entre serviços por não existir um acordo estabelecido entre os intervenientes no processo (Chasin *et al*, 2007).

Por outro lado, relatos como os de Peisch (1995) revelam as consequências graves do insucesso de *outsourcing* de serviços críticos como os de anestesia, desta feita não pelas dificuldades de integração, nem pela criticidade do serviço, mas por erros de avaliação e gestão de cada fase do processo desde o processo de selecção de fornecedor à inexistência de monitorização.

Outro tipo de serviços em que o *outsourcing* se apresenta como opção é os programas de hospitalização. A entrega da gestão dos planos de tratamento a empresas especializadas no recrutamento de médicos com experiência e infra-estruturas adequadas a cada tipo de tratamento surge com o argumento principal de que a especialização deriva da medicina baseada na evidência, em que o aumento do número de casos por médico potencia a qualidade da prestação e liberta os clínicos gerais para o seguimento pós-alta com maior dedicação, garantindo a fidelização do paciente ao médico e, conseqüentemente, à instituição. Esta opção visa, ainda, a erradicação do problema das taxas de rotação anuais (na ordem dos 50% nos médicos especialistas) comprometedoras da orgânica dum hospital (Greeno, 2001).

Esta tendência, segundo o mesmo autor, segue a anterior de *outsourcing* de serviços de emergência, nos anos noventa. Este tipo de programas começaram por mostrar vantagens em termos de duração da estadia do paciente, mas não conseguiram manter-se no longo prazo por esgotamento (*burnout*) dos médicos.

- A contratualização

As várias formas de cooperação entre actores na prestação de cuidados de saúde, de que o *outsourcing* é um exemplo, remetem para a ideia da prestação centrada no paciente e para o conceito de “cuidados integrados” (*integrated care*)³⁸, usada em relação aos utentes, em geral, e, em particular, aos pacientes com necessidades específicas (como os idosos ou doentes crónicos) que necessitam de cuidados diferenciados prestados por diferentes profissionais de saúde.

Esta é, de resto, a filosofia subjacente ao *outsourcing* de serviços de saúde quando o contratador é o Estado, através do mecanismo da contratualização i.e. o desenvolvimento da função de “agência” (Eisenhardt, 1989) aplicada ao processo de diferenciação entre a prestação de cuidados e o seu financiamento. Da negociação de objectivos de desempenho, incluindo os económicos, com os prestadores de cuidados de saúde (privados, com e sem fins lucrativos e/ou públicos com autonomia financeira), resulta um compromisso explícito entre agente e principal pela ligação do financiamento aos resultados esperados (Escoval, 2003).

De facto, assiste-se a um movimento de opinião a favor dos mecanismos de mercado nos Sistemas de Saúde europeus privilegiando o aumento do financiamento privado, a separação entre financiador e prestador de forma a atribuir um maior peso ao prestador privado sob a premissa de que uma das principais causas de ineficiência dos Sistemas de Saúde³⁹ reside no excessivo peso do Estado e a crença de supremacia de eficiência do sector privado comparativamente ao público.

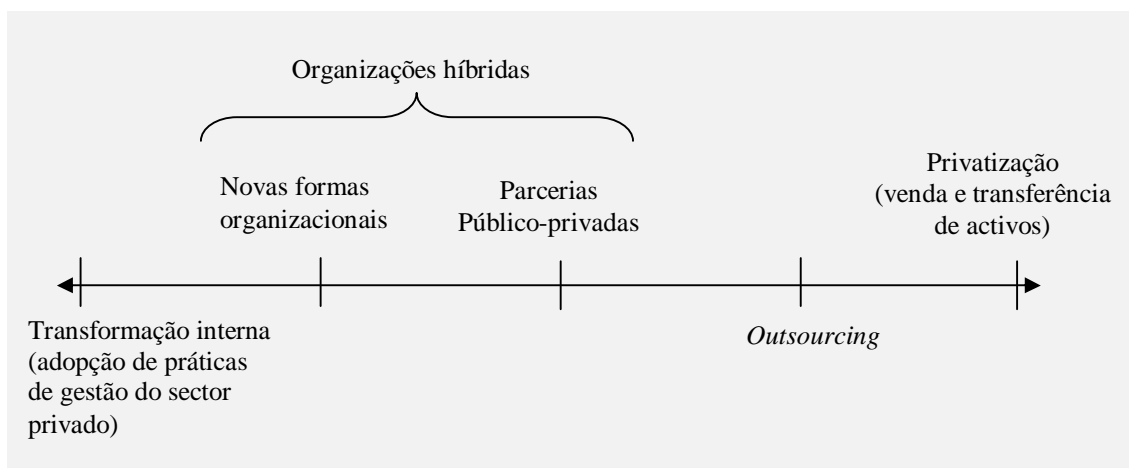
³⁸ Expressão que Kodner e Spreuwenberg (2002) clarificam ser utilizada como *managed care*, nos E.U.A., *shared care* no Reino Unido e *disease management*, nos Países Baixos.

³⁹ Segundo a definição constante da Lei nº 58/1990, de 24 de Agosto, é um conjunto constituído pelo Serviço Nacional de Saúde (SNS) e por todas as entidades públicas que desenvolvam actividades de promoção, prevenção e tratamento na área da saúde, bem como por todas as entidade privadas e por todos os profissionais liberais que acordem com o SNS a prestação de todas ou de algumas daquelas actividades. Disponível no sítio electrónico <http://conceitos.ine.pt>.

A contratualização, ao permitir a aquisição de serviços clínicos (tratamento, reabilitação, diagnóstico e acções de prevenção e promoção de cuidados de saúde), pode assumir duas vertentes: (i) interna (dentro da própria rede pública, através da elaboração de contratos-programa⁴⁰) e (ii) externa (a entidades externas à rede).

O conceito de contratualização externa, embora de carácter primordialmente complementar ou subsidiário em articulação⁴¹ com a rede pública para serviços não anteriormente prestados, pode também assumir-se de carácter substitutivo em relação aos serviços já prestados pela rede pública passando a integrá-la (Escoval, 2003). Como tal, pode ser incluída numa das quatro formas de envolvimento do sector privado⁴², o *outsourcing*, descritas no “*continuum da privatização*” (Figura 5).

Fig.5 - O *continuum* da privatização



Fonte: Adaptado de Atun (2006).

As vantagens (económicas) do *outsourcing*, no contexto da privatização, são apresentadas por Prager (1997) distinguindo dois tipos de *outsourcing*: (i) a nível macro, quando respeita à transferência de uma função governamental inteira, e (ii) micro quando respeita a actividades específicas inseridas numa função.

⁴⁰ Conceptualmente, e segundo Cabases *et al* (1999) citado em Escoval (2003), o contrato-programa pode ser definido como um instrumento de relação entre a tutela e as instituições públicas de saúde, que liga a actividade ao financiamento atribuído a cada unidade.

⁴¹ Os mecanismos de articulação encontram-se desenvolvidos por Escoval (2003).

⁴² As possibilidades de participação privada em hospitais são enumeradas com descrição das responsabilidades correspondentes a cada opção em Taylor e Blair (2002).

O autor, tal como Atun (2006), apresenta uma resenha dos diferentes percursos trilhados por governos de vários países e advertindo pragmatismo na abordagem, quer em relação aos diferentes serviços (de maior ou menor cariz “inerentemente governamental” onde se incluem sub-serviços de saúde), quer no que respeita à adequação da forma de monitorização a cada actividade ao tipo de relação de agência estabelecida.

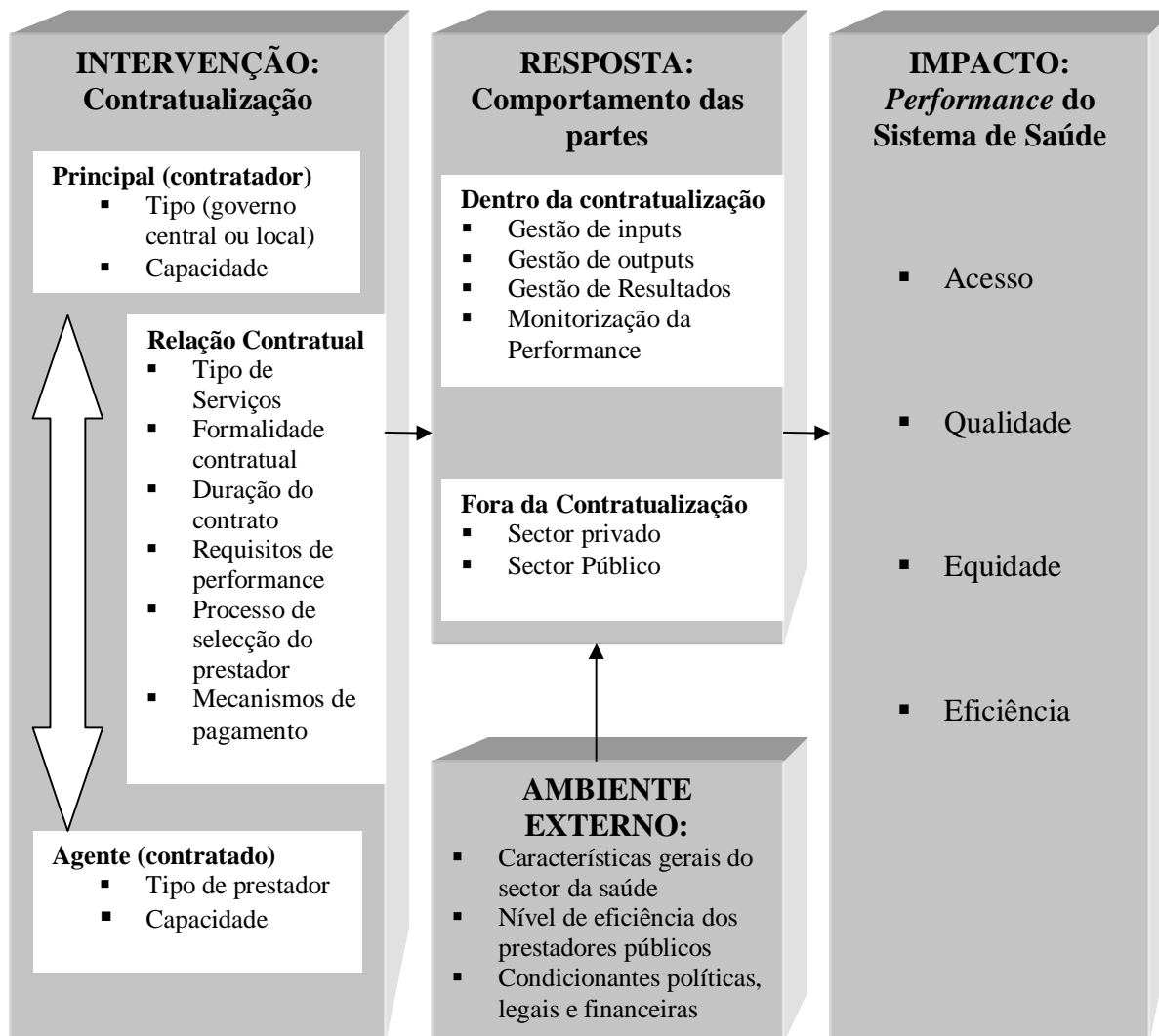
No entanto, os problemas da teoria de agente/principal são a assimetria de informação e o desencontro de interesses de que resultam o oportunismo, o risco moral (*moral hazard*) e a selecção adversa. No sector público a relação contratual encontra-se ainda minada pela dificuldade do principal (o Estado) monitorizar o desempenho, quer pela especificidade dos *outputs/outcomes* (resultados), quer por dificuldades de governação⁴³ e pela não confluência de objectivos num sector que exclui o lucro como medida de desempenho (Atun, 2006).

Por outro lado, a equidade, a universalidade na cobertura e a garantia de qualidade da prestação, sem comprometer a viabilidade económica dos Sistemas de Saúde, são parâmetros que pautam as decisões de alocação de recursos escassos na prestação dos serviços públicos centrados, cada vez mais, no utente e não tanto no prestador e são invocados perante as decisões de contratualização (Liu *et al*, 2007).

Se, por um lado, o planeamento das prestações, como em qualquer actividade, requer uma definição e medição das necessidades em saúde, os impactos das mesmas devem poder ser avaliados e monitorizados. O esquema da Figura 6 propõe um modelo conceptual de avaliação da contratualização.

⁴³ Descritas nas várias aproximações sugeridas no Relatório Primavera de 2006, do OPSS- Observatório Português dos Sistemas da Saúde disponível em <http://www.observaport.org>

Fig. 6 - Modelo conceptual de avaliação da contratualização



Fonte: Adaptado de Liu *et al*, 2004.

Na categoria dos serviços clínicos, classificados de acordo com os níveis (cuidados primários, secundários e terciários) e função (preventiva ou curativa), os autores realçam a importância da contratibilidade (abarcando a mensurabilidade, monitorabilidade e contestabilidade) do serviço como determinante da relação contratual a estabelecer. Referindo-se à mensurabilidade como a capacidade de especificação qualitativa e quantitativa dos serviços, a monitorabilidade, como a possibilidade de se poder observar, a baixo custo, a qualidade e quantidade do serviço, e a contestabilidade como a probabilidade de novas entradas de concorrentes no mercado oferecendo o mesmo serviço em melhores condições, os autores sugerem ter maior contratibilidade os serviços relativos a uma doença específica, onde exista clara

necessidade, reconhecidas *guidelines*, tecnicamente simples e serviços onde exista uma forte correlação com resultados de saúde.

Segundo Bossert (2004), existe alguma evidência, nos cuidados primários que sustenta a melhoria de acesso (aumento da provisão, utilização e cobertura) como resultado do *outsourcing* destes serviços, mas no que respeita ao impacto na equidade, qualidade e efectividade, este é menos claro. A evidência da efectividade do *outsourcing* de serviços de saúde a entidades privadas, por parte do sector público, tem sido, aliás, inconsistente (Atun, 2006; England, 2004; Liu *et al* 2004; ---2007).

Também Abramsom (2001) identificou como principais motivos à contratualização a melhoria da cobertura, acessibilidade, eficiência e qualidade da prestação⁴⁴. O autor adverte para a existência de investigação que demonstra as falhas dos contratos de serviços clínicos e não clínicos por insuficiência de especificações e alocação de responsabilidades necessárias à monitorização. Também segundo este autor, o sucesso dos contratos depende da eficácia da monitorização que, por um lado, deriva da capacidade de escolha de bons indicadores e medição da *performance* dos contratos e, por outro, da capacidade de gestão e supervisão, de que é exemplo o organismo público estudado.

Assim, os contratos devem, segundo o autor, incluir indicadores de processo e de resultados, bem como incentivos ao fornecimento de informação por parte do fornecedor e contemplar avaliações regulares de *performance* cujos resultados possam se confrontados com *standards* nacionais. Os contratos devem, ainda, incluir um plano de supervisão e monitorização especificando a frequência e responsabilidade das avaliações bem como a relação entre o pagamento e a *performance* avaliada.

Um estudo efectuado em nove países do Médio Oriente em 2004 avaliou as razões e a capacidade de contratualização do Ministério da Saúde com entidades privadas, o tipo de relações estabelecidas e os factores que as influenciaram (Siddiqi *et al* 2006). Neste estudo, o *outsourcing* a entidades privadas surge, na maioria dos países, também com o

⁴⁴ Na descrição de um caso de sucesso de monitorização da contratualização pelo Fundo de Segurança Social costa-riquenho (CCSS) de serviços de cuidados primários (cirurgias de ambulatório e consultas de clínica geral) à cooperativa COOPESALUD.

intuito de melhorar o acesso, eficiência e qualidade dos serviços de saúde públicos e surge em função de diferentes factores, tais como: (i) ambiente político, suporte burocrático e enquadramento legal; (ii) características do contratador (forças e fraquezas); (iii) características do potencial contratado (forças e fraquezas); (iv) riscos inerentes ao processo; e (v) mecanismos de monitorização do desempenho/*performance* (apenas em dois países os contratos mencionavam indicadores de *performance* e só num deles a adequação dos sistemas de informação permitiu a monitorização interna).

As razões inerentes a políticas nacionais descentralizadoras⁴⁵ de recuperação rápida do sistema após períodos de conflito (caso do Afeganistão), de racionalização de custos, de *trade-offs* de opções de investimento público e o acesso a melhor tecnologia, foram as restantes invocadas pelos governos dos vários países para a contratualização, enquanto os privados são movidos pelo interesse em manter uma fonte regular de receitas, plena utilização da capacidade instalada e aumento da reputação e credibilidade.

Os autores defendem que os problemas da contratualização advêm da capacidade limitada de conceber, negociar e gerir contratos reconhecida ao sector público, para além da dificuldade de análise de custo-preço-volume, da incapacidade de optimização de métodos de pagamento e ainda, a inexistência de monitorização efectiva da *performance* dos contratos.

Acresce que o problema dos custos de transacção associados à contratualização (elaboração de contratos, negociação e monitorização) levam, como defendem Liu *et al.* (2007), a considerar as vantagens em aumentar a cooperação entre os prestadores e estender os períodos de duração dos contratos (o que, no Reino Unido levou à alteração dos períodos de duração de um para três anos (Escoval, 2003)).

Para além do exposto, England (2000) refere ainda como potenciais entraves à contratualização a insuficiente autonomia do prestador na gestão de recursos, a insuficiente concorrência na oferta e a perversão de incentivos (levando, por exemplo, a

⁴⁵ A descentralização é, aqui, entendida como o largo espectro de actos de transferência de poder e autoridade verticalmente, de superiores para níveis inferiores da hierarquia governamental, dentro da mesma entidade corporativa, ou delegar a outra entidade corporativa do sector público, tal como referido em Atun (2006), estendendo-se à privatização que envolve transferência de activos, responsabilidades e funções da esfera pública para a privada.

extensão indevida de períodos de internamento e/ou a transferências para prestadores inapropriados).

A comparação entre os diversos Sistemas de Saúde, as suas reformas e escolhas no que se refere a esta matéria, deve acautelar, segundo McPake e Mills (2000), antes de tudo, uma avaliação da similaridade das *performances* das políticas e contextos individuais, incluindo variáveis de análise de factores da procura, factores da oferta e força do sector público e uma avaliação do grau de complementaridade entre o sector público e privado de modo a poder associar vantagens a cada caso concreto.

3.5. Outsourcing em diferentes Sistemas de Saúde

3.5.1. Outsourcing no Sistema de Saúde alemão

O modelo do Sistema de Saúde alemão, criado em 1883 por Bismark⁴⁶, assente na afiliação profissional e financiado pelas quotizações dos salários e dos empregadores, numa combinação de prestadores públicos e privados (cerca de metade das camas hospitalares são públicas e a maioria das restantes são de entidades privadas sem fins lucrativos⁴⁷), exemplo pioneiro de modelo de Segurança Social imposto pelo Estado, tem vindo a sofrer reformas sucessivas (Simões, 2004).

As alterações demográficas, a escassez de recursos financeiros nos serviços sociais (agravada pelo aumento do desemprego) e o decréscimo de licenciaturas em medicina estão na génese de um défice de investimento no sector hospitalar alemão, à semelhança de em outros países. O crescimento dos custos com Mão-de-Obra levou, em 2004, à criação dos DRG-*diagnosis-related groups* (GDH's -Grupos de Diagnóstico Homogéneo), um sistema de remuneração por acto médico iniciado no Sistema Nacional de Saúde australiano e que terminará de ser implementado no SNS alemão em 2009. O novo sistema visa promover a igualdade de oportunidades entre hospitais e a

⁴⁶ O modelo Bismarkiano, assente na lógica de seguro social de acesso universal é adoptado por vários países como a Áustria, Holanda, Suíça, Bélgica, Luxemburgo e França (na génese e com sucessivas adaptações) (Escoval, 2003; Simões, 2004).

⁴⁷ Ao contrário de países onde o peso do sector público é marcadamente maior como: 90% (Dinamarca Suécia, Finlândia e Reino Unido) 80% a 90% (Itália e Portugal) e 50% a 80% (Espanha, França, Grécia e Irlanda) (Simões, 2004).

consequente competição, ao mesmo tempo que impõe regras para a gestão da qualidade, ao permitir que o pagamento se faça por preços que reflectam os custos médios reais dos hospitais, uma vez classificados os utentes em grupos clinicamente coerentes e similares em termos de consumo de recursos.

A par dos GDH's, as reformas introduziram nova regulamentação em termos de segurança e gestão da qualidade e o conceito de “cuidados integrados”⁴⁸ de forma a substituir a fragmentação na diferenciação de cuidados (Augurzky e Scheuer, 2007).

Os autores concluíram que existe potencial para uma nova vaga de *outsourcing*, em especial nos hospitais que virem os seus resultados ameaçados durante a implementação do novo sistema de GDH até 2009, pela exigência de maior eficiência que o novo sistema obriga. Os resultados da investigação efectuada por Augurzky e Scheuer (2007) contrariam a visão “clássica” de *outsourcing* de actividades/competências apenas quando não-criticas, uma vez que todos estes serviços estão em maior ou menor grau associados ao tratamento do paciente e, apesar de fazerem parte da actividade-*core*, também se encontram externalizados.

O *outsourcing* no sector hospitalar alemão, embora tenha demonstrado uma tendência de crescimento, encontra-se ainda numa fase de definição (após a aprendizagem com o retrocesso ocorrido na década de noventa), perante os imperativos financeiros, demográficos e de customização⁴⁹ dos serviços, que implicam a flexibilização e especializações crescentes de modo a criar maior proximidade entre o utente e o prestador.

3.5.2. Outsourcing no NHS, no Reino Unido

Do relatório de Beveridge⁵⁰, em 1942, surge o Serviço Nacional de Saúde do Reino Unido (National Health Service-NHS), em 1948, como modelo de Sistema de Saúde que confere ao Estado a responsabilidade da prestação gratuita, universal, não

⁴⁸ Também chamados de *integrated delivery systems*, em Burns *et al* (2001).

⁴⁹ A definição encontrada em Pinto (2003) é a de Silvestro (1992) em que a customização se opõe à padronização pela adaptação total da prestação às necessidades e preferências do cliente, e é a adoptada ao longo de toda a dissertação.

⁵⁰ Intitulado *Social Insurance and Allied Services*, o relatório promove o Estado interventor.

discriminatória/equitativa, garantindo a autonomia clínica dos profissionais de saúde⁵¹, assentando essencialmente em receitas fiscais proporcionais ao rendimento dos contribuintes e em serviços públicos (Simões, 2004).

Em 1991, com as reformas de Thatcher, a separação das funções de compra (pelas autoridades sanitárias) e prestação (pelos *Trusts*, resultado da transformação dos hospitais públicos em empresas autónomas), como consequência das propostas governamentais de 1989, foi criado, no sector da saúde inglês, um “mercado interno” (Enthoven, 1985 citado por Perrot, 2004) ou antes, um “quasi-mercado” (Le Grand e Bartlett, 1993, citador por Perrot, 2004), pela inexistência de verdadeira concorrência⁵².

Em Dezembro de 1997, o governo de Blair estabeleceu o “novo NHS” substituindo a concorrência pela cooperação e confiança entre parceiros, não deixando de encorajar a participação do sector privado (Atun, 2006), o que lhe conferiu semelhança com a reforma via “mercado interno” preconizada por Thatcher (McPake e Mills, 2000; Perrot, 2007).

Este programa, a dez anos, incluía acções específicas como a criação de *standards* de custos e qualidade, introdução de mecanismos de governança clínica de publicação anual de medidas de *performance* a serem usadas em *benchmarking* de modo a melhorar as prestações através de parcerias e cooperação (Güven, 2003). Esta política de parcerias ia ao encontro da política de *outsourcing* já iniciada no início da década de oitenta, anterior às reformas (McPake e Mills, 2000).

Com a introdução, pelo Governo, do conceito de “*best value*”, em 1998, dentro da abordagem de um serviço de saúde centrado no paciente, a necessidade de avaliar e comparar medidas e os seus resultados (*outcomes*) levou a direccionar a atenção para a

⁵¹ O modelo beveridgeano inspirou, os chamados “Serviços Nacionais de Saúde” de países como: Dinamarca, Finlândia, Noruega, Suécia, Grécia, Portugal, Espanha e Itália (Escoval, 2003). Segundo o mesmo autor, os modelos de Bismark, Beveridge e o modelo misto dos E.U.A. encontram-se, hoje, “contaminados” entre si.

⁵² De acordo com Le Grand e Bartlett (1993) o quasi-mercado para prestação de serviços de protecção social distingue-se dos mercados convencionais de três formas: (i) pela existência de organizações sem fins lucrativos em competição, (ii) pela centralização do poder de compra numa agência pública e atribuição da decisão do consumo em forma de *voucher*, e (iii) pela representação dos consumidores por agentes, evitando que os beneficiários actuem directamente no mercado (Perrot, 2004).

performance percebida pelos pacientes⁵³, não sendo suficiente a avaliação por *benchmarking*.

O estudo de Heavisides e Price (2001) sobre as especificações para a monitorização da *performance* efectuado em 300 *Trusts* em Abril de 2000, em que a actividade de gestão de instalações se encontrava, em todos os respondentes, em regime de *outsourcing*, mesmo apresentando bastantes limitações, apontava algumas conclusões sobre o sistema de monitorização mais usado:

- A maioria dos *Trusts* apresentava um sistema misto de monitorização em que a auto-monitorização do serviço (externalizado ou não) representava a minoria dos casos (11%);
- A monitorização, com base em especificações de *output*, era predominante nos serviços de limpezas e refeições, embora, em termos agregados, fosse preterida em relação às especificações de *input*;
- As especificações de *output* resumiam-se, neste estudo, a não conformidades (a mais usada), satisfação do paciente e incentivos financeiros;
- A escolha da métrica a usar era, reconhecidamente, da competência do contratador;
- Os sistemas de monitorização com base em indicadores de *output*, mesmo que inicialmente desenvolvidos a partir dos serviços privados (PFI-*Private Finance Initiative*) deviam ser estandardizados de modo a permitirem consistência para aplicação a nível nacional (adoptados pelas entidades públicas) e serem devidamente auditados.

A última tendência identificada por vários autores (Aggarwal, 2004; Bies e Zacharia, 2007; McCallum e Jacoby, 2007) é o *outsourcing* de serviços clínicos a prestadores fora do país (*offshoring*). Esta tendência deve-se, em parte, ao facto de o Sistema de Saúde britânico não ter vindo a ser capaz de dar resposta ao número crescente de pacientes, apresentando um défice de pessoal na ordem dos 100.000 efectivos, segundo Aggarwal (2004), em áreas como os serviços de emergência e enfermagem. Só em 2002, mais de 1000 pacientes do NHS foram tratados fora do Reino Unido e 42% dos pacientes em

⁵³ Os aspectos que condicionam a percepção do serviço são desenvolvidos por Las Casas (1994) em *Qualidade Total em Serviços*.

Os contributos de Donabedian, Parasuraman *et al* (SERVQUAL), entre outros, para o desenvolvimento da gestão da qualidade em serviços de saúde encontram-se descritos por Kelly (2003) em *Applying Quality Management in Healthcare*.

lista de espera expressaram a predisposição para procurarem tratamentos fora do seu país. A Tailândia, Índia, Polónia e Malásia foram os destinos apontados como tendo a melhor oferta em qualidade de tratamento proporcionando cerca de 78% de redução de custos e um ambiente privilegiado para a recuperação.

3.5.3. Outsourcing nos Sistemas de Saúde australiano e neozelandês

Os Sistemas de Saúde australiano e neozelandês, de inspiração Beveridgeana, adoptaram, em 1993, a separação entre financiador e prestador (à semelhança do sistema britânico) seguindo objectivos de aumento de eficiência, flexibilidade, inovação no fornecimento de serviços de saúde, redução de tempos de espera e aumento do leque de escolha dos utentes (Ashton *et al*, 2004).

Em 1995, o governo australiano, pela implementação da “*National Competition Policy*,” encorajou o sector público ao *outsourcing* de serviços privados como parte do plano de privatizações (Prager, 1997). No sector público da saúde, ao contrário do ocorrido noutros sectores públicos, a decisão de externalização foi tomada a nível individual pelos respectivos conselhos de administração e em alguns casos pelos directores dos departamentos (Young, 2007a).

Os factores incerteza e risco associados à contingência do decréscimo de pacientes sem sistema de comparticipação, a somar às reduções orçamentais, levaram à utilização de contratos como forma de estancar custos, pessoal e tecnologia.

Nas razões políticas encontram-se os conflitos de interesses, o poder dos movimentos sindicais e a existência da cultura de clã, que, no meio rural, levaram a contratos com cláusulas de transferência de efectivos para o prestador. Para além disso, as directrizes governamentais incutiram à privatização de serviços e ao *outsourcing* de serviços de suporte seguindo uma *policy bandwagoning* (por arrastamento) uma vez que na Nova Zelândia o *outsourcing* destes serviços já seria tendência (Young, 2007a; --2007b).

O inquérito efectuado aos gestores públicos revelou que as falhas do *outsourcing* tiveram origem na diferença de cultura entre o fornecedor privado e as instituições públicas, que se repercutiu em problemas com a moral do pessoal por não se ter

estabelecido uma cultura partilhada. O mesmo revelou dificuldade e subjectividade na categorização de actividades como sendo *core* ou não-*core*, resultando na assumpção das actividades *core* como todas as que implicassem contacto directo com o paciente, o que levou, entre outras acções de concentração, a não recorrer a auxiliares de enfermagem externos. Da mesma forma, os serviços de farmácia e de anatomia patológica foram considerados nucleares ao tratamento de pacientes. O mesmo inquérito revelou, ainda, a rejeição de ponderação de *outsourcing* de actividades clínicas ligadas ao ensino e investigação pela elevada componente de risco envolvida.

Young (2007a; 2007b) sugere que as relações de *outsourcing* dependem, em muitos casos, do poder do gestor intermédio, da sua capacidade de percepção das necessidades de mudança, e do bom relacionamento quer com a gestão de topo, quer com o nível operacional. E ainda, que as decisões de *outsourcing*, para além da procura de redução de custos ou busca de competências externas, aparecem, também, como segunda via a uma estratégia de *downsizing* e/ou flexibilização laboral ou como forma de persuasão propulsora dum processo de mudança.

Os estudos referidos permitem salientar que a natureza intrínseca ao Sistema de Saúde público sugere que a complexidade das decisões é maior do que no sector privado, em parte pela forte componente política dos grupos de pressão intervenientes (Governo, Sindicatos, etc.). As decisões de externalização no sector público não têm apenas por base a racionalidade económica de optimização de recursos que entra em linha de conta com a frequência das transacções, a duração da relação contratual, o acesso à informação e com outros factores como a especificidade do activo/serviço a mensurabilidade de resultados, o grau tecnológico, as características do mercado de trabalho, o grau de aversão ao risco e capacidade de gestão de conflitos. As decisões de externalização encontram-se também fortemente dependentes de razões políticas como o poder relativo dos gestores, o que no sector público sofre o peso acrescido das expectativas do governo, das tutelas e dos grupos de pressão das comunidades onde se inserem.

Das dificuldades de monitorizar *outputs*/resultados (mencionadas como entraves ao *outsourcing*) surge a necessidade de monitorizar processos. A reestruturação do sector

da saúde australiano e neozelandês, através de práticas como a da contratualização⁵⁴, introduziu indicadores de *performance* ao estabelecer objectivos de serviço, enquadrados em planos estratégicos a cinco anos, acordados entre o governo e cada prestador (Ashton *et al*, 2004).

No entanto, e segundo os autores supra citados, inicialmente, o governo celebrava contratos com base em especificações de *input*, tal como o tempo que cada tipo de profissional de saúde deve despende na prestação e que serviria de base de cálculo das remunerações, pelo que a monitorização se resumiria ao acompanhamento dos relatórios salariais. Em 1991/92 foram introduzidos nos contratos os termos de preços e volume de serviços que tinham como base o histórico e não uma redefinição de serviços com vista a uma melhor alocação dos recursos. A qualidade e natureza da prestação ficariam, assim, à consideração do prestador por força da falta de sistemas de informação e recursos do contratador para uma monitorização cabal.

A formatar a contratualização foram definidos objectivos governamentais que obedeciam a: (i) seis princípios de apoio à decisão: equidade, efectividade, eficiência, segurança, aceitação e gestão de risco, (ii) quatro áreas de ganhos em saúde prioritárias: saúde infantil, saúde do povo Móri, saúde mental e saúde física e ambiental; (iii) um conjunto de obrigações que definiam, em termos gerais, o leque de serviços a ser comprado, a cobertura e/ou os termos de acesso a esses serviços e os *standards/normas* de segurança e qualidade.

Ashton *et al* (2004) dão alguns exemplos de forma e conteúdo dos contratos realizados antes das reformas de 2000 na Nova Zelândia (Quadro 7):

⁵⁴ Na definição constante do ponto 3.4.2 deste capítulo e mencionada ao longo desta secção.

Quadro 7 - Exemplos de contratos, forma e conteúdo (1996)

Serviços	Tipo de contrato	Medidas de volume	Medidas de qualidade	Duração do contrato
Serviços de Convalescência	Pagamento por acto	Dias de internamento	Claramente especificada e monitorizada	1 a 2 anos
Cuidados Primários	Pagamento por capitação	Nº de pacientes registados Nº de consultas	Pouco especificada e pouco monitorizada	(variável) 3 Meses; 3 anos; sem termo
Serviços Cirúrgicos	Preço e volume	Apenas indicativas (GDH's, admissões, dias de internamento)	Claramente especificada e monitorizada	1 ano
Saúde Mental	Orçamento destinado	Apenas indicativas (admissões, nº pacientes vistos); Medidas de input (nº e mix de pessoal)	Pouco especificada e pouco monitorizada	1 a 5 anos

Fonte: Adaptado de Ashton *et al* (2004).

Os autores, ao percorrerem todo o processo da contratualização desde a contextualização, forma e conteúdo dos contratos, tipo de relação entre as partes até à fase de monitorização e responsabilização, demonstram a evolução do conceito e os ensinamentos a serem retirados em cada fase do mesmo.

No que respeita à monitorização e responsabilização, os autores advertem para os problemas de ênfase nas auditorias de carácter punitivo, em detrimento da partilha do sistema de medição de *performance* promotora de troca de informação relevante, formatada e em tempo útil. Advertem, ainda, para os custos de substituição de prestador (no caso dos serviços de cuidados continuados, alertam para a especial relevância da constância do padrão de qualidade associado a dado fornecedor) e aos atrasos na negociação de contratos como factores que consubstanciam a dificuldade de conferir responsabilização apenas pela via contratual.

3.5.4. Outsourcing no Sistema de Saúde norte-americano

O Sistema de Saúde norte-americano segue o modelo de mercado (embora com influência, na sua génese, de algumas medidas de Bismark (Simões, 2004)), caracterizado por um sistema misto de seguros sociais e privados coexistentes com sistemas concorrentes que representam as escolhas sociais do Estado (*Medicaid* e

Medicare), organiza-se a partir da capacidade de compra dos cidadãos e empresas, o que condiciona o acesso levantando questões de equidade (Escoval, 2003).

Tendo tido, até aos anos oitenta, uma intervenção residual do Estado americano na organização da oferta e regulação do trabalho médico, o sector de saúde é hoje um dos sectores de maior regulação governamental obrigando os prestadores a fazerem “*more with less money*” (Goolsby, 2001). O sector mostrou-se lento a adoptar imperativos estratégicos que foram tomados, muito antes, por outros sectores e a procurar soluções para os crescentes problemas de rentabilidade, de excessiva regulamentação e normalização, de ineficiências dos processos administrativos e de resistência na transição para novas tecnologias. O autor atribui o atraso ao facto de, ao serem maioritariamente (cerca de 80%⁵⁵) organizações sem fins lucrativos, financiadas por donativos governamentais, fundações e projectos comunitários, serem geridas por comités e não por uma administração e não possuïrem, como tal, planeamento estratégico nem capacidade de tomada atempada de decisões, uma vez que não eram motivadas pelos imperativos da redução de custos.

O contributo da acreditação pela JCAHO⁵⁶- *Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations* surge no sentido da melhoria do desempenho das organizações de saúde validada pela medição dos resultados de qualidade subjugada à satisfação do cliente e às melhorias nos processos. A procura da prestação “*best in class*” levou a considerar o *outsourcing* como fonte de *expertise* possuidora de resposta adequada aos *standards* de resultados impostos pela acreditação. Por outro lado, a normalização de regras e procedimentos inerentes ao processo de acreditação baliza a selecção de fornecedores e cria condições para a monitorização potenciando os benefícios da externalização (Goolsby, 2001).

Um outro contributo veio da necessidade de implementação dos regulamentos de segurança e confidencialidade de informação de saúde consagrados no HIPPA - *Health*

⁵⁵ Muitas destas unidades perderam, segundo Hazelwood *et al* (2005), o seu estatuto de isenção fiscal por extensivo uso do *outsourcing* a entidades com fins lucrativos.

⁵⁶ Criada em 1951 com o nome de *Joint Commission on the Accreditation of Hospitals*, trata-se de uma organização multiprofissional, independente, privada, sem fins lucrativos que avalia a qualidade dos cuidados de saúde, concedendo o estatuto de acreditação às unidades de saúde envolvidas.

Insurance Portability and Accountability Act, em 1996, condicionando a escolha do fornecedor e a forma de transferência de informação (Hazelwood *et al*, 2005).

A necessidade de fiabilidade de transferência, armazenamento e tratamento de dados levou ao *outsourcing* de TI facilitando quer os processos de *front-end*, como a admissão de pacientes, quer a actividade clínica de que é exemplo a adopção do processo clínico electrónico. Exemplos de contratos em grande escala, em hospitais nova-iorquinos de médio e grande dimensão⁵⁷, como os efectuados pelo New York-Presbyterian Hospital (com horizonte temporal de sete anos, no valor de 228 milhões de dólares), o Detroit Medical Center (com horizonte temporal de dez anos, no valor de um bilião de dólares) e pelo Saint Joseph's Health System (com horizonte temporal de dez anos, no valor de 270 milhões de dólares), ilustram a escala desta tendência. (Smith e Waymack, 2000).

Um dos factores na origem do insucesso dos contratos, tal como sugerido por Tokarski (1995), é a forma como o contrato se encontra estruturado, não tendo, por exemplo, o mesmo peso cláusulas de segurança e credenciais de competências profissionais se o serviço for clínico ou não clínico, tal como revelado no inquérito de 1995 efectuado nos hospitais norte-americanos. O mesmo estudo revelou os principais motivos apontados pelos administradores para a não externalização de actividades: (i) a convicção de que eram melhor realizadas internamente: -“*We can run the department just fine by ourselves, thanks*” (77%), (ii) a convicção de que eram fonte adicional de custos (71%), (iii) uma má experiência anterior (25%), (iv) a dificuldade de inverter a decisão (24%), (v) o receio de alienação de pessoal (14%) e (vi) o receio de rotação elevada (8%).

No entanto, a tendência de crescimento do *outsourcing* é evidenciada pelos inquéritos anuais realizados pela *Modern Healthcare* a prestadores americanos de serviços de *outsourcing* com clientes como hospitais, residências geriátricas e clínicas médicas (Hensley, 1997) (Katzman, 1999; Kirchheimer, 2005; Kirchheimer, 2006; Shinkman, 2000) que registaram crescimentos anuais do número de contratos.

⁵⁷ A HCIA-Sachs Institute responsável pelo *Top Hospitals Benchmarks for Success*, classifica da seguinte forma os hospitais: (i) pequenos, com capacidade entre 25 e 99 camas; (ii) médios, entre 100 e 249 camas; (iii) grandes, com mais de 250 camas; (iv) de ensino, com mais de 250 camas e com, pelo menos, cinco internos ou um *ratio* de uma cama por 0,01 a 0,24 internos; e (v) grandes hospitais de ensino, com mais de 400 camas e com, pelo menos, um *ratio* de uma cama por 0,25 internos. (Simões, 2004)

Enquanto estagnava o crescimento de contratos de limpeza, lavandaria e refeições, novos tipos de oferta de serviços surgiram, como o transporte de pacientes e serviços clínicos como os serviços de diálise, anatomia patológica, anestesiologia, fisioterapia e os de reabilitação (Sunseri, 1998).

De facto, a evolução do fenómeno no sector da saúde americano é visível pelos resultados dos inquéritos anuais efectuados em cerca de 3000 hospitais americanos sobre as razões da opção pelo *outsourcing*, especificações dos contractos efectuados, custos associados e avaliação de fornecedores, quer para actividades clínicas quer para as não clínicas, revelando semelhanças, mas também algumas diferenças de 1997 para 2002 (Sunseri, 1997; Hoppszallern, 2002):

- O espectro da importância do tipo de cláusulas dos contratos sofreu alterações nesses cinco anos: em 1997, no topo da lista estavam as cláusulas de melhorias de qualidade (com 83% nas actividades clínicas e 69% nas não clínicas); Já em 2002, as cláusulas de melhorias de qualidade passam a constar em terceiro lugar, nos serviços clínicos em quarto, nos não clínicos, ultrapassadas pelas de especificações de termo e das de assumpção de risco pelo prestador;
- A *performance* dos contratos, aparecendo apenas nos dados de 2002, foi idêntica nos dois tipos de serviços onde cerca de metade dos contratos atingiram os ganhos esperados, cerca de 10 % ficaram aquém e só 2% (apenas nos serviços não clínicos) os excederam;
- Apenas em 2002 foram inquiridos sobre a revisão sistemática de oportunidades de *outsourcing* perante critérios de custos, duração, níveis de *performance* e de qualidade, (tendo sido feita maioritariamente pelos próprios hospitais, embora outras avaliações tenham sido feitas por consultoras, organizações de concentração de compras e pelos próprios fornecedores) denunciando apetência crescente pelo *outsourcing*.

Os mesmos inquéritos revelaram dados sobre os níveis de satisfação atingidos em cada uma das actividades em *outsourcing*, também aqui com algumas diferenças:

- Os maiores níveis de satisfação ocorreram, em 2002, nos serviços de processamento de dados e nos serviços associados ao paciente, enquanto em 1997 nos serviços de gestão de risco e os cuidados neonatais;

- Em 2002, o único serviço clínico que registou o pior nível de satisfação foi o de radiologia, com 25% dos respondentes muito insatisfeitos, e o serviço não clínico com maior número de muito insatisfeitos (4%) foi o de refeições. Em 1997, os serviços com maior insatisfação foram os serviços de gestão de energia (5%), nos não clínicos, e o de gestão de equipamento médico (3,7%), nos clínicos.

Actualmente, e segundo Stockamp (2006), estima-se que cerca de 75% dos hospitais americanos têm pelo menos uma função em *outsourcing* e a tendência já não é das funções de suporte de refeições, limpeza e lavandaria, mas nos sistemas de informação, pessoal de enfermagem, transporte de pacientes, farmácia. Mais recentemente, verifica-se a externalização de funções do ciclo de receitas como facturação e cobranças, no *outbound*,⁵⁸ e admissão e verificação de elegibilidade, no *inbound* ⁵⁹do percurso do paciente.

O autor refere a necessidade de consideração de um “prémio de risco” na avaliação de todos os tipos de custos de *outsourcing*, no caso da não materialização de benefícios antecipados, uma vez que a expectativa recai no aumento de benefícios no longo prazo. Considerando que, “em cada dólar facturado, 30 cêntimos não são cobrados”, e ainda, cerca de 20% das não colectas ocorrem por erros de má codificação e preenchimento de dados de elegibilidade, de acordo com dados do *Outsourcing Institute* (Sanan, 2007), e que a complexidade do ciclo de recebimentos aumentou, em parte, por questões regulamentais decorrentes do HIPPA, torna-se compreensível a necessidade demonstrada pelos hospitais em procurar prestadores eficientes deste tipo de serviços.

Um dos serviços que registou maior crescimento, e em que os EUA e o Canadá foram pioneiros⁶⁰, foi o das organizações de compra em grupo (*Group Purchasing Organizations* - GPO). Segundo Neil (2005), 97% dos hospitais americanos e 91% dos Sistemas de Saúde americanos pertencem pelo menos a uma GPO. Schneller e Smeltzer (2006, capítulo 4), ao analisarem a utilização destas organizações pelos sistemas hospitalares norte americanos que lhes confiam parte das funções de aprovisionamentos, referem que cerca de 72% das compras hospitalares são feitas através destas

⁵⁸ Fluxos de entrada.

⁵⁹ Fluxos de saída.

⁶⁰ A primeira GPO foi criada em 1910, em Nova Iorque (Schneller e Smeltzer, 2006).

organizações. Os autores apontam as vantagens de redução de riscos e descrevem a evolução da forma como os hospitais se relacionaram com estas organizações, inicialmente criadas para o abastecimento de material de consumo clínico, não-clínico e medicamentos, estendendo a oferta a serviços como os de engenharia de processos e o de recrutamento de pessoal de enfermagem e serviços de consultoria.

Apesar das vantagens que lhes são apontadas de aumentos de eficiência e eficácia na compra por consolidação dos volumes e consequente possibilidade de encetar negociações mais agressivas e no melhor uso do produto pela via da standardização de produto e especificações, os autores referem que os hospitais de grande dimensão (acima das 500 camas) retiram maiores vantagens de preço na negociação directa com os fornecedores do que através das GPO's.

A diversificação de actividades surge como resposta ao facto revelado pelo inquérito de 2007 da Modern Healthcare (Rhea, 2007) segundo o qual o mercado das GPO americano parece ter atingido a saturação, quando em 2005, cerca de 97% dos hospitais e 91% dos sistemas hospitalares americanos já pertencia a pelo menos uma organização nacional de compras em grupo. Deste modo, o aumento do leque de oferta de serviços personalizados se apresentou como solução de diversificação das GPOs (Neil, 2005).

Actualmente, o mercado norte-americano destas organizações encontra-se menos fragmentado resultado das fusões que criaram os grandes sistemas hospitalares, que embora tenham potenciado a capacidade negocial dos mesmos, não obtiveram, segundo Schneller e Smeltzer (2006), os resultados esperados em termos de redução de custos, deixando margem para a contribuição das organizações de compras em grupo.

Outra tendência crescente nos EUA é o recurso ao *offshore outsourcing*⁶¹ de serviços de comunicação. A título de exemplo Chess (2006) sublinha a existência de *call centers* localizados em países como as Filipinas (recorrendo ao treino especializado em diabetes das enfermeiras locais) e de serviços de transcrição de registos de consultas efectuados na Índia, reduzindo, em cerca de 70%, o tempo dispendido por médicos e enfermeiras na actualização dos ficheiros dos pacientes.

⁶¹ Quando a o prestador do serviço se encontra noutro país.

É ainda de salientar a crescente vaga de *outsourcing* médico de que é exemplo o denominado “turismo médico” pelo qual os candidatos a cirurgias dispendiosas procuram os mesmos serviços em estâncias turísticas indianas (como é o caso do Apollo Hospital) ou tailandesas, dotadas de infra-estruturas e profissionais ao nível das melhores práticas e última tecnologia (Bies e Zacharia, 2007). Esta tendência crescente levou a parcerias tais como as do Parkway Hospitals, em Singapura com o hospital Johns Hopkins, em Baltimore, e a do Helth Care City, no Dubai, com a Clínica Mayo, em Rochester (McCallum e Jacoby, 2007).

3.5.5. Outsourcing no Sistema de Saúde grego

Na Grécia (tal como em Portugal), existe uma falta de investigação empírica publicada sobre *outsourcing* no sector da saúde (Moschuris e Kondylis, 2006). Os autores descrevem as condicionantes do sector da saúde grego, de que fazem parte 150 hospitais públicos e sem fins lucrativos, perfazendo mais de 37.000 camas, que levaram a que o sector se deparasse com imperativos de redução de custos resultando na adopção de soluções de externalização de actividades.

Dos resultados obtidos pelos autores relativamente a unidades de saúde do sector público grego infere-se que as prioridades das unidades de saúde que gerem o *break-even* não são necessariamente as mesmas das que procuram otimizar recursos com fins lucrativos, o que não quer dizer que, apesar do foco na qualidade da prestação, as organizações públicas não tenham uma pressão sobre os custos, por via do Orçamento de Estado.

O Quadro 8 apresenta, de forma comparada, um resumo do estado da arte do *outsourcing* nos diferentes países no que se refere às actividades externalizadas, as motivações encontradas, o aspectos positivos e negativos da decisão e algumas conclusões a retirar da literatura publicada:

Quadro 8 – Quadro resumo de *outsourcing* no sector da saúde por país

Variáveis	Países				
	Alemanha	Reino Unido	Austrália e Nova Zelândia	E.U.A	Grécia
Actividades em Outsourcing	<p>a) Serviços não clínicos</p> <p>Área administrativa: - “Desenvolvimento e manutenção do site” - Compras, <i>procurement</i> e entrega - Cobranças e recebimentos - TI</p> <p>Gestão de Instalações: - Limpeza - Lavandaria - Quiosque - Transporte externo de pacientes - Cafeteria</p> <p>b) Serviços clínicos</p> <p>(médicos e técnicos): - Patologia - Microbiologia - Laboratório, farmácia, ressonância magnética, - Tomografia e exames nucleares (apenas nos de pequena dimensão)</p>	<p>a) Serviços não clínicos:</p> <p>- Gestão de instalações: limpeza, refeições e manutenção</p> <p>b) Serviços clínicos</p> <p>- Fisioterapia (Terapia ocupacional, Terapia da fala) - Cuidados clínicos de “alta tecnologia” (<i>High-tech Healthcare</i>) ao domicílio (nutrição parentérica, medicação e quimioterapia intravenosa, diálise em ambulatório) - Serviços de esterilização</p>	<p>a) Serviços não clínicos:</p> <p>- Parques de estacionamento - Lavandaria - Limpezas - Refeições - Sistemas informáticos - Segurança - Distribuição de suporte às enfermarias - Manutenção e jardim</p> <p>b) Serviços clínicos</p> <p>- Imagiologia - Anatomia patológica - Farmácia - Medicina dentária</p>	<p>a) Serviços não clínicos:</p> <p>- Refeições, - Limpeza - Lavandaria, - Aconselhamento legal - Recolha de resíduos - Parques de estacionamento - Sistemas de informação - Transporte de pacientes</p> <p>b) Serviços clínicos:</p> <p>- Psiquiatria - Esterilização, - Médicos de emergência - Meios auxiliares de diagnóstico e tratamento, - Fisioterapia e reabilitação, - Farmácia, - Diálise - Anatomia patológica, - Anestesiologia,</p>	<p>a) Serviços não clínicos:</p> <p>- Cafeteria - Refeições, - Serviços jurídicos, - Manutenção de equipamentos, - Lavandaria, - Laboratório</p> <p>NOTA: -Não foi encontrada investigação publicada sobre existência de <i>outsourcing</i> de serviços clínicos.</p>
Motivações Principais	<ul style="list-style-type: none"> - Alternativa ao investimento em máquinas e stocks - Custo com o pessoal, implicando um volume mínimo de casos, - Despesas de investimento, (mais facilmente suportáveis pelos hospitais grandes) 	<ul style="list-style-type: none"> - Estandarização de custos e qualidade de serviços de saúde - Política de parcerias - Poupanças nos custos de serviços auxiliares - Reformulação de procedimentos e actualizações de TI - Procura de <i>expertise</i> - Obtenção de aumentos de flexibilidade, focalização nas actividades críticas e obtenção de vantagens estratégicas pela adopção da filosofia “lean”.¹ 	<ul style="list-style-type: none"> - Diminuição de custos - Redução do conflito de interesses público-privado (ex. na radiologia) - Aumento da flexibilidade e focalização no paciente em serviços com procura baixa e variável (ex na medicina dentária) - Focalização nas competências nucleares, e o aumento da flexibilidade laboral (diminuição de pessoal em 22%) - Incentivos decorrentes da política de privatizações aumentos de eficiência, redução de risco, e introdução de <i>expertise</i> e modernização da gestão 	<ul style="list-style-type: none"> - Nas actividades clínicas – a obtenção de <i>expertise</i> especializado - Nas não clínicas : redução de custos - Agilidade nos processos (TI em <i>front-end</i> como na admissão de pacientes), necessidade de fiabilidade de transferência, armazenamento e tratamento de dados - Alterações nos sistemas de financiamento e participações - Redução de custos 	<ul style="list-style-type: none"> - Redução de custos - Satisfação dos pacientes - Flexibilidade - Falta de pessoal - Focalização na actividade principal

¹ Conceito originário da gestão japonesa, nos anos oitenta, por Taiichi Ohno, na Toyota, baseado no princípio de combate ao desperdício (“*Muda*”, em japonês) de tempo, esforço e recursos. Iniciada na indústria, esta filosofia tem tido crescente implementação nos serviços, nomeadamente nos de saúde, como referido por Womack e Jones (2003) em *Lean Thinking – banish waste and create wealth in your corporation*.

Quadro 8 – Cont.

Variáveis	Países				
	Alemanha	Reino Unido	Austrália e Nova Zelândia	E.U.A	Grécia
Aspectos Positivos	<ul style="list-style-type: none"> - Qualidade em <i>outsourcing</i> superior à interna (nomeadamente em TI) - Redução de custos 	<ul style="list-style-type: none"> - Normalização dos serviços (criação das <i>National Standards of Cleanliness for the NHS Report</i>) 	<ul style="list-style-type: none"> - Melhoria do equipamento - Aumento do número de pacientes. - Diminuição de pessoal de (160 para 35 relativos a 1200 camas) - Redução de custos (de \$Aus 200,000 a 3,000), 	<ul style="list-style-type: none"> - Acesso às melhores práticas e última tecnologia 	<ul style="list-style-type: none"> - Melhoria da qualidade dos serviços prestados pelo hospital
Aspectos Negativos	<ul style="list-style-type: none"> - Problemas de adaptação - Elevados custos de <i>outsourcing</i> de TI - Reclamações de pacientes resultantes da deficiente qualidade das prestações 		<ul style="list-style-type: none"> - Incumprimento do fornecedor e diminuição de qualidade: - Incumprimento das cláusulas do contrato, - Custos de monitorização não antecipados - Discrepância cultural levando à reversão da situação pela internalização dos serviços de refeições, de limpeza e de engenharia - Dificuldade em monitorizar resultados e consequente necessidade de monitorização de processos. 	<ul style="list-style-type: none"> - Insatisfação com os resultados do <i>outsourcing</i> (qualidade da prestação, redução de custos e agilização dos processos). 	<ul style="list-style-type: none"> - Muito baixo impacto na redução de custos - Dificuldades de integração e coordenação, - Dificuldade de entendimento do funcionamento do hospital pelo fornecedor - Dificuldade de negociação de alterações de níveis de qualidade
Conclusões e Perspectivas Futuras	<ul style="list-style-type: none"> - Grau de <i>outsourcing</i> (área administrativa e tecnologia médica) inversamente proporcional dimensão do hospital. - Diferenças regionais na apetência pelo <i>outsourcing</i> de TI (menor no leste, por motivos de custos) - Serviços de cuidados prestados directamente ao paciente são tendencialmente internalizados. - Aumentos previstos nas áreas de limpezas, refeições, lavanderia e laboratório (“2ª Vaga” de <i>outsourcing</i>), esterilização e manutenção de edifícios, contabilidade e gestão de RH 	<ul style="list-style-type: none"> - Os contratos de <i>outsourcing</i> nos <i>Trusts</i> do NHS, inicialmente justificados pela obtenção de poupanças nos custos de serviços auxiliares, como limpeza e manutenção, foram estendidos a actividades ditas de conhecimento especializado “<i>knowledge-intensive business services</i> (KIBS)” - Tendência crescente, nos <i>Trusts</i>, de <i>outsourcing</i> de serviços clínicos a prestadores fora do país (<i>offshoring</i>) 	<ul style="list-style-type: none"> - Soluções de mix de <i>outsourcing</i> em algumas tarefas de alimentação e limpeza encontram-se inseridas num <i>downsizing</i> programado implicando também transferência de efectivos para o prestador privado. - Revisões de contratos e nova s adjudicações resultaram em diminuição de custos e melhoria da qualidade dos serviços. - Os serviços clínicos nucleares, com mensuração de resultados e monitorização mais difícil do que nos serviços não-clínicos são, por esse facto, internos, apesar das perdas advindas de conflitos de interesses dos profissionais. 	<ul style="list-style-type: none"> - Falta de competências negociais, incongruência de objectivos, má avaliação das propostas, inadequação das formas de pagamento e ausência de cultura de medição, estão na origem de parte da má gestão dos contratos - A possibilidade de voltar a internalizar o serviço teve maior expressão nos serviços não clínicos - Aumento previsto de <i>outsourcing</i> de serviços clínicos - Tendência de <i>offshore outsourcing</i> de serviços de comunicação 	<ul style="list-style-type: none"> - 95,3%, dos respondentes externalizaram uma ou mais actividades - A opção pelo <i>outsourcing</i> não levou a diminuição de pessoal em <i>full-time</i>, apenas em 16,3% dos respondentes se deu uma substituição de 11% a 20% do pessoal. - 81,4%, dos respondentes previam um aumento moderado e/ou substancial de <i>outsourcing</i> num futuro próximo, enquanto menos de 20% previam um decréscimo.

² *Vd. Angurzy e Scheuer, 2007.*

³ *Vd. Aggarwal, 2004; Amaratunga et al, 2002; Bies e Zacharia, 2007; Grande e Roberts, 2001; Guven, 2003; Heavisides e Price, 2001; Mark, 1994; May e Smith, 203; McCallum e Jacoby, 2007; McPake e Mills, 2000; Okohoh et al, 2002; e Pilling e Walley, 1996.*

⁴ *Vd. Young, 2005; Young, 2007a; e Young, 2007b.*

⁵ *Vd. Goolsby, 2001; Hoppszallern, 2002; Katzman, 1999; Kirchheimer, 2005; Smith e Waymack, 2000; Stockamp, 2006; Sunseri, 1997; Sunseri, 1998; e Tokarski, 1995.*

⁶ *Vd. Moschuris e Kondylis, 2006.*

3.6. Outsourcing no Sistema de Saúde português

Segundo Lambert (2000, citado por Escoval, 2003), estudos efectuados demonstraram existir uma maior insatisfação dos utentes dos Sistemas de Saúde predominantemente “beveridgeanos”, como os da Suécia, do Reino Unido e o de Portugal, comparativamente aos dos países onde predomina o sistema “bismarkiano” como a Alemanha, Áustria, Bélgica e França. Em ambos os modelos o Estado assumiu a definição quer do pacote mínimo de serviços a prestar, quer a negociação das condições do trabalho médico. No entanto, nos sistemas beveridgeanos, como é o caso do Sistema Nacional de Saúde (SNS) português, o Estado domina a estrutura actuando como proprietário, fornecedor, empregador e financiador.

A revisão constitucional de 1989, para além de estabelecer o conceito de saúde tendencialmente gratuita, veio, juntamente com a Lei de Bases da Saúde de 1990, permitir que a prestação pudesse ser assegurada quer por entidades públicas, quer por privadas (com e sem fins lucrativos), o que possibilitou a realização de acordos e convenções de que resultou o Sistema de Saúde português⁶² (Simões, 2004, capítulo 2).

O próprio Estatuto do SNS (1993) consagra o recurso a terceiras entidades mediante a celebração de acordos, convenções ou contratos quer para prestação de serviços de saúde, quer para a gestão das instituições públicas de saúde (Escoval, 2003).

O Relatório Primavera do Observatório Português dos Sistemas de Saúde (OPSS), de 2005, distingue dois períodos marcantes na evolução do SNS: o primeiro de 1995 a 2002, e o segundo de 2002 a 2005. Segundo o mesmo relatório, os primeiros quatro anos do primeiro ciclo foram marcados por: (i) adopção de uma estratégia de saúde; (ii) introdução do dispositivo da contratualização dos serviços de saúde⁶³; (iii) desenvolvimento de uma política integrada de qualidade; (iv) introdução de regimes de

⁶² O Sistema Nacional de Saúde integra o SNS e todas as entidades que desenvolvem a promoção, prevenção e tratamento na área da saúde, privadas e profissionais liberais com acordos ou convenções celebrados com o SNS (Escoval, 2003). Actualmente, o SNS possui 103 estabelecimentos hospitalares, 36 dos quais transformados em EPE, 38 mantêm-se no SPA (sector público administrativo), 18 são centros hospitalares e 1 é hospital público com gestão privada. O SNS conta com 17.521 médicos e 30.502 enfermeiros hospitalares (OPSS, 2007).

⁶³ O processo de contratualização encetado a partir de 1996/97, pelo Despacho Normativo n.º 46/97, só começou a produzir resultados em 1999 quando passou a ser aplicado a todos os hospitais do SNS e grande parte dos centros de saúde (Escoval, 2003).

remuneração associados ao desempenho; (v) constituição dos primeiros hospitais-empresa; (vi) introdução de novas concepções de organização dos centros de saúde e (vii) lançamento dos “cuidados continuados”.

O mesmo relatório realça, em relação ao segundo ciclo (2002-2005) uma forte promoção de uma maior influência dos interesses privados no sector público, nomeadamente, a gestão privada dos novos hospitais públicos, a empresarialização dos hospitais, o *outsourcing* de actividades dos hospitais públicos ao sector privado e a adopção de uma nova lei dos cuidados de saúde primários permitindo a gestão privada dos centros de saúde.

Esta tendência de fortalecimento dos mecanismos de mercado, à semelhança de outros Sistemas de Saúde europeus, reflecte-se na separação entre o “financiador” e o “prestador”, no aumento do financiamento privado, na introdução de competição no sistema prestador e no aumento do peso do sector privado na prestação dos cuidados de saúde e parte da assumpção de que uma das principais causas de ineficiência dos sistemas de saúde reside no peso excessivo do Estado na prestação de cuidados de saúde.

É neste âmbito que surgem novas formas de participação da iniciativa privada no sector da saúde, quer por via da contratualização externa⁶⁴, quer pelas Parceria Público-Privadas (PPP) (através de contratos de concessão, de arrendamento de serviços públicos, contratos de gestão e contratos de cooperação) (Simões, 2004, capítulo 4).

A contratualização surge com o intuito de financiar o sistema com recurso a critérios objectivos de produção real e o acompanhamento de resultados em saúde pela criação das Agências de Contratualização⁶⁵ cuja missão fundamental era de desenvolver um processo negocial de atribuição de recursos às entidades prestadoras com base em

⁶⁴ Conceito explicitado no ponto 3.4.2 desta dissertação, a contratualização externa pode ter tanto carácter subsidiário, colmatando insuficiências da rede, como substitutivo, perante a inexistência de um serviço na rede pública. Veja-se o exemplo do modelo da Rede Nacional de Cuidados Continuados⁶⁴ Integrados (RNCCI) que visa uma intervenção articulada de apoio a vários níveis de dependência, recorrendo a vários promotores, sejam Instituições Privadas Sem Fins Lucrativos (IPSS), sejam prestadores privados com fins lucrativos com quem contratualizam os serviços de cuidados continuados de utentes transferidos pelas equipas de gestão de altas do SNS.

⁶⁵ Inicialmente designadas de Agências de Acompanhamento, foram criadas pelo Despacho Normativo n° 46/97 de 8 de Julho.

critérios de acessibilidade, adequação e efectividade (OPSS, 2006). O funcionamento das Agências, instaladas junto de cada Administração Regional de Saúde (ARS), deveria atender a quatro atributos: (i) a determinação das necessidades, (ii) a aquisição de cuidados, (iii) a afectação orçamental e (iv) a integração e participação dos cidadãos (Escoval, 2003; Simões, 2004).

Dada a falta de investigação empírica publicada sobre o *outsourcing* de serviços no sector da saúde português procedeu-se a um inquérito, via e-mail, aos hospitais do SNS, com uma taxa de resposta de 11,9% às perguntas: - “que serviços clínicos e não clínicos se encontram em regime de *outsourcing* e qual o tempo de duração dos respectivos contratos” (Anexo 3). Os resultados encontram-se resumidos no Quadro 9, sendo a duração do contrato normalmente indicada de um a três anos.

Quadro 9- Serviços em *outsourcing* nos hospitais do SNS

Serviços Não Clínicos	Serviços Clínicos
<ul style="list-style-type: none">• Alimentação• Lavandaria• Limpeza• Recolha e tratamento de resíduos hospitalares e outros resíduos• Manutenção de equipamento• Vigilância e Segurança• Transporte de Doentes• Manutenção de jardins• Desinfestação	<ul style="list-style-type: none">• Auxiliares de acção médica (AMM)• Médicos (Urgência, Consulta Externa, Medicina do trabalho)• Meios Complementares de Diagnóstico e Tratamento (MCDT) (ex. Serviços Medicina Nuclear; Teleradiologia)• Relatórios de Imagiologia

Fonte: Elaboração própria

Um dos prestadores que merece especial relevo é o Serviço de Utilização Comum dos Hospitais (SUCH), ao assumir-se como parceiro privilegiado para o *outsourcing* de todas as áreas não clínicas como a lavandaria, a limpeza, refeições, tratamento de resíduos sólidos e manutenção de equipamentos clínicos. Para além destes serviços, esta organização de compras em grupo pretende ser uma resposta viável a uma melhoria na gestão das compras hospitalares de consumíveis clínicos, não clínicos e medicamentos. A seu favor, surgem argumentos defensores da descentralização e necessidade de

resposta ágil, uma vez que o processo contratual⁶⁶ estabelece importantes limitações de cariz essencialmente burocrático, para além das vantagens associadas ao agrupamento de encomendas (Poeta *et al*, 2000).

Inversamente, e de acordo com o estudo efectuado por Rego (2007), as objecções ao recurso a esta GPO apresentadas pelos hospitais inquiridos⁶⁷ foram as seguintes: (i) o facto dos fornecedores constantes do catálogo não saberem quando e a quem vão vender, levanta problemas de inflacionamento de preço de forma a cobrir os riscos da incerteza de localização, volume, capacidade e prazo de pagamento do cliente, para além de demonstrarem incapacidade de resposta à procura, entrando frequentemente em ruptura; (ii) a não satisfação com a posição de obrigatoriedade de vinculação ao Instituto de Gestão Informática e Financeira (IGIF), alegando que na negociação individual directa com os fornecedores são conseguidas melhores condições, nomeadamente em termos de preço; (iii) a pouca confiança nos artigos escolhidos; (iv) o descontentamento com a plataforma *internet* por ser alegadamente lenta e desactualizada; e (v) o facto dos hospitais de menor dimensão não atingirem as quantidades mínimas impostas pelos fornecedores.

No entanto, o mesmo estudo indica o interesse dos hospitais na uniformização dos consumos, avaliação e selecção de artigos mais adequados às necessidades, a agregação de procura e negociação com os fornecedores, rejeitando, no entanto, a ideia do envolvimento dessas organizações em questões de armazenagem e manuseamento dos artigos.

Apesar da parca existência de literatura publicada sobre *outsourcing* em serviços de saúde portugueses, evidencia-se uma clara tendência de aumento da prática não ficando confinada apenas aos serviços não clínicos e de suporte.

⁶⁶ Definido através do Decreto-Lei 197/99 de 8 de Junho aplicável aos hospitais do Sector Público Administrativo.

⁶⁷ Não sujeitos ao regime jurídico da “realização de despesas públicas com locação e aquisição de bens e serviços, bem como da contratação pública relativa à locação e aquisição de bens móveis e de serviços” estabelecido no Decreto-Lei nº 197/99) (não sujeitos ao regime jurídico da “realização de despesas públicas com locação e aquisição de bens e serviços, bem como da contratação pública relativa à locação e aquisição de bens móveis e de serviços” estabelecido no Decreto-Lei nº 197/99).

4. Monitorização de *outsourcing*

4.1. Introdução

“The purpose of monitoring was not seen simply as to control de contractor, but more generally to establish cooperative relationships “(Walsh, 1991, in Dean e Kiu, 2002).

Os estudos empíricos de Görzig e Stephan (2002) concluíram que sendo a melhoria da *performance* global da organização um dos motivos para recorrerem ao *outsourcing*, as empresas que tendem a sobrestimar os benefícios da externalização obtêm maus resultados comparativamente aos das mesmas actividades antes operadas internamente.

Definindo o sucesso do *outsourcing* como a satisfação com os benefícios resultantes do mesmo, a revisão da literatura efectuada nesta dissertação tem vindo a sugerir que este sucesso depende da correcta avaliação de todas as etapas do processo, do estabelecimento do tipo de relação indicado para cada situação e da forma como as actividades são monitorizadas.

De facto, são vários os autores que alertam para a necessidade de monitorização eficaz da *performance* das actividades em *outsourcing* resultante dos riscos associados e dos seus efeitos na *performance* global (Abramsom, 2001; Crowley e Hancher, 1995, Gransberg e Dillon, 1999; Molenaar e Songer, 1999; Roberts , 2001).

Este capítulo divide-se em duas partes principais. Na primeira, são apresentados os conceitos de medição *performance* e sistemas de *performance*, após revisão da literatura, que se tornam pertinentes nesta dissertação, bem como a justificação da importância da monitorização das actividades em *outsourcing*.

O segundo momento apresenta uma reflexão sobre a abordagem da gestão de risco, conceitos e ferramentas inerentes, como escolha a adoptar para a monitorização das actividades em *outsourcing*.

4.2. Importância de monitorizar *performance*

4.2.1. Medição da *performance*

Os benefícios frequentemente apontados ao *outsourcing* podem ser enquadrados em duas áreas: (i) a da eficiência, relacionada com medidas financeiras e de produtividade, normalmente mais consensuais, e (ii) a da efectividade⁶⁸, mais relacionada com medidas de qualidade⁶⁹, mais sujeitas às diferentes abordagens de monitorização da *performance* utilizadas como garante desses fins (Dean e Kiu, 2002). A análise pretende-se mais alargada, não ficando confinada aos benefícios em termos de redução de custos, mas visando a determinação da abordagem mais custo-efectiva, e como tal apoiada na medição da *performance*, que evite a erosão de ganhos em eficiência e inovação.

Dean e Kiu (2002) enumeram várias abordagens de sistemas de medição de *performance* de serviços contratados (incluindo serviços em *outsourcing*):

- O sistema proposto por Hudson *et al* (2001), sugerindo seis dimensões de um sistema estrategicamente alinhado, a saber: (i) qualidade, (ii) tempo, (iii) flexibilidade, (iv) finanças, (v) satisfação do cliente, e (vi) recursos humanos.
- Hall e Rimmer (1994) dividem os indicadores de *performance* em indicadores: (i) de processo, de utilização da capacidade e/ou de *output*, (ii) de eficiência, sendo medidas económicas e de produtividade (rácios *input/output*, etc.) e (iii) de efectividade, ou de resultados e impacto do serviço;

Concluindo que as diferentes abordagens não exploram cabalmente os efeitos em termos de custos e qualidade resultantes de uma solução de *outsourcing*.

Nas organizações de saúde, os critérios de medição da *performance*, tal como sugere a revisão de Li e Benton (1996) (Quadro 10), envolvem avaliações internas e externas, também nas duas vertentes custo e qualidade divididas nas seguintes variáveis cujas interligações necessitam ser estudadas:

⁶⁸ Neely *et al* (1995) definem “sistema de medição da *performance*” como o conjunto de medidas usadas para quantificar a eficiência e a efectividade das acções.

⁶⁹ Uma revisão da literatura exaustiva e comparativa da qualidade nos serviços pode ser consultada em Silvestro, R (1998). No entanto não se encontra nesta revisão uma integração do contexto da contratação de serviços.

Quadro 10- Taxonomia da medição de *performance*

	Custo/<i>Performance</i> financeira	<i>Performance</i> em Qualidade
Medidas Internas	<ul style="list-style-type: none">• Eficiência produtiva• Utilização	<ul style="list-style-type: none">• Qualidade dos Processos• Qualidade do Serviço
Medidas Externas	<ul style="list-style-type: none">• Situação financeira• Quota de mercado	<ul style="list-style-type: none">• Percepção de qualidade pelo cliente• Satisfação do cliente

Fonte: Adaptado de Li e Benton (1996)

Segundo Neely (1996) (citado em Pun e White (2005)), as razões para a implementação de um sistema de medição de *performance* enquadram-se em cinco categorias: (i) monitorização da *performance*, (ii) identificação de áreas com necessidade de atenção especial, (iii) promoção da motivação, (iv) melhoria da comunicação e (v) fortalecimento da responsabilização.

Pun e White (2005), a partir de uma revisão de toda a literatura sobre sistemas de medição de *performance* analisam-nos relativamente:

- (i) Às dimensões de mensuração (qualidade, flexibilidade, tempo, custos, satisfação do cliente e recursos humanos);
- (ii) Às características das medidas (resultantes da estratégia, ligação das operações aos objectivos estratégicos, promoção de melhoria contínua, facilidade de entendimento e aplicação, relevância e facilidade de manutenção e definição e explicitação clara do propósito) e
- (iii) Aos requisitos e especificações para o desenvolvimento do processo de medição (quem está envolvido, o que medir, com que objectivos e frequência).

A questão que os autores colocam é: - de que forma os sistemas adoptados suportam a eficiência e a eficácia das funções da organização e alertam para a alteração de paradigma de sistemas excessivamente relacionados com custos para sistemas, (também classificados por De Toni e Tonchia (2001)), de medição de *performance* “non-cost”.

A evolução da medição da *performance* foi, também, objecto da revisão de Folan e Browne (2005) mas nas vertentes: recomendações⁷⁰, modelos, sistemas e medição inter-organizacional (a nível da gestão da cadeia de abastecimento e da empresa pensada em rede). Os autores colocam questões às que a literatura existente não soube dar, ainda, resposta, tais como:

- (i) De que forma o controlo das funções de negócio externalizadas deve ser incluído no sistema de medição da *performance* organizacional?
- (ii) Até que ponto podem ser estendidos os sistemas de medição intra-organizacionais aos inter-organizacionais sem criar desfasamento nas medidas?
- (iii) Pode um sistema holístico ser criado a partir da fragmentação e diversidade de sistemas da cadeia de abastecimento e das várias divisões ou empresas do grupo?
- (iv) Será o *Balanced Scorecard* - BSC uma boa escolha na medição inter-organizacional?

Duclos *et al* (2003), ao analisarem as componentes de flexibilidade da cadeia de abastecimento, sugerem que a *performance* de cada membro da cadeia (fornecedores, unidades de produção, armazéns, etc) afecta a *performance* global.

A questão que Henri (2006) levanta é: - se o sistema de medição adoptado, qualquer que este seja, contribui realmente para a melhoria da *performance* organizacional.

Neely (2007) coloca-a de uma outra forma: - se as medidas escolhidas são adequadas e com significado para a organização.

Gunasekaran *et al* (2001) sugerem não existirem medidas uniformizadas para a cadeia completa de abastecimento e mesmo as organizações que as usam não seguem uma regular monitorização. A ênfase coloca-se cada vez mais no estabelecimento de relações de parceria em que a prestação não fique confinada a seguir rígidas especificações mas compelida a sentir-se responsável pela *performance* global e pela satisfação do cliente de uma forma mais proactiva.

⁷⁰ As recomendações, não sendo objecto de desenvolvimento nesta dissertação podem ser consultadas na revisão de Neely *et al* (1997).

De Toni *et al* (2007) confrontaram conceptual e empiricamente vários sistemas de medição de *performance*⁷¹ (BSC⁷², o modelo da EFQM⁷³ o sistema de Resultados e Determinantes⁷⁴ e o Prisma da *Performance*⁷⁵) de forma a sugerirem um sistema adequado às actividades em *outsourcing* prestadas por um consórcio de Gestão de Instalações (cinco empresas de serviços técnicos e auxiliares) a uma unidade pública de saúde. Reveladas várias fragilidades de cada sistema impeditivas de, isoladamente, cada um se assumir como resposta cabal ao problema da medição da *performance*, a melhor solução apontada pelos autores, o FMBSC - *Facility Management Balanced Scorecard*, ao agregar aspectos do *Service Balanced Scorecard* e a perspectiva dos processos internos do modelo genérico, promove a construção de indicadores a partir da perspectiva do prestador de serviços de saúde.

Não obstante a importância do recurso a indicadores de *performance* genéricos (*key performance indicators – KPI*) para o *benchmarking* de actividades, também Loosemore e Hsin (2001) defendem a necessidade de construção de indicadores específicos que reflectam a relação particular entre as actividades nucleares e não nucleares, ressaltando o aumento de complexidade de construção no caso de estas serem externalizadas pelo nível de incerteza associado.

Por seu turno, Gordon (2007) define sete passos para avaliar a *performance* de um fornecedor: (i) alinhar os objectivos de *performance* do fornecedor com os da organização contratante em termos dos impactos nos custos, qualidade e entrega; (ii) definir a abordagem de avaliação considerando aspectos como saúde financeira, métrica de *performance* operacional, processos e práticas de negócio, comportamentos e factores culturais e factores de risco; (iii) desenvolver o método de recolha de informação (ver Figura 7); (iv) desenhar um sistema robusto de avaliação, adoptando

⁷¹ De acordo com Wongrassamee *et al* (2003) os sistemas de medição de *performance* dividem-se em duas categorias: (i) a primeira diz respeito a auto-avaliação (de que são exemplos o *Deming Prize*, no Japão e Ásia, o *Baldrige Award* nos EUA e o modelo de excelência europeu da EFQM- *European Foundation for Quality Management*) e, a segunda, (ii) os de avaliação e melhoria de processos de negócio (i.e. BSC, a Pirâmide de *Performance*, o Processo de Medição de *Performance* de Cambridge e o Prisma da *Performance*, de Neely).

⁷² Para além do modelo principal de BSC de Kaplan e Norton (1992) foram analisados o *Service Balanced Scorecard* de Brackertz e Kenley (2002), o *Business Balanced Scorecard* de Letza (1996) e o *Holistic Balanced Scorecard* de Sureshchander e Leisten (2005).

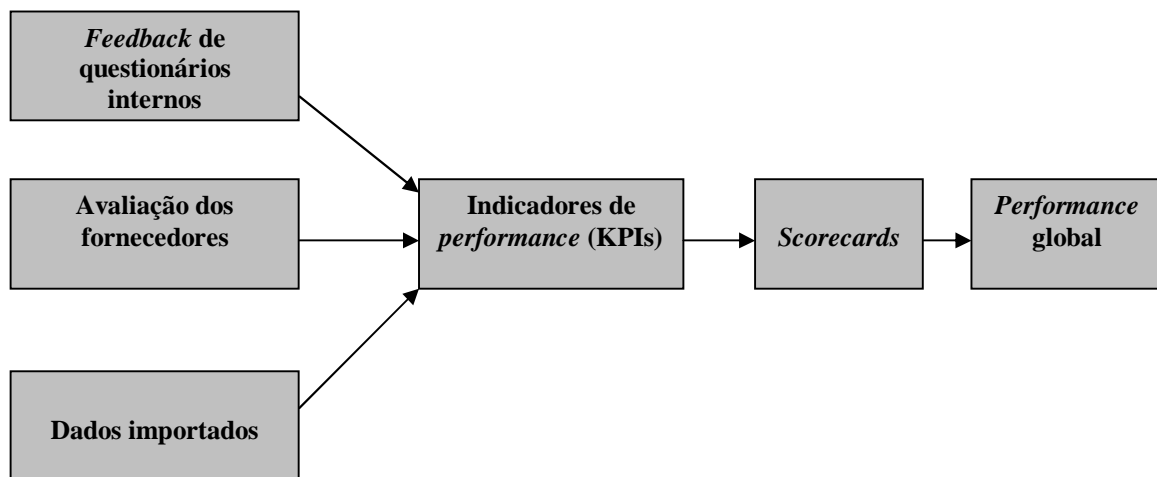
⁷³ Modelo usado pela EFQM- *European Foundation for Quality Management* para atribuição do prémio de excelência em gestão da qualidade.

⁷⁴ Modelo de Brignall e Ballatine (1996).

⁷⁵ Modelo de Neely e Adams (2001).

standards externos e desenvolvendo um sistema interno; (v) implementar o sistema, (iv) assegurar feedback; (vii) produzir resultados em termos de compreensão, comunicação e melhoria da *performance* do fornecedor.

Fig.7 - Outputs da informação do fornecedor



Fonte: Adaptado de Gordon (2007)

Apesar da contribuição de diferentes áreas, desde o controlo de gestão à gestão de operações, ao *marketing*, à gestão de recursos humanos e à estratégia organizacional, no desenvolvimento de várias perspectivas de medição de *performance* (Chenhall e Langfield-Smith, 2007), a literatura existente (Heavisides, 2001) remete para a necessidade de investigação empírica sobre as medidas e modelos de *performance* a adoptar perante as especificações correntes nos contratos de *outsourcing*.

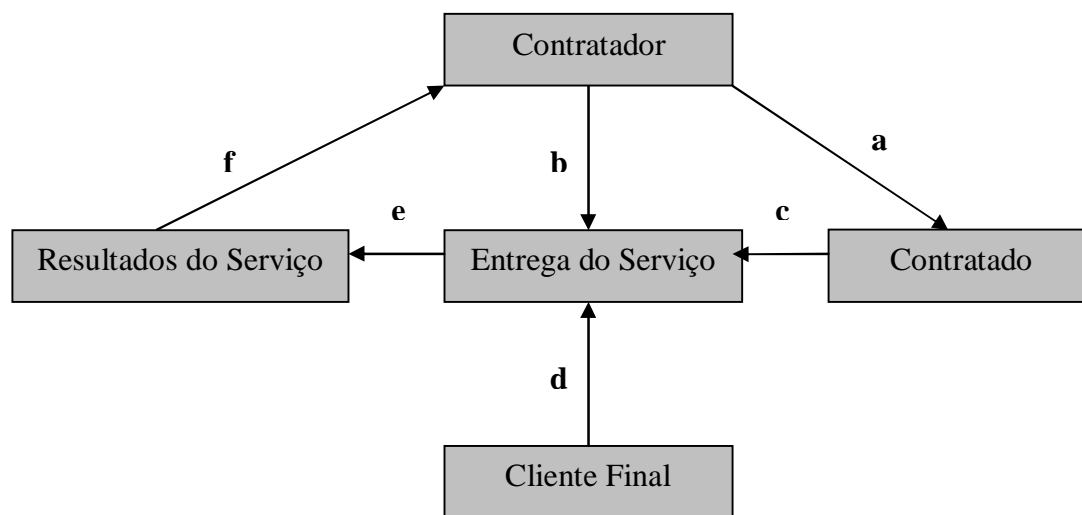
4.2.2. Monitorização da *performance*

As organizações que praticam *outsourcing* vêem, em regra, os direitos de decisão transferidos para o prestador. Greaver (1999: 269) enfatiza o papel do gestor da relação de *outsourcing* como tendo a função *full-time* de monitorizar e avaliar a *performance* sob pena do seu descuro levar ao fracasso dos resultados.

Sugerindo que as organizações acreditam que a monitorização da *performance* está relacionada com os resultados de qualidade, Dean e Kiu, (2002) concluem existir um

hiato entre as melhores práticas de abordagens de controlo idealizadas e as realmente praticadas, tornando necessária a abordagem e monitorização da *performance* pela efectividade do serviço, tendo em conta as especificidades do negócio, competências especiais do contratado e a relação estabelecida, seguindo um modelo de caminhos, nos quais podem ser identificadas diferentes práticas de gestão, representado na Figura 8.

Fig.8 - Modelo para estabelecimento da monitorização da *performance* em serviços contratados



Fonte: Adaptado de Dean e Kiu, 2002

Vias:

- a** Especificações do contrato
- b** Monitorização da *performance* pelo contratador
- c** Eficiência do contratado
- d** Avaliação do serviço pelo cliente final
- e** Alinhamento da entrega e dos resultados
- f** Responsabilização pelos resultados

A monitorização via especificações do contrato (**a**) implica a definição de especificações de *inputs*, de *outputs* e resultados mensuráveis. Põe-se a questão da suficiência da explicitação contratual sem ser completada por outras formas como auditorias, inspecções, inquéritos ao cliente (por parte do contratador) e seguimento de *checklists* e certificação da entrega adequada (por parte do contratado).

A monitorização efectuada pelo contratador (b) encontra-se, muitas vezes, demasiado confinada à detecção de (não) conformidades perante indicadores quantitativos havendo pouca evidência de inspecções por entidades externas. As questões com maior pertinência respeitam à periodicidade e recolha de dados indicativos da alteração das expectativas de *performance* e qualidade.

A via da eficiência do contratado (c) prende-se com os aspectos de gestão e de garantias de qualidade advindas quer de certificações, quer de resultados de negociação. Os autores advertem para a necessidade de avaliação dos níveis de risco envolvidos e subsequente acesso aos dados.

A área da satisfação dos clientes (d) deve, segundo os mesmos autores, incorporar medidas de componente cognitiva objectivas (como a comparação da *performance* com as expectativas) e de componente afectiva, mais subjectivas (sentimentos e percepções de valor). No caso do *outsourcing* torna-se fulcral perceber quem é que o cliente identifica como responsável pela prestação (o contratador ou o contratado) e a quem a má qualidade pode ser atribuída.

Em termos de alinhamento com os resultados do serviço (e), as considerações do equilíbrio entre eficiência e eficácia (custos e qualidade) tornam-se o ponto central.

Por fim, a via da responsabilização pelos resultados (f) remete para a direcção tomada pela organização em termos de definição de objectivos/*targets* dos serviços e resultados obtidos perante os mesmos, realçando medidas de fidelização, rendibilidade, e avaliação demonstrativas da política de qualidade conseguida em todas as outras vias.

Os *targets* dos serviços num processo de *outsourcing* devem, segundo Cesarotti e Di Silvio (2006), ser definidos com base em oito variáveis, a saber:

- Nível de responsabilização suportado em documentação do serviço, da entidade que o presta e o tipo de relação estabelecida com a unidade;
- Gestão do serviço, no que respeita aos requisitos, à experiência do prestador, à organização dos processos e à prestação propriamente dita;
- Políticas e estratégias definidos de acordo com objectivos, planeamento, programas e capacidade de envolvimento do prestador nos mesmos;

- Instruções operacionais de cumprimento das normas, de controlo e melhoria;
- Formação do pessoal, planeada;
- Gestão do risco inserida num programa;
- Medição e auditoria, de acordo com o método e critérios estipulados e com difusão e partilha dos resultados;
- Avaliação, com métodos e critérios predefinidos e conhecidos de ambas as partes.

Os autores alertam para a necessidade de transparência na medição da *performance* seguindo métodos *standard* de controlo, para que todos os actores possam monitorizar o desempenho.

A partilha do sistema de medição de *performance* entre contratador e contratado é, também, defendida por De Toni *et al* (2007) como forma de alinhamento e partilha de informação, viabilizando a monitorização.

4.3. Abordagem pela gestão do risco

4.3.1 Conceitos de gestão de risco

Entendendo o risco⁷⁶ como “a ameaça de um acontecimento, uma acção ou uma inacção afectar a capacidade da empresa atingir os seus objectivos estratégicos e comprometer a criação de valor” (Moreau, 2002: 20), o seu nível é estimado pela combinação das componentes de probabilidade de ocorrência, severidade e frequência das consequências (Atkinson, 2006; Rushton e Walker, 2007: 290; Yates e Stone, 1992, citados em Schneller e Smeltzer, 2006: 48).

A gestão do risco é, segundo O’Donovan (1997) (citado por Shohet e Lavy, 2004), um processo de abordagem proactiva e metódica à gestão da incerteza futura, permitindo identificar métodos de lidar com os riscos que põem em causa pessoas, propriedade, recursos financeiros e credibilidade, porquanto deve ser considerada, segundo os

⁷⁶ Segundo a Norma de gestão de riscos da FERMA (2003), o risco pode ser definido como a combinação da probabilidade de um acontecimento (de aspecto positivo ou negativo) e das suas consequências.

autores, de alta prioridade em qualquer unidade de saúde e enquadrada num programa de gestão de risco, no qual os riscos são identificados, analisados, classificados e controlados.

A gestão de riscos pressupõe, assim, analisar metodicamente todos os riscos inerentes às actividades passadas, presentes e, especialmente, futuras de uma organização (FERMA; 2003).

Ritchie e Brindley (2007) afirmam ser a capacidade de gerir os riscos da cadeia de abastecimento⁷⁷ um atributo importante de gestão da sua *performance*. Segundo os autores, poucos estudos empíricos exploraram as variáveis chave para avaliar e medir o risco de fornecimento, entendendo ser a avaliação de risco apenas um passo da estratégia de gestão de risco global. Os autores alertam para a necessidade de novas soluções de gestão de risco perante a evolução da configuração das cadeias de abastecimento, não apenas no contexto de tomada de decisão de desenho da cadeia, como em sede de avaliação de eficiência da mesma.

No entanto, os autores deixam uma questão a ser respondida em futuras investigações: - como desenvolver sistemas antecipados de detecção de riscos de falhas de modo a atingir o nível esperado de *performance* dos parceiros na cadeia de abastecimento.

4.3.2 Gestão de risco em *outsourcing*

No *outsourcing*, podem considerar-se como atenuantes de risco: a extensão e detalhe do contrato, o apoio prestado pelo fornecedor, a sua reputação e/ou a validação da qualidade da sua prestação por terceiros. No entanto, sendo estes factores necessários, não são suficientes para uma efectiva gestão do risco associado. A postura de “esperar o inesperado” (Atkinson, 2006) leva a olhar para os processos, não pelo nível de conformidades, mas pelas possíveis falhas em três momentos: a montante da prestação, na prestação do serviço e nos impactos da prestação na organização.

⁷⁷ Veja-se na secção 3.1 a definição de cadeia de abastecimento (SC) não dissonante da de Christopher (1992) que a descreve como uma rede de organizações envolvidas a montante (fontes de fornecimento) e a jusante (canais de distribuição) nos diferentes processos e actividades que produzem valor na forma de produtos ou serviços nas mãos do consumidor final.

De facto, a gestão do risco associada a actividades em *outsourcing* deve estar presente ao longo de todo o processo, desde a identificação, qualificação e selecção de fornecedores, na escolha do nível de dependência (número de prestadores e cláusulas contratuais), à gestão da relação (Whitmore, 2006).

A abordagem pela gestão de risco na “supervisão” do *outsourcing* tem vindo a ser implementada em sectores da área financeira, alterando os modelos iniciais de avaliação de risco, adoptando, por exemplo, o modelo ARROW⁷⁸ (McCormack, 2003).

Entre as várias abordagens possíveis de gestão de risco, Okoroh *et al* (2002) sugerem a de Boon (1998),⁷⁹ desenvolvida para processos de *outsourcing* de serviços de gestão de instalações de unidades de saúde que compreende sete estádios: (i) contextualização do risco (estratégia organizacional, definição da estrutura de análise); (ii) identificação do risco (nexo de causalidade entre as decisões e possíveis eventos); (iii) análise do risco (avaliação dos pontos de controlo, análise das probabilidades de ocorrência e consequências); (iv) quantificação do risco (combinação dos factores para determinação do nível de risco); (v) avaliação e priorização do risco (comparação dos níveis de risco de *performance* estimados com critérios de aceitação organizacionais); (vi) tratamento do risco (controlo dos de baixa prioridade e implementação de um plano de gestão dos de prioridade alta); (vii) monitorização e revisão (acompanhamento e revisão do sistema de gestão de risco introduzindo as alterações necessárias).

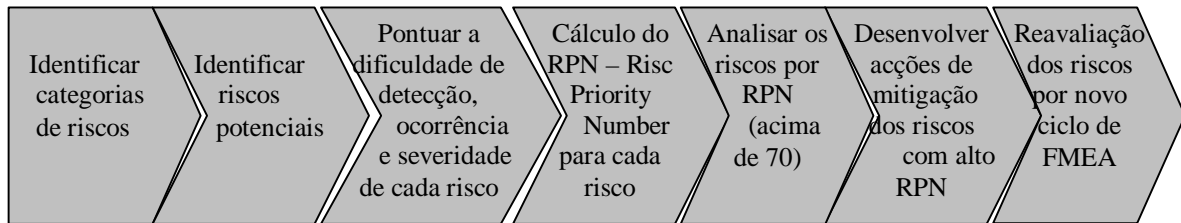
Na mesma linha, Welborn (2007) sugere que as opções de *outsourcing* devem ser avaliadas, semelhante à avaliação dos defeitos nos produtos ou processos, pelos riscos em termos de oportunidade de detecção, probabilidade e severidade da ocorrência de falhas, podendo ser agrupados em categorias intuitivas. O autor sugere o recurso a uma ferramenta, o FMEA (*Failure Mode Effects Analysis*)⁸⁰ cujo processo segue os passos enunciados na Figura 9:

⁷⁸ ARROW – *Advanced Risk Responsive Operating Framework*, uma metodologia que consiste numa matriz de avaliação de probabilidade/impacto de 45 elementos agrupados em riscos de negócio e riscos de controlo. O risco de “*outsourcing*/terceiros prestadores” é considerado risco de controlo inserido da metodologia ARROW (McCormack, 2003).

⁷⁹ A abordagem de Boon é baseada na norma de gestão de risco australiana/neozelandesa AS/AZ 4360. Outros autores como Kangari (1988), Perry e Haynes (1985) e Alexander (1992) (citados por Okoroh *et al* 2002) defendem abordagens similares, tendo em comum a identificação, análise e controlo do risco.

⁸⁰ Gunawardane (2004) sugere a utilização do FMEA (entre outra ferramentas) para mensuração da fiabilidade dos sistemas de serviço, entendida à luz das dimensões enumeradas por Parasuraman *et al*.

Fig. 9 - Passos do processo FMEA



Fonte: Elaboração própria com base em Welborn (2007), Monteiro e Valente (2007) e Kmenta (2000).

As métricas de análise, em escalas de 1 a 10, devem ser baseadas em valores predefinidos pela organização para os factores: (i) probabilidade de ocorrência, ou o nível de frequência de ocorrência esperado, (ii) grau de severidade da ocorrência, ou a severidade dos efeitos da falha, uma vez verificada e (iii) probabilidade de detecção, definida pela expectativa de não detecção da ocorrência em tempo útil.

É a combinação dos três factores que origina o RPN, em que:

$$\text{RPN (Risk Priority Number)} = \text{Ocorrência} \times \text{Severidade} \times \text{Detecção}$$

O RPN varia no intervalo: 1 – 1000. Ultrapassando o valor 70, a falha ocorrida correspondente implica necessidade de acção de monitorização.

As vertentes de avaliação de cada falha de cada sub-processo pertencente ao processo em *outsourcing* a ser analisado são:

- O - Ocorrência: definida como a probabilidade de ocorrer o modo de falha;
- S – Severidade: quão sérios ou graves são os efeitos, para o contratador;
- D – Detecção: Probabilidade de a falha ser detectada antes de chegar ao cliente, i.e., probabilidade da monitorização existente detectar e resolver.

Cada falha é classificada numa escala de 1 a 10 de ordem crescente de acordo com as grelhas de ponderação. As acções resultantes traduzem-se no feedback da monitorização, o que, tendencialmente, irá baixar o RPN para um novo RPN'. O RPN' terá de ser, novamente, inferior a 70 para que deixe de ser prioritário ou monitorizado.

(1988): (i) prestar o serviço como prometido; (ii) dependência em lidar com problemas de serviço ao cliente (iii) realizar o serviço bem à primeira; (iv) prestar o serviço no tempo prometido e (v) manter registos livres de erros.

Monitorização da performance de actividades em outsourcing – o caso Carlton Life

Assim, na tabela estão representados dois momentos: um inicial, de diagnóstico de falhas e outro, consequente, de identificação de acções que visam reduzir os níveis de risco associados a essas falhas (incluindo os responsáveis, a calendarização e tempos de execução) das medidas a tomar.

Os resultados desta análise são apresentados sob a forma de tabela com o formato apresentado na Tabela 1, documento a actualizar periodicamente.

Tabela 1 – Modelo de tabela de FMEA

PROCESSO CHAVE	AVALIAÇÃO E PRIORIZAÇÃO DOS RISCOS								Acções e Resultados – PLANO DE MONITORIZAÇÃO							
	Sub-Processos	Potencial Modo de Falha	Causa Potencial da Falha	O [±]	Efeito Potencial da Falha	S [±]	Método de Detecção Corrente	D [±]	RPN	Acções para reduzir RPN/	Responsável e Frequência da Monitorização	Periodicidade	O'	S'	D'	RPN'

Fonte: Elaboração própria com base em Welborn (2007), Monteiro e Valente (2007) e Kmenta (2000)

Do exposto pode concluir-se que delinear, implementar e gerir uma estratégia de *outsourcing* que se pretende bem sucedida passa, assim, pela compreensão e avaliação das vantagens e dos riscos e pela forma de os balizar e reavaliar através de uma monitorização eficaz que deverá seguir a abordagem da gestão de risco proposta.

5. Metodologia

5.1. Introdução

O presente capítulo pretende fornecer o enquadramento e justificação da metodologia adoptada na abordagem à problemática em estudo e resposta às questões de investigação subjacentes. Assim, encontra-se estruturado em quatro momentos principais: (i) o primeiro apresenta a escolha do método como consequência da problemática em estudo, refere as vantagens e limitações que lhe são apontadas e aborda as questões da qualidade do desenho da investigação (fiabilidade, validade interna, de construto e validade externa), (ii) o segundo, apresenta a unidade de análise escolhida e as condicionantes da escolha, (iii) segue-se a descrição das técnicas de recolha de dados utilizadas no estudo do caso, e por fim, (iv) é descrita a forma como se efectuou a análise dos dados empíricos recolhidos.

Pretendeu-se, ao efectuar esta investigação, que a mesma obtivesse carácter prescritivo de modo a ser útil para a compreensão do fenómeno do *outsourcing* num contexto de serviços de saúde. Desse modo, ambiciona ser vista como um estudo da forma adoptada na tomada de decisões de externalização por organizações de serviços de saúde, com grandes níveis de customização⁸¹ e em fase de arranque de actividade. De como avaliam e balizam os riscos da adopção de uma estratégia de *outsourcing*, de modo a poder ser definido um modelo de actuação que vise não só acompanhar as actividades externalizadas, minorando os riscos de falhas, como ser implementado por outras organizações com processos e estratégia similares.

⁸¹ Pinto (2003: p 36) define elevada customização, por oposição à padronização de oferta, como a capacidade de adequação ao total das necessidades e preferências do cliente.

5.2. Método

5.2.1. Apresentação do problema e proposições

A literatura aponta, tal como apresentado no capítulo 2 desta dissertação, para uma mudança de paradigma que leva a pensar em *outsourcing*, não só em termos transaccionais, como estratégicos e transformacionais, estando associadas a cada um deles diferentes motivações, condicionantes internas e externas à organização. Ao percorrer o espectro do *outsourcing*, tendo como base cada um dos paradigmas, variam os *drivers* de decisão, o tipo de actividades, o tipo de acordos/relação estabelecida e os diferentes impactos na organização.

No sector da saúde, tal como exposto no capítulo 3, os sinais de alteração de paradigma podem ser identificados, embora enquadrados pelas idiossincrasias do sector, pelas características intrínsecas aos serviços (distinguindo-os dos bens), pela lógica de criação de valor e pelas expectativas por parte dos clientes em relação à prestação. A opção pelo *outsourcing*, nos serviços de saúde prende-se, também, com aspectos como as características da relação contratual no que respeita ao tipo de serviços (modulares ou integrais, mais ou menos contratualizáveis⁸²), o nível de formalização e extensão do contracto (clássicos, intermédios ou relacionais), a duração, o processo de selecção de fornecedores (nos aspectos de dimensão e localização da oferta e de isenção do processo), o nível especificação de requisitos de *performance* e, até mesmo, com os mecanismos de pagamento (Liu *et al* 2007).

Por outro lado, a revisão da literatura sugere que o sucesso do *outsourcing* depende, não só da boa gestão de todas as fases do processo com enfoque na ponte entre as diferenças culturais das partes, partilha intensiva de informação e *expertise*, e recurso a critérios objectivos e métricas de avaliação do desempenho dos fornecedores, executadas por profissionais de gestão responsáveis, na organização, pelas relações de *outsourcing* (Roberts, 2001), como também da correcta avaliação de riscos e benefícios em cada fase do processo.

⁸² Conceito explicado no ponto 3.4.2 desta dissertação.

De entre os riscos associados ao *outsourcing* em geral, um dos mais apontados em particular no sector da saúde, e segundo a revisão efectuada, é o risco de perda de controlo traduzido na qualidade da prestação, na perda de continuidade de serviço e perda de controlo do pessoal.

Este risco revela-se tão mais pertinente quanto maior for o tempo de estadia do cliente, o que, por exemplo, nos cuidados continuados (convalescença, média e longa duração e cuidados paliativos) se torna crítico (MacCutcheon e Griffin, 2002). O risco da perda de controlo do fornecedor aumenta com o alargamento do âmbito e grau de intangibilidade das actividades, dificuldade de formalização e com a dificuldade de encontrar um adequado sistema de avaliação e monitorização das mesmas, deixando a organização à mercê da *performance* do fornecedor ou de um mau contrato (Amaral *et al*, 2004; Razzaque e Sheng, 1998; Roberts, 2001).

A abordagem que a revisão efectuada sugere é a da gestão do risco enunciada por O'Donovan (1997) (citado por Shohet e Lavy, 2004) como um processo de abordagem proactiva à gestão da incerteza futura, permitindo identificar métodos de lidar com os riscos porquanto considerada, segundo os autores, de alta prioridade em qualquer unidade de saúde e enquadrada num programa de gestão de risco, no qual estes são identificados, analisados, classificados e controlados. A abordagem de gestão de risco em *outsourcing* é, de resto, defendida por vários autores: Whitmore (2006), McCormack (2003), Okoroh *et al* (2002) e Welborn (2007).

Avaliar o grau de exposição ao risco que cada situação apresenta implica identificar (quantitativa e qualitativamente) a importância da série de potenciais falhas bem como a probabilidade de ocorrência de cada uma (Aubert *et al*, 2001) tornando-se possível criar um plano de gestão de risco de modo a balizar os efeitos indesejados a uma estratégia bem sucedida.

O motivo mais apontado, na literatura, para a ocorrência das falhas nas actividades em *outsourcing* nas unidades de saúde foi a deficiente monitorização (Abramsom, 2001; Liu *et al*, 2007; Siddiqi *et al*, 2006).

Assim, o problema ao qual se pretende dar resposta, decompõe-se numa sequência de questões relacionadas com o tema escolhido *latu sensu*, o **outsourcing em serviços de saúde**, que encontram especificamente maior pertinência no caso do arranque de uma unidade de saúde, pelas quatro seguintes dimensões de análise a que se associam várias proposições:

a) Objectivos organizacionais de enquadramento da decisão de externalização (determinantes financeiras, tecnológicas, estratégicas e políticas)

Referiu-se que, segundo Linder (2004a), podem ser identificadas quatro variedades de *outsourcing* transformacional correspondentes às diferentes fases do ciclo de vida dos negócios, a saber: em ambiciosos arranques de actividade em formato inovador, em estagnação como retoma de crescimento, em início de declínio como catalisador de reformas e na radical renovação e reinvenção do negócio.

-Como e porque nasce uma estratégia de *outsourcing* no início do ciclo de vida de uma organização, (e não num contexto de mudança organizacional como geralmente é apresentada)?

PT.1⁸³- No início do ciclo de vida de uma organização, a decisão de externalizar actividades pode ser tomada por motivos como restrições financeiras, velocidade de colocação no mercado, flexibilidade perante variações de volume, obtenção de economias de escala, utilização da capacidade e falta de conhecimento interna.

PT.2- As organizações são levadas a decisões de externalização por isomorfismo.⁸⁴

b) Posicionamento estratégico, óptica de criação de valor e tipo de actividades a externalizar

O arranque de qualquer actividade implica um posicionamento claro do serviço a prestar que passa, entre outros factores, pela análise das componentes do serviço e avaliação da maior ou menor capacidade que cada processo tem de criação de valor. Essa análise permite definir que actividades internalizar e externalizar.

-De que forma se efectuou a avaliação e selecção das actividades a externalizar?

⁸³ PT- abreviatura utilizada para designação das proposições teóricas.

⁸⁴ O conceito de isomorfismo é explicado no ponto 2.4.1 desta dissertação.

PT.3- As actividades seleccionadas derivam do grau de especificidade, complexidade, âmbito e criticidade.

PT.4- A selecção depende do grau de proximidade da actividade com o cliente final.

PT.5- A selecção deriva da avaliação do risco/benefício do *outsourcing* de cada actividade.

c) Tipo de acordos/relação estabelecida

Retirar maiores ou menores benefícios de um contrato de *outsourcing* de serviços de saúde prende-se também, como anteriormente referido, com as características da relação contratual no que concerne o tipo de serviços, o nível de formalização e extensão do contrato, a duração, o processo de selecção de fornecedores, a definição de níveis de serviço, a especificação de requisitos de *performance* os mecanismos de pagamento.

-Em que medida a selecção de fornecedores está suportada por uma avaliação criteriosa? Que tipo de relação deve ser estabelecida?

PT.6- As relações que mais se afastam das parcerias envolvem menor confiança e respeitam a actividades menos críticas.

PT.7 - O insucesso de um processo de *outsourcing* reside não só na má avaliação dos riscos e benefícios associados a cada actividade, mas também na má gestão do risco durante todas as etapas do processo.

d) Impactos na organização

“A externalização pura e total dificulta a reversão da decisão porque: (i) externalizar significa desinvestir em competências, infra-estruturas, pessoas e conhecimentos, e (ii) voltar a uma gestão interna implica custos adicionais” pelo que se torna imperativo uma inventariação de riscos antes da decisão (Carvalho *et al*, 2001:126).

De facto, os custos adicionais não residem necessariamente apenas na reversão do processo, embora esta seja muitas vezes a solução adoptada perante o insucesso do *outsourcing*, mas também nos custos “escondidos” em más definições contratuais e ainda nos custos de monitorização não considerados.

Para além de custos, os impactos na organização quer a nível de qualidade, agilidade quer de flexibilidade dos serviços, variam em função da resolução de *trade-offs* entre vulnerabilidade estratégica-vantagens competitivas e entre flexibilidade-controlo.

- Que mecanismos de controlo e correcção de falhas, como a monitorização foram adoptados como forma de balizar os riscos de cada actividade e os impactos negativos na organização?

PT.8- O *outsourcing* falha por deficientemente gerido e monitorizado.

PT.9- As falhas de *performance* das actividades em *outsourcing* comprometem o arranque de actividade por maior exposição ao risco.

PT.10- A monitorização deve estar inserida num programa de gestão de risco.

A sequência de questões apresentada, não obstante tenha tido como ponto de partida uma sistematização teórico-conceptual em constante actualização, induziu à utilização do método de estudo de caso pelo que a investigação de situações em que o problema a ser compreendido, a saber: - **a monitorização da performance das actividades em outsourcing numa unidade de saúde**, não sugeriu a aplicação de estudos experimentais ou de natureza predominantemente quantitativa.

5.2.2. Estudo de caso

A investigação desenvolvida teve em conta as características da investigação qualitativa que se coadunam com a abordagem utilizada no estudo de caso enquanto “estratégia de investigação” (Yin, 2003: 3). Visando “compreender um determinado objecto de estudo em profundidade”, a estratégia seguida insere-se, segundo Reto e Nunes (2001), nas ditas “compreensivas”, frequentemente utilizadas na análise da dinâmica própria de fenómenos do campo da gestão, nomeadamente da gestão de operações (Voss *et al*, 2002), da qualidade dos serviços (Pinto, 2003) e da logística (Ellram, 1996; Renner e Palmer, 1999).

De acordo com Yin (2003:13), o método do estudo de caso é uma inquirição empírica que investiga um fenómeno contemporâneo dentro de um contexto da vida real, em situações onde os comportamentos relevantes não podem ser manipulados e os limites

entre o fenómeno e o contexto não se encontram claramente definidos, sendo possível o recurso a diferentes técnicas de recolhas de dados em simultâneo de diferentes tipos de fontes de evidência.

Assim, o estudo de caso, como metodologia de investigação, explica, explora e/ou descreve um fenómeno porquanto é usado para descrever, testar, refinar e/ou construir teorias (Eisenhardt, 1989a; Ellram, 1996; Voss *et al*, 2002).

Das diferentes classificações existentes de estudos de caso encontradas na literatura, Yin (2003) divide os estudos de caso em: exploratórios, descritivos e explanatórios, por um lado, e, por outro, em multi ou uni-caso, o que significa existir seis tipos diferentes de estudos de caso. Um estudo de caso exploratório pretende construir questões e hipóteses a serem estudadas em estudos consequentes. Um estudo de caso descritivo apresenta uma descrição completa de dada experiência no seu contexto real. Um estudo explanatório ilustra de que forma certas causas produzem determinados efeitos.

Stake (1994) (citado por Denzin e Lincoln, 1994: 240) apresenta a diferença entre a explanação e compreensão de um fenómeno. No método de estudo de caso, a ênfase está na compreensão fundamentada basicamente no conhecimento tácito que, segundo o autor, encontra-se fortemente relacionado com a intencionalidade, o que não ocorre quando o objectivo é meramente explanação, baseada no conhecimento proposicional.

Assim, a investigação efectuada, por ser de carácter descritivo e exploratório, não procura produzir declarações de causalidade, porquanto os julgamentos sobre a validade interna não são tão aplicáveis como seriam em se tratando de um estudo explanatório (Yin, 2003).

Este método, sendo adequado para responder às questões "como", "o quê" e "porquê", que são questões explicativas e tratam de relações operacionais que ocorrem ao longo do tempo mais do que frequências ou incidências (Voss *et al*, 2002), adequa-se, assim, às questões e subquestões de investigação prevaletentes pós revisão bibliográfica, a saber:

<p>QI.1 – Porque surge uma estratégia de <i>outsourcing</i> no arranque de actividade (e não em contexto de mudança organizacional, âmbito comum na investigação publicada)</p> <p>QI.1.A – Quais as condicionantes e motivos, internos e externos, para considerar a opção de <i>outsourcing</i>?</p> <p>QI.1.B – Que critérios pautaram a escolha das actividades a externalizar?</p> <p>QI.1.C – Qual a avaliação, <i>a priori</i>, dos riscos e benefícios do <i>outsourcing</i> de cada actividade seleccionada?</p>
<p>QI.2 - Como se processou a avaliação e escolha de fornecedores?</p> <p>QI.2.A – Quais os critérios de selecção?</p> <p>QI.2.B – Que tipo de relação se estabeleceu em cada actividade externalizada?</p>
<p>QI.3 – De que forma é efectuada a monitorização da <i>performance</i> das actividades em <i>outsourcing</i>?</p> <p>QI.3.A – Qual a probabilidade de detecção falhas em cada ponto crítico de controlo?</p> <p>QI.3.B – Qual a taxa de ocorrência?</p> <p>QI.3.C – Qual o grau de severidade das mesmas?</p>

Seguindo Yin (2003:20), o modelo de pesquisa traçado permitiu obter uma sequência lógica de ligação entre os dados empíricos, o problema/pergunta de partida e as conclusões obtidas. Ao promover a descrição complexa e holística da realidade, envolvendo um grande conjunto de dados, tornou-se o método indicado, de acordo com o autor, para aumentar a compreensão do fenómeno, mais do que para delimitá-lo, por ser mais idiossincrático do que generalizador.

A preocupação com a fiabilidade, i.e., o grau de replicabilidade pelo qual outro investigador, repetindo os procedimentos de análise, teria maior probabilidade de chegar aos mesmos resultados (Yin, 2003: 35), traduziu-se na elaboração de um protocolo de estudo (Anexo.4) que, juntamente com a base de dados criada, possibilitou a análise de dados de diversos tipos de fonte.

A validade interna refere-se à obtenção de sustentabilidade das relações entre variáveis conferindo qualidade às explicações obtidas. Ao possibilitar a triangulação de dados de múltiplos tipos de fontes, o método adoptado privilegia a validade interna na medida em que permite cruzar dados, confirmar, infirmar ou reformular hipóteses (Voss *et al*, 2002; Yin, 2003: 37).

Por outro lado, a advertência de Yin (2003: 89) de que múltiplas fontes de evidência fornecem múltiplas medidas para o mesmo fenómeno, foi tida em conta em prol da validade de construto, procurando-se as medidas apropriadas aos conceitos em estudo.

No entanto, os estudos uni-caso, apesar de possibilitarem maior aprofundamento de análise, possuem as limitações comparativamente aos multi-caso, que se prendem com a dificuldade de generalização das conclusões obtidas e enviesamentos decorrentes da falta de representatividade que um só caso possa apresentar pondo em causa a validade externa (Voss *et al*, 2002; Yin, 2003, 36). Yin (2003: 34) propõe o recurso ao suporte teórico para colmatar esta limitação decorrente do estudo de um único caso, recomendação tida em conta na análise efectuada à unidade seleccionada.

5.3. Unidade de análise

Segundo Miles e Huberman (1994:25), o caso é uma unidade de análise que pode ser “um indivíduo, o papel desempenhado por um indivíduo ou organização, um pequeno grupo, uma comunidade, ou até mesmo uma nação”.

Se a escolha do método a adoptar foi condicionada pela problemática em estudo e o tipo de questões a dar resposta, a selecção do campo de análise teve em conta os seguintes pré-requisitos :

- A unidade de análise teria de estar inserida na população: unidades portuguesas privadas de serviços de saúde;
- A unidade de saúde deveria ser escolhida em função do maior tempo de permanência do cliente/utente no serviço, como seria o caso das unidades de cuidados continuados;
- A unidade de serviço de saúde teria de estar no início de actividade;
- Tendo em conta o objecto do estudo, teria de ser uma unidade de saúde com actividades em regime de *outsourcing*.

A unidade de análise seleccionada é a unidade de cuidados de saúde geriátricos, Carlton Life Boavista (doravante designada por CLB). A opção por esta unidade resultou do facto de:

- Ser uma unidade de saúde em arranque de actividade, onde o recurso ao *outsourcing* surge fora do contexto de mudança organizacional e de modo que a problemática da monitorização, em contexto real, fosse analisada como processo em construção sem influência de indicadores de *performance* previamente definidos;
- Ser uma unidade cujos serviços implicam grande nível de customização, por se apresentar no mercado com soluções geriátricas individualizadas e diferenciadas da oferta actual.

5.4. Recolha de dados

A investigação pelo método do estudo de caso, e dada a possibilidade de recurso a vários tipos de dados, foi desenhada de forma a focalizar-se na recolha de construto válido para as questões levantadas. A recolha efectuou-se de modo a estabelecer-se uma cadeia de evidência (Yin, 2003: 105). Fazendo parte do protocolo seguido no estudo do caso, a escolha das técnicas de recolha de dados serviu o mesmo propósito, como se verifica no Anexo 4.

Deste modo, a recolha de dados efectuou-se por recurso a entrevistas semi-estruturadas, análise documental e observação directa (não participante) tendo, para tal, sido construídos os respectivos instrumentos de recolha. O recurso a múltiplas fontes, não só permitiu uma maior compreensão do fenómeno e do contexto, como teve como intuito favorecer a validade interna da investigação (Voss *et al*, 2002).

5.4.1. As entrevistas semi-estruturadas

As entrevistas semi-estruturadas, não obstante permitirem menor rigidez do que as estruturadas uma vez que possibilitam um maior contributo do entrevistado na resposta

a questões abertas trazendo factos novos relevantes à investigação, foram suportadas por um guião pré-definido (Anexo 4).

A flexibilidade necessária ao tipo de estudo efectuado (exploratório) não significa, no entanto, ausência de direcção (Adams e Schvaneveldt, 1991 citados em Saunders *et al*, 2007:134) pelo que o guião foi utilizado com o intuito de balizar o curso da entrevista de modo a poder obter respostas concretas às questões de investigação sem, no entanto, inibir a produção de informação. Deste modo, as entrevistas não directivas foram suportadas em questões sujeitas a ajustes perante as características do entrevistado e os conteúdos visados pelo investigador. Algumas das “questões possíveis” de reforço foram efectuadas sempre que se pretendeu aprofundar a resposta inicial ou utilizar como ancoragem para evitar desvios às questões.

As entrevistas tiveram lugar na CLB, em Maio de 2008 e tiveram uma duração média de uma hora e vinte minutos. Os dados recolhidos foram gravados, com o consentimento dos entrevistados, documentados e codificados em categorias de modo a formarem a base de dados de suporte à análise do caso.

5.4.2. Análise documental

O recurso a outro tipo de fonte de dados como a documentação, tal como esquematizado no quadro do Anexo 6, permitiu não só acompanhar a cadeia de evidência formada como efectuar comparações, detectar possíveis contradições, encontrar similaridades e completar informação sobre o caso a analisar, tendo sido um recurso simultâneo às restantes técnicas de recolha adoptadas.

5.4.3. Observação directa

De modo a poder retirar maior conteúdo das entrevistas procedeu-se à observação directa, de acções de formação dos colaboradores e pelo acompanhamento diário de todas as actividades em *outsourcing na unidade*, em diferentes âmbitos:

- Sobre os valores e objectivos organizacionais, de curto e longo prazo, cultura e valores da CL, posicionamento de mercado e estrutura da organização;

- Sobre os processos ligados a actividades não clínicas: à hotelaria, estética, restauração e *housekeeping*; e a actividades clínicas: farmácia e podologia.

A observação directa permitiu a colecta não sistemática de dados e a verificação de informação tácita sobre os processos, não passível de ser recolhida pelo recurso às duas técnicas anteriores. A recolha realizou-se em Maio, Junho, Julho e Outubro e foram retiradas notas numa espécie de “diário de bordo” de modo a poder integrar a codificação junto com os resultados das entrevistas, tendo a observação decorrido antes e depois das mesmas.

5.5. Análise de Dados

Os dados obtidos pelas técnicas de recolha enunciadas não possuem *per se* relevância. A validade construto depende não só da recolha, como da análise dos dados recolhidos. Tornou-se, para tal, necessário efectuar a triangulação de dados das diferentes fontes (Yin, 2003:98) de forma a encontrar convergência de evidência.

A análise de dados seguiu uma cadeia de evidência com vista a conferir credibilidade às conclusões. Como tal, para além da preocupação de apresentação de forma ordenada, a análise foi orientada pelas proposições teóricas pré-enunciadas que impeliram a focalização nos dados relevantes (Yin, 2003:111).

Na sequência de análise da transcrição de cada uma das entrevistas procurou-se evidenciar o que se mostrava mais significativo do ponto de vista dos objectivos que nortearam a realização das entrevistas.

As respostas das entrevistas semi-estruturadas, o conteúdo documental e as anotações das observações foram sujeitas a categorização. A categorização seguiu três passos: (i) os dados foram agrupados em categorias, por conceitos identificados pelas suas propriedades e dimensões (as ideias, eventos codificados e reagrupados em subcategorias); (ii) os dados foram reordenados de forma conectar categorias; (iii)

codificação selectiva das categorias nucleares e as que com estas estavam relacionadas (Voss *et al*, 2002).

A lista de códigos usados é apresentada no Anexo 5 e foi construída com base nos conceitos enunciados na revisão bibliográfica previamente efectuada e apresentada nos capítulos anteriores.

Após codificação de apenas dados relevantes, procedeu-se à redução de dados, seguindo as recomendações de Miles e Huberman (1994) e Yin (1981), de modo a poderem ser identificados padrões e possíveis relações de causa-efeito entre as variáveis em estudo, cujos resultados, comparados com o suporte teórico de referência, serão apresentados em tabelas na próxima secção.

6. Estudo do Caso “Carlton Life Boavista”

6.1. Introdução

Este capítulo apresenta o estudo empírico efectuado na unidade de análise – Carlton Life Boavista (CLB)⁸⁵. Com o intuito de estudar o fenómeno de *outsourcing* numa unidade de saúde (reunindo os critérios de inclusão: fase de arranque de actividade, existência de externalização de pelo menos uma actividade, prestação de serviços com grau elevado de customização⁸⁶ e inovação) foram explorados os seguintes elementos:

- (i) O posicionamento estratégico da unidade de saúde;
- (ii) A óptica de criação de valor;
- (iii) Os *drivers* da decisão de externalização de actividades;
- (iv) As fases do processo de *outsourcing*; e
- (v) A monitorização da *performance* das actividades externalizadas;

Definindo, assim, a forma como o capítulo se apresenta estruturado.

Os dados das entrevistas foram cruzados com os da documentação analisada, segundo os conteúdos mencionados no Anexo 6, e com os dados resultantes da observação directa de acções de formação interna, das actividades principais e das actividades de suporte. Este processo seguiu uma lógica de replicação de redução de dados para cada questão do guião da entrevista cujas respostas, codificadas e comparadas com os dados documentais e dados anotados no “diário” da observação directa, foram consecutivamente analisadas e são apresentadas em cada subsecção deste capítulo.

6.2. Posicionamento estratégico

A Carlton Life SGPS, S.A., constituída no final de 2003 para actuação na área das residências assistidas e cuidados para pessoas idosas. Os primeiros três a quatro anos da sua actividade corresponderam à fase de montagem do modelo do negócio da

⁸⁵ Doravante designada por CLB.

⁸⁶ Definição constante do ponto 3.5.1 desta dissertação.

hospitalidade para o mercado das pessoas idosas para a qual contaram com a experiência e assessoria espanhola através da parceria estabelecida com o grupo SAR.

Durante o ano de 2005, actuaram no universo do negócio duas sociedades, a Carlton Life SGPS, SA, que detém as participações nas sociedades pertencentes ao negócio e faz a gestão institucional e a Carlton Life – Serviços de Consultoria, SA, responsável pelo acompanhamento dos projectos e a Carlton Life Residências e Serviços que efectua a gestão operacional das residências. As actividades da Carlton Life, em 2005, centraram-se essencialmente no desenvolvimento dos projectos das unidades de negócio, no estabelecimento de parcerias estratégicas e de contactos institucionais e no desenvolvimento do modelo de negócio.

Durante o ano de 2006, a Carlton Life continuou a desenvolver e a implementar as principais prioridades relativas à fase do arranque do negócio, nomeadamente na construção de três unidades - Boavista, Alameda e Lusíadas e na procura de novas oportunidades.

Quadro 11 – Oferta CL

		Camas	Oferta por graus de dependência			Área
			Nível 1	Nível 2	Nível 3	
Lisboa	Alameda	260	49%	47%	4%	8 410m ²
	Lusíada	222		7%	93%	6 803m ²
Porto	Boavista	166		7%	93%	5 611m ²
		648	20%	23%	57%	

*Nível 1 - Dependências mínimas
Nível 2 - Dependências moderadas
Nível 3 - Dependências graves e totais*

Fonte: CLB – Apresentação formal da empresa.

6.2.1. Missão e objectivos

A CLB, a primeira unidade em funcionamento do universo CL, apresenta-se no mercado no final de Abril de 2008 com a missão ou propósito base de “oferecer

soluções abrangentes de diagnóstico, reabilitação, apoio e acolhimento a qualquer adulto que necessite de apoio nas actividades da vida diária”.

Tendo como uma das principais preocupações a acessibilidade aos serviços, a CL, detida pelo Grupo Pestana (65%) e Hospitais Privados de Portugal - HPP (35%)⁸⁷ (Grupo Caixa Geral de Depósitos) possui o objectivo estratégico de desenvolvimento da expansão progressiva por todo o território nacional, de forma a dispor de uma oferta integral, ampla e flexível adaptada às necessidades individuais, iniciada no Porto, com a CLB.

Considerando ser de 68.000 camas a dimensão nacional da procura, a empresa posiciona-se no mercado alvo de classe média e média-alta traduzindo-se em 12.000 camas em 14 centros urbanos, das quais 6.500 situam-se na área metropolitana de Lisboa e 2.600 camas na área metropolitana do Porto⁸⁸.

Assim, os objectivos de mercado da CL são atingir no período de 7 a 9 anos uma quota de mercado de 15% a 20%, significando uma oferta de 1.800 a 2.400 camas, a nível nacional. Num horizonte mais alargado, o objectivo é de atingir 10 unidades em 20 anos.

6.2.2. Valores e cultura⁸⁹ CLB

Sendo a organização operacional da CLB estruturada com base num modelo funcional de competências em que a figura central de coordenação é a DUN⁹⁰, a existência de apenas dois níveis hierárquicos (Anexo 7) induz a que a informação flua transversalmente em clima de grande informalidade.

⁸⁷ *Vd.* HPP- Relatório e contas 2005.

⁸⁸ Dados fornecidos pela CLB com base em estudo de mercado apoiado em fontes como INE Easycare, Carta Social- Relatório de 2002 do Ministério do Trabalho e da Segurança Social, Marktest e dados de entidades como a SAR e a SODEXO.

⁸⁹ Valores, de acordo com Carvalho (2006:154), são “o conjunto de sentimentos (...) que estruturam, ou pretendem estruturar, a cultura e a prática da organização”.

“O conjunto de valores (...) são o *core* da cultura empresarial, e a cultura constituindo-se, adicionalmente, com rituais, heróis e símbolos, que estando para além dos valores, os reforçam” (Carvalho, 2006:115).

⁹⁰ DUN: abreviatura de Directora da Unidade de Negócio.

Ao comunicar com o público, transmitindo a imagem de “unidade de saúde em ambiente hoteleiro”, a CLB pretende criar expectativas alinhadas com a cultura e valores transmitidos em acções de formação internas e outras formas de comunicação interna de que é exemplo o Regulamento da Unidade.

Os valores transmitidos de “serenidade, calma e respeito pelo outro (liberdade e dignidade)” essenciais, segundo a CLB, ao tipo de actividade e serviços prestados aliam-se à aculturação dos valores Pestana: “atitude positiva e pró-activa, entusiasmo e simpatia, espírito de equipa, ética e responsabilidade, qualidade superior, renovação e ousadia”.

Os clientes são designados por “clientes externos” e os colaboradores por “clientes internos”, estando presente a ideia de que todos os colaboradores são “cuidadores” e seguindo o seguinte código de acolhimento dos clientes:

- “**P**ersonalizando o serviço com;
- E**ntusiasmo e simpatia;
- S**orrindo e sendo cortês;
- T**ratando o cliente pelo nome;
- A**ntecipando os seus desejos;
- N**unca dizendo “não”, para;
- A**tingir a excelência do serviço”.

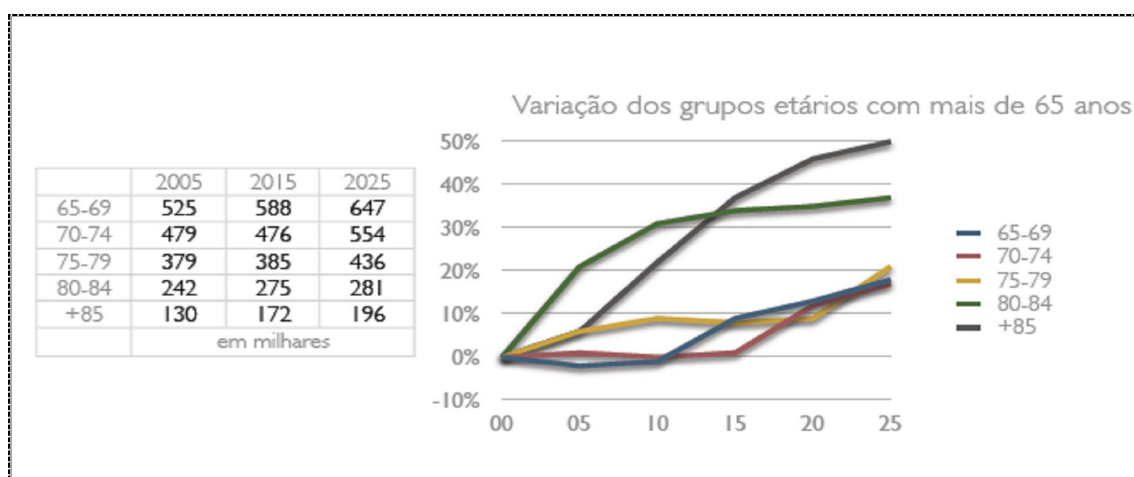
A cultura da empresa é, assim, explícita e partilhada, alicerçando-se na confiança, no respeito, na integridade, no envolvimento, no desempenho elevado e no compromisso forte com o projecto da empresa. De acordo com o entrevistado AD, o ambiente organizacional deve proporcionar, “a flexibilidade das funções, o trabalho em equipa; a proactividade, a excelência no desempenho, o desenvolvimento das competências estratégicas; a mudança e a melhoria contínua”. A “Qualidade de Vida” é uma responsabilidade assumida pela CLB em relação, quer aos seus clientes externos, quer internos.

6.2.3. Contexto externo

A par do envelhecimento demográfico (via aumento da esperança de vida e redução da taxa de natalidade), as alterações no padrão epidemiológico e na estrutura social e familiar da população portuguesa indiciam um aumento significativo das necessidades de cuidados de saúde da população mais idosa com um aumento de prevalência de doenças de evolução prolongada e com elevado grau incapacitante.

De acordo com os dados de 2005 (INE), 16,8% da população portuguesa tem mais de 65 anos. Prevê-se⁹¹ que em 2025 essa percentagem seja de 23% e de 32% em 2050. Portugal será, então, o quarto país da UE-25⁹² com maior percentagem de idosos, só ultrapassado por Espanha (35,6%), Itália (35,2%) e Grécia (32,5%). A Figura 10 apresenta essa previsão por estratos de idades acima dos 65 anos.

Fig. 10 - Panorama demográfico



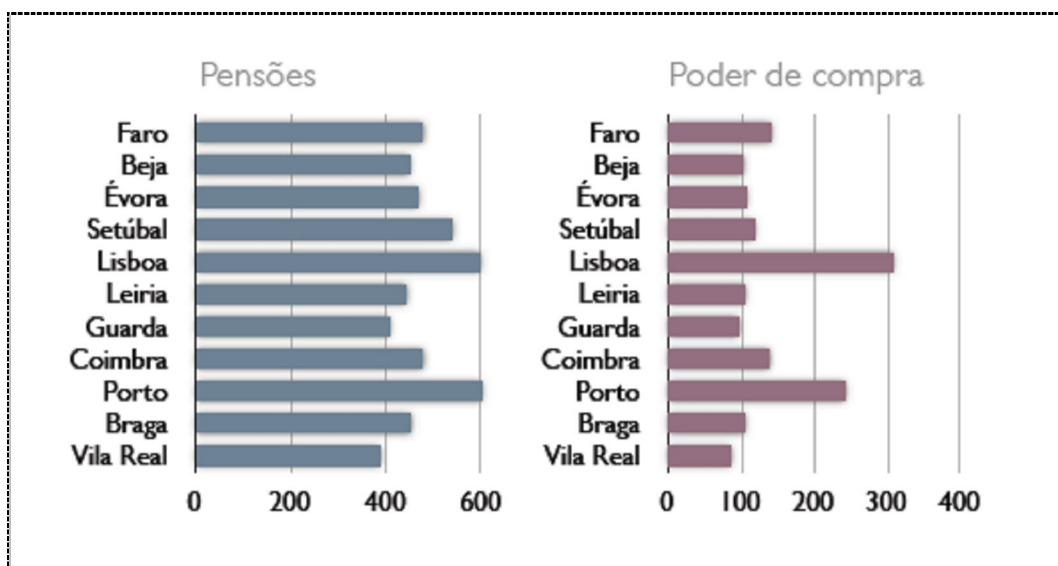
Fonte: CLB - Apresentação formal da empresa

O acesso aos cuidados de saúde não se encontra apenas dependente das condições socioeconómicas das diferentes classes ou grupos sociais, mas também da desigualdade territorial em termos de infra-estruturas e assimetrias do poder de compra. Actualmente, o valor da pensão média ronda os 420 €. A Figura 11 apresenta a distribuição geográfica do poder de compra e do nível de pensões nas principais cidades do país.

⁹¹ Relatório Final da Fase I do Diagnóstico da Situação Actual - Setembro 2005 (RNCC, 2005).

⁹² União Europeia, de 25 países.

Fig. 11 - Panorama económico



Fonte: CLB - Apresentação formal da empresa

Os operadores que têm vindo a dar resposta a este tipo de necessidades têm sido, essencialmente, Instituições Particulares de Solidariedade Social - IPSS, Misericórdias, tendo o Estado ficado à margem da oferta até à criação da RNCCI⁹³ - Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (substituindo a RNCC⁹⁴ - Rede Nacional de Cuidados Continuados), ainda em fase de implementação.

A par das dificuldades de resposta às crescentes necessidades desta faixa da população, o conservadorismo existente na sociedade tem-se revelado um entrave cultural ao encontro de soluções adequadas aos problemas reais, tal como referido por um dos entrevistados.

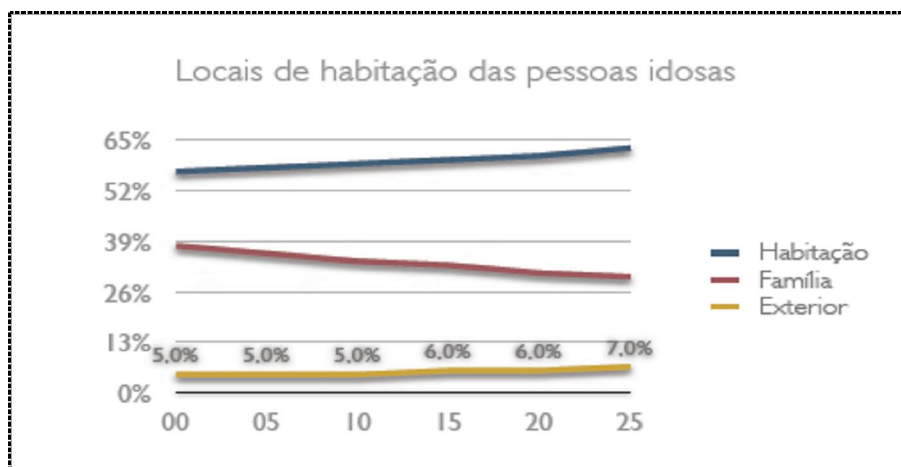
Segundo dados da OMS⁹⁵, na Noruega, 25% dos idosos acima dos 80 anos vivem em unidades de saúde e segundo estudos em 10 países desenvolvidos, promovidos pela mesma organização, 2% a 5% dos idosos (acima dos 65 anos) vivem em residências especializadas. Em Portugal, a realidade é a ilustrada pela Figura 12.

⁹³ DL n° 101/2006 de 6 de Junho (RNCC, 2005).

⁹⁴ DL n° 281/2003 de 8 de Novembro.

⁹⁵ www.wpro.who.int

Fig. 12 - Panorama sociocultural



Fonte: CLB - Apresentação formal da empresa

A CLB efectuou a análise da concorrência seguindo os parâmetros indicados pelo entrevistado TCAP: - tipologia da instituição, infra-estruturas, caracterização dos clientes, estrutura dos recursos humanos, horário das visitas, preçário, motivação dos residentes, atendimento ao cliente, pontos fortes e pontos fracos. Em todos os parâmetros, a CLB assume-se como um modelo inovador de prestação de cuidados de geriatria em Portugal e transmite essa mensagem em acções de comunicação externa (ver exemplo do Anexo 13).

Das entrevistas realizadas, cujas transcrições foram codificadas segundo o contexto interno (valores, objectivos organizacionais, idade, estrutura e estratégia) e contexto externo (concorrência, localização, mercado alvo), algumas citações foram seleccionadas para demonstração de consistência no que respeita à definição do posicionamento estratégico, tal como a Tabela 2 apresenta:

Tabela 2 – Definição do posicionamento estratégico

<p>DUN - Partindo da identificação de uma oportunidade no mercado Sénior, a CL apresenta-se como generalista com diferenciação de cuidados (...) A componente hoteleira (nos dependentes e independentes) é importante para as pessoas não se sentirem num hospital</p>
<p>CE1 - A CL posiciona-se, não só, mas principalmente no mercado das pessoas idosas</p>
<p>AD - A CL nasceu para estar no mercado das pessoas idosas, para oferecer soluções a pessoas idosas pela identificação de necessidades por satisfazer no mercado português. Não quisemos fechar o âmbito e ir para uma componente mais social ou uma componente virada para área mais hospitalar. (...) Por outro lado existem objectivos de penetração no mercado. Não queremos estar presentes com 1 ou 2</p>

unidades mas ter a maior abrangência possível. Com menos de 2 a 3 mil camas não valeria a pena. Não estamos a fazer uma experiência, queremos assumir uma presença forte.

(...) Outros dois factores condicionaram: por um lado o baixo poder de compra em Portugal, onde não existiam soluções de Estado até há 2 anos, apenas os privados, Misericórdias, IPSS e inúmeras pequenas ofertas de lares; um segundo factor foi uma questão cultural que se traduzia numa grande resistência à adesão a este tipo de produtos conforme a localização dentro do país (ex. a reacção não concordante da família em relação ao utente).

Ao oferecermos alojamento e soluções as mais especializadas possíveis contornaríamos a questão cultural. Por outro lado, teríamos de ser abrangentes e muito específicos, porque mesmo grupos etários restritos (entre os 80-90 anos) tinham muitas variantes, um rendilhado em termos de necessidades (...)

O mercado das pessoas independentes não seria o nosso alvo.

(...) cuidados de longo prazo especializados, segmentados e abrangentes direccionados essencialmente para o mercado das pessoas com maior dependência, e um segundo braço de cuidados de longo prazo para mais independentes que não necessitam tanto do apoio no dia-a-dia, mas sim de um enquadramento.

TCAP⁹⁶ - A CLB define-se como uma unidade de saúde em ambiente hoteleiro. Não é um lar, e tem uma componente de saúde muito forte (...)

(...) a diferenciação dos cuidados e o nível de intensidade e permanência de cuidados é diferente da existente oferta.

6.3. Óptica de criação de valor

A CLB oferece, desde 24 de Abril de 2008, soluções abrangentes e especializadas nas áreas da avaliação geriátrica, dos cuidados de longo-prazo e do alojamento, direccionadas para qualquer adulto que “valorize ou necessite de apoio para o desenvolvimento de actividades de subsistência no âmbito da vida do quotidiano”.

Estas soluções pretendem, segundo os entrevistados, por um lado, ir ao encontro de necessidades identificadas no âmbito da vida do quotidiano em termos de normalidade, de independência (liberdade de decisão), de cuidados de saúde, de especificidade de enquadramento, de estatuto e de respeito.

Por outro lado, visam a obtenção da manutenção dos padrões de qualidade de vida, a compensação das consequências naturais do envelhecimento, a protecção física e psicológica e a valorização de um lugar próprio na sociedade. Segundo os entrevistados as expectativas principais do cliente (e família) são:

- Higiene das instalações e dos colaboradores;
- Conforto e bom ambiente;
- Segurança;
- Soluções de saúde.

⁹⁶ TCAP – Técnica comercial e de apoio pessoal.

A CLB define-se como uma “unidade de saúde em ambiente hoteleiro” com especificidades que vão desde a restrita e condicionada circulação de pessoas, aos planos alimentares individuais e específicos, à supervisão permanente, de natureza técnica e clínica, e à grande proximidade entre técnico e cliente. Estas especificidades derivam do contexto da intervenção clínica de reabilitação, manutenção e prevenção que caracteriza a unidade em termos de cuidados de saúde e leva a adaptações do serviço hoteleiro.

Assim, a CLB desenvolveu as seguintes Áreas de Negócio:

- 1) Soluções com cuidados abrangentes e especializados, para pessoas dependentes;
- 2) Soluções com cuidados de assistência, para pessoas frágeis e parcialmente dependentes;
- 3) Serviços para pessoas independentes.

A modularidade do espaço dotou o edifício de múltiplas soluções:

- 1 Unidade de avaliação geriátrica;
- 1 Unidade de terapias;
- 4 Unidades residenciais (136 camas), das quais 1 contratualizada com a RNCCI;
- 2 Unidades de dia com 30 lugares.

Perante o “rendilhado de necessidades”, os “mesmos ingredientes originam diferentes receitas”, o que quer dizer que a CLB oferece um conjunto variado de serviços nas áreas da funcionalidade, saúde, higiene pessoal e alojamento, de modo a que as pessoas se agrupem nos diferentes pisos/núcleos por diferentes níveis de (in) dependência (Anexo 7).

A CLB disponibiliza quartos individuais ou duplos com casa de banho adaptada privativa, equipados com mobiliário adaptado (cama articulada, campainha de chamada, gases medicinais, colchões de pressão alternada, entre outras) de modo a suprir necessidades de conforto, bem-estar e intencionalidade terapêutica. Cada piso divide-se em dois núcleos em que os quartos se dispõem em torno de salas de estar, de refeições e de terapias.

As soluções globais dividem-se em “Regime Residencial” e “Regime de Dia”. Cada regime tem para oferecer um serviço base, o “Módulo Conforto” e os “Módulos de Cuidados” com seis níveis diferentes de cuidados (definidos, durante o processo de avaliação geriátrica inicial, em função da matriz de independência do Anexo 7). O Módulo Conforto inclui todos os serviços de conforto hoteleiro (alojamento, lavagem de roupa, cabeleireiro, refeições diárias em regime de pensão completa). Os Módulos de Cuidados incluem todos os serviços⁹⁷ de intervenção pessoal oferecidos com níveis, especializações e intensidades diferentes, de acordo com os objectivos terapêuticos e os graus de independência⁹⁸ de cada cliente.

Qualquer cliente que tencione ingressar na CLB é submetido a uma Avaliação Geriátrica Integral (AGI), cujo procedimento envolve uma dinâmica de avaliação interdisciplinar, de forma a ser estabelecido um retrato abrangente e especializado das capacidades e limitações funcionais do cliente, ser identificado o nível de dependência⁹⁹ respectivo e estabelecidos objectivos e estratégias (periodicidade e intensidade) de intervenção, a constar no plano de cuidados. Este abarca as áreas de apoio pessoal, cuidados de enfermagem, apoio médico, medicação, apoio nutricional, apoio terapêutico, apoio social, ajuda técnica e cuidados de podologia. O plano individual de cuidados é sujeito a revisão nos períodos de reavaliação pré-estabelecidos ou sempre que ocorra alguma alteração do estado do cliente.

Dirigidos para as pessoas mais idosas, com algum grau de dependência, os objectivos terapêuticos dividem-se em duas perspectivas:

- Com perspectivas de reabilitação – para pessoas temporariamente dependentes em termos funcionais;
- Com perspectivas de manutenção e prevenção – para independentes, para parcial ou totalmente dependentes, em uma ou mais das suas funções, fisiológicas, psicológicas, sociais, ou cognitivas.

⁹⁷ AGI - Avaliação Geriátrica Integral, cuidados de apoio pessoal, terapias integradas, apoio de âmbito social, cuidados de enfermagem, apoio médico de medicina geral, apoio de nutrição, medicação e cuidados de podologia.

⁹⁸ De acordo com a “Matriz de Independência” do Anexo 7.

⁹⁹ Os níveis de dependência resultantes da AGI são: independentes, frágeis, dependentes, grandes dependentes, frágeis com demências, dependentes com demências, reabilitação pós AVC e reabilitação pós episódios orto-traumatológicos (anexo 7).

As pessoas independentes não são o mercado alvo, embora a CLB disponha de espaço próprio preparado e direccionado para as necessidades desse público.

Tendo em conta a constante preocupação com a individualização de cuidados, na CLB todos os serviços atingem um grau elevado de customização que se reflecte em vários aspectos como:

- Planos alimentares individuais definidos por nutricionista de acordo com a equipa multidisciplinar;
- Dietas específicas individualizadas mediante o conjunto de problemas de saúde de cada cliente;
- Planos de terapias individuais;
- Possibilidade de atender a pedidos especiais do cliente, desde que fique sempre salvaguardada a sua saúde e bem-estar.

Na análise da óptica de criação de valor da CLB a entrevistas foram codificadas de acordo, por um lado, com as variáveis preço, gama/abrangência, customização/especialização e imagem/comunicação e, por outro, de acordo com os resultados quer em entrega do serviço, quer de satisfação do cliente. As afirmações da Tabela 3 corroboram o exposto.

Tabela 3 – Óptica organizacional de criação de valor

<p>DUN – (...) Avaliação geriátrica à entrada por equipa multidisciplinar residente (...) Adequação da modularidade do espaço à diferenciação e segmentação das necessidades (...) Elaboração de planos de tratamento individuais com objectivos terapêuticos específicos (...) Promoção do bem-estar das pessoas ajustando os cuidados às necessidades específicas. A terapia numa visão integrada i.e. o bem-estar bio-psico-social do indivíduo. (...) Valorização da história de vida de cada cliente, preferências, gostos, hábitos. (...) Integração na comunidade (...) Promoção da relação com os familiares, até pela proximidade geográfica. Valorização da segurança por parte dos familiares (...) O encontro da solução para o seu problema concreto (...) individualização de cuidados (...) O cliente não vê o serviço de alimentação como externo, embora o pessoal tenha identificação pela farda. Identificam os serviços da limpeza como exteriores sem verem problema nisso, tal como acontece com o cabeleireiro e podologia. O serviço subcontratado mais importante para o cliente é o da alimentação e depois o da lavandaria (medo de extravios)</p>
<p>CE1 - O que distingue perante outras unidades que estão para abrir aqui no Porto é essencialmente a imagem e o preço – um serviço de hotel de 4 estrelas a um preço atraente (...) Uma coisa que diferencia esta unidade das outras é estar organizada por pisos segundo os níveis de dependência, o que permite segmentar as pessoas. É muito desagradável para uma pessoa independente fazer refeições ao lado de uma pessoa que tem de ser alimentada. (...) A modularidade do espaço permite que haja 8 espaços de refeição, dois por piso; permite fazer a separação dos serviços; permite ter três espaços lúdicos por piso dando uma qualidade de vida superior</p>

<p>ao cliente do que noutros sítios (...) e o que a família valoriza é o descanso, e do lado do utente é a inexistência da má conotação, muito portuguesa, da palavra “lar”. (...) Dão muita importância à alimentação, enquanto podem perdoar alguns lapsos de limpeza</p>
<p>AD - Haveria sempre uma componente de alojamento como ponto de partida para o desenvolvimento do serviço. O alojamento sobrepôs-se por uma questão de competências já existentes dentro do grupo Pestana e por acharmos que as necessidades passariam sempre por uma solução de alojamento. Depois percebeu-se que o mercado das pessoas idosas não é uniforme e existem enormes diferenças nas necessidades das pessoas e a distinção não era pela idade. (...) Todas as soluções a oferecer teriam de poder ser pagas pelas pessoas e pelos seus familiares. Existiu à partida um limite de preço a ser desmontado para definir o que poderia oferecer-se perante esse preço. (...) Oferecer a melhor qualidade em termos de produto ao melhor preço, ou o que as pessoas fossem capazes de pagar. (...) O ambiente hoteleiro é mais um título que gostamos de apresentar do que o que nos distingue. O que nos distingue é a abrangência e a enorme especialização e segmentação (soluções adequadas a pessoas dependentes, grandes dependentes, com demências e independentes). Se tenho abrangência tenho muitos clientes diferentes, se tenho especialização tenho que ter soluções no momento para cada cliente. (...) A nossa aposta e que nos distingue dos outros operadores é estar ao nível máximo da customização de cuidados geriátricos.</p>
<p>TCAP – Enquanto os lares têm apoio médico (ou apenas enfermeiro) esporádico (semanal ou mensal) nós temos apoio médico diário, enfermagem em 3 turnos, actividades lúdicas e áreas técnicas que integram um conjunto de serviços que não se encontram noutros sítios. Realmente são pessoas da classe média, média-alta que consegue suportar estes custos (...) (...) muita ênfase ao serviço ao cliente, ao bem-estar e isso não se encontra muitas vezes nos lares. (...) é um conceito inovador no mercado, não há nada similar na área metropolitana do Porto. (...) O serviço foi feito de raiz a pensar nas pessoas. (...) o limite mínimo de estadia é uma semana e não existe mais nenhuma restrição quanto ao tempo de estadia, mas temos também soluções de dia, sem estadia. As pessoas quando olham para a qualidade das infra-estruturas pensam que o preço é superior ao real e ficam depois agradadas por saberem que é menor. Comparando com o serviço concorrencial do grupo X a mesma pessoa, passou a pagar um terço do valor, com o mesmo grau de dependência (...) O cliente valoriza o poder chamar alguém durante a noite, o ambiente alegre, com muita luz, as actividades ao ar livre e os cuidados de saúde. Não valorizam tanto a componente hoteleira embora gostem da possibilidade de escolha do prato, que não é fixo, valorizam o conforto do serviço, a excelência da entrega, a educação. O cliente pergunta muito (mais as famílias) se as refeições são confeccionadas cá ou entregues por uma firma de <i>catering</i>. Açam que se for de <i>catering</i> a qualidade não vai ser boa. Eu digo que o chefe está cá permanente, não digo que é <i>outsourcing</i>. Também perguntam se a limpeza é feita por alguma firma de <i>outsourcing</i> e a equipa da limpeza está bem identificada e as pessoas não ficam agradadas, ficam desconfiadas.</p>

A óptica de criação de valor, ou proposta para o mercado apresentada pela CLB é resumida pelo entrevistado AD: “A nossa aposta e que nos distingue dos outros operadores é estar ao nível máximo da customização de cuidados geriátricos”.

6.4. O processo de decisão de *outsourcing*

O processo de decisão das actividades a externalizar foi analisado em três vertentes: (i) a dos motivos e condicionantes (internas e externas); (ii) a da selecção das actividades

propriamente dita e (iii) a da avaliação dos riscos associados à externalização de cada uma das actividades.

6.4.1. Motivos, condicionantes internas e externas

A recolha de dados foi orientada no sentido da procura de evidência sobre motivações (financeiras, tecnológicas, estratégicas e políticas e/ou institucionais) e sobre condicionantes (propensão ao risco, posição relativamente à concorrência, grau de inovação do negócio/sector, arquitectura do serviço/modularidade, cultura organizacional e o grau de formalização do conhecimento). Os *drivers* da decisão encontrados no caso CLB são os seguintes:

Quadro 12 - Drivers da decisão de externalizar na CLB

Motivações	Evidência
<ul style="list-style-type: none">• Financeiras	Restrições de custos (como factor secundário)
<ul style="list-style-type: none">• Tecnológicas	Procura de <i>expertise</i> , especialistas, complexidade da gestão logística de algumas actividades
<ul style="list-style-type: none">• Estratégicas	Flexibilidade, escassez de tempo, velocidade de colocação no mercado, focalização nas actividades <i>core</i> , aparecem como factores principais
<ul style="list-style-type: none">• Políticas/Institucionais	As parcerias não influenciaram a decisão
Condicionantes	Evidência
<ul style="list-style-type: none">• Propensão ao risco	Necessidade de mitigar riscos pelo <i>outsourcing</i> , embora não especificados
<ul style="list-style-type: none">• Posição relativamente à concorrência	Os modelos adoptados pela concorrência não influenciaram a decisão
<ul style="list-style-type: none">• Grau de inovação do negócio/sector	Relativamente à concorrência, a CLB assume-se como inovadora no modelo de cuidados geriátricos
<ul style="list-style-type: none">• Arquitectura do serviço/ Modularidade	A oferta de serviços estrutura-se por módulos e o espaço encontra-se adequado à mesma
<ul style="list-style-type: none">• Cultura organizacional	A figura que o cliente vê deve ser identificada, em regra, como “residente” CLB
<ul style="list-style-type: none">• Grau formalização conhecimento	A informalidade existente não obsta o registo e <i>reporting</i> . Existe evidência na formalização crescente ao nível da elaboração de manuais de procedimentos, ainda não implementados em todos os serviços, embora a comunicação interna seja mais verbal do que escrita; Cultura de <i>reporting</i> incipiente.

Fonte: Elaboração própria

A questão da focalização nas actividades que a organização “sabe fazer bem” a par da procura de especialistas que, rapidamente, dessem resposta de forma a não comprometerem o arranque da unidade foram, alegadamente, as razões primordiais que levaram a optar pelo *outsourcing* de actividades, tal como a Tabela 4 indicia.

Tabela 4 – Drivers da decisão de externalizar

<p>DUN -Internamente, a figura que o cliente vê tem de ser de um residente CLB, com a cultura, valores CL. (...) Para montarmos esses serviços precisávamos de uma outra estrutura, de tempo, e não teríamos as soluções. Entregamos a quem se julga saber fazer bem feito. (...) não investir em criação de competências no que não é directamente “o negócio”</p>
<p>CEI - Não somos especialistas em determinadas coisas e por isso vamos buscá-los para as fazer. (...) Começou por ser 100% <i>outsourcing</i> Na alimentação, optou-se pelo <i>outsourcing</i> por motivos de imperativos de diversidade e personalização das ementas, no sentido de maior customização.</p>
<p>AD – Internamente, precisamos de ter muita flexibilidade, a todos os níveis: na operacionalização do modelo de negócio, no edifício e em tudo o que fizermos. A flexibilidade é visível pela existência de apenas 2 níveis hierárquicos, que fazem diminuir o tempo de comunicação e aumentam a eficácia na distribuição do trabalho. A comunicação, para fluir nos dois sentidos implica grande informalidade que implica poucas hierarquias. As hierarquias fazem perder tempo, informação e criam castelos. (...) é preciso concentração, foco naquilo que queremos e sabemos fazer, que é entregar cuidados às pessoas. Tudo o que está ao lado, que são franjas, o que não é directamente cuidar da pessoa, tudo o que é suporte e que ajuda o negócio a funcionar, são distrações. (...) o custo aqui não foi um factor importante, foi claramente a focalização. Temos que nos concentrar no que queremos ser bons e não perder tempo no resto. (...), não queremos gerir essa logística complexíssima. (...) Pensamos internalizar mas não conseguimos chegar ao preço deles, onde o factor escala é importante para justificar o investimento nas máquinas.</p>

6.4.2. Selecção das actividades a externalizar

Os critérios de selecção de actividades a externalizar foram: o grau de especificidade, o grau de complexidade, o âmbito, a criticidade da actividade e a proximidade da actividade ao cliente externo, tal como descrito na revisão de literatura do capítulo 2.

As actividades seguiram a tipologia recomendada no capítulo 3 de “clínicas” e “não clínicas” para a colocação das questões aos entrevistados. No entanto, verificou-se que essa tipologia, embora presente, não influenciaria a decisão em termos de selecção das actividades sendo o principal critério a proximidade com o cliente.

Deste modo, na CLB, a regra de inclusão foi:” Tudo o que não for entregue directamente ao cliente é passível de ser externalizado.”

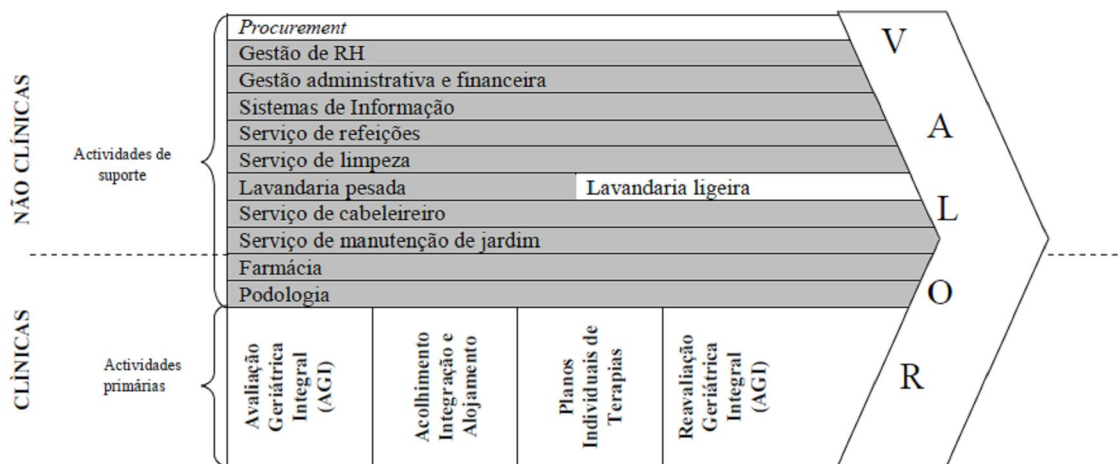
No que respeita aos critérios adoptados, foram seleccionadas as actividades:

- Menos específicas - no sentido em que pouca diferenciação da oferta não comprometeria a personalização dos serviços internos;
- Menos complexas - no sentido em que as especificações e requisitos do serviço pudessem ser ditados pela CLB;

- De âmbito alargado – no sentido em que a periodicidade da transacção deveria ter carácter de permanência;
- E de média criticidade – no sentido em que se externalizaram as actividades não *core* da CLB, e pelo facto menos críticas, tendo, no entanto, alguma criticidade pela grande visibilidade perante o cliente externo e grande peso dentro das operações do negócio (como é o caso do serviço de refeições, limpeza e de lavandaria).

Para além dos critérios constantes do guião da entrevista, dois entrevistados (CE1 e AD) referiram a importância do número e dimensão dos fornecedores existentes no mercado como condicionantes da opção de externalização, tipos de acordos e relação estabelecidos. Assim, as actividades em *outsourcing* destacam-se a sombreado na cadeia de valor da CLB representada na Figura 13:

Fig. 13 – Cadeia de valor da CLB



As citações seleccionadas constantes da Tabela 5 resumem a evidência recolhida quanto à selecção de actividades.

Tabela 5 – Selecção das actividades a externalizar

<p>DUN - Tudo o que não for entregue directamente ao cliente é externalizado salvo se não encontrarmos respostas (...)</p> <p>(...) Nem sempre foi um processo linear, como no caso da lavandaria onde não havia um fornecedor único a reunir os três tipos de necessidades, o que levou a criar um ponto interno de serviço devido à personalização do mesmo (...) A lavandaria foi revista e houve necessidade de internalizar uma parte devido à especificidade e dimensão de serviço ao cliente que atingimos e para a qual não há resposta externa.</p> <p>(...) Os SI, questões de software, estrutura (servidores alojados no exterior)</p> <p>(...) Contabilidade e serviços administrativos é <i>outsourcing</i></p>
<p>CEI – (...) o que era intrínseco ao negócio não pode ser externalizado. Os TAPs nunca seriam subcontratados. Depois analisou-se actividade por actividade.</p> <p>(...) Foram subcontratadas as menos críticas i.e. o que não se subcontratou foram as críticas, o que é <i>core</i> ao serviço. De resto, tudo, os SI, etc.</p> <p>(...) O que é <i>core</i> são os TAPs, os enfermeiros e médicos e tudo o que é contacto directo com o cliente</p>
<p>AD – (...) o que decidiu o que estaria fora ou dentro foi: - todos os serviços que são entregues directamente ao cliente são feitos por nós, por pessoas contratadas por nós, pertencentes à CL, que partilhem da nossa cultura e temos de ter essas competências internamente. Para cada produto separou-se o que era entrega directa ao cliente e o que não era. Para todo o resto olhamos como excelentes possibilidades de ser entregues fora. – Alimentação, limpeza, lavandaria, farmácia, podologia, cabeleireiro, a gestão administrativa (ao grupo Pestana que tem uma estrutura própria), SI (só somos proprietários dos postos de trabalho), RH etc.</p> <p>(...) As actividades mais críticas por terem maior visibilidade para o cliente e maior peso dentro das operações do negócio, são a alimentação, a limpeza e a lavandaria.</p> <p>(...) Para cada serviço tentamos perceber se no mercado existia fornecedores ou operadores capazes de resolver os nossos problemas e em número suficiente, não interessa que haja só um.</p> <p>(...) No caso das lavandarias havia poucos fornecedores e nenhum capaz dos 3 tipos de serviços.</p> <p>(...) O caso dos RH, vamos passar a internalizar a função que neste momento está subcontratada porque é algo que é suficientemente nuclear ao negócio. Precisamos de “um cuidador dos cuidadores” – o ponto-chave do negócio são as pessoas e por isso temos de tratar delas, formá-las e não podemos ficar só pelo processual. Precisamos ter um programa de formação individualizado para melhorar as competências. Precisamos de alguém interno atento aos problemas dos cuidadores que estão sujeitos a muitas pressões e não é uma estrutura tradicional de RH que vai dar resposta, nem externa.</p>

6.4.3. Avaliação dos riscos e benefícios associados à externalização

A avaliação dos riscos e benefícios resultantes da externalização das diferentes actividades não foi efectuada, na CLB, de uma forma antecipada e sistematizada, mas decorrente do desenvolvimento da relação com o prestador.

Houve, no entanto, *a priori* uma enumeração dos principais riscos, nomeadamente dos que se prendem com a saúde e bem-estar dos clientes que foi um dos pontos de partida para a elaboração dos cadernos de encargos (CE), de que existe evidência recolhida relativamente aos serviços de refeições e de limpeza.

De uma forma geral todos os entrevistados enumeraram vários riscos e benefícios resumidos no Quadro 13.

Quadro 13 – Riscos e benefícios do *outsourcing* na CLB

Riscos	Benefícios
Diferenças de cultura e valores	Acesso a <i>know-how</i> específico
Perda de controlo do fornecedor	Eliminação de stocks
Falhas de qualidade	Libertação de recursos
Insatisfação e reclamações	Aprendizagem com o fornecedor
Não cumprimento do contrato/CE	Partilha de responsabilidades
Riscos perda de competências críticas (saúde e segurança dos clientes)	Concentração de competências no core do negócio
Risco de dependência do fornecedor	Obtenção de flexibilidade

As citações resultantes deste âmbito de questões, relativamente consensuais entre os entrevistados, foram sobretudo complementares, como a Tabela 6 demonstra.

Tabela 6 – Avaliação dos riscos e benefícios associados às actividades

<p>DUN - A vantagem é aproveitar o <i>know-how</i> específico para uma área que não se domina; (...) São visíveis na alimentação – a gestão não é nossa mas sentimo-los parte da equipa, eles conhecem as preferências dos clientes (...) No caso da farmácia não existe constituição e gestão de stocks pela CLB, nem preparação das tomas; (...) A vantagem é a partilha de responsabilidades. Na alimentação é muito importante porque toda a vida do cliente gira em torno dela, é motivo de conversa de maldizer. (...) Possibilidade de formação dos TAPs ao nível das capitações e empratamento (quantidades e disposição) Desvantagens- por ex, na limpeza, o pessoal é muito mais visível e participativo do que gostaríamos (convivem com os clientes, dão opiniões), embora não autorizados a arrumar as gavetas dos clientes há sempre o risco de furtos, neste caso o serviço está muito relacionado com o índice de controlo de infecção; a desvantagem é a diferença de cultura e valores do pessoal de fora; há tanta coisa que pode correr mal – é metê-los na boca do lobo sem o nosso controle directo e depois há o risco de reclamações. (...) o caso da lavandaria foi reavaliado pela inexistência de resposta e a partir do momento em que há trabalho feito cá deixa de ser tão vantajoso. (...) Há riscos de que só nos apercebemos agora e a experiência é ainda muito curta. (...) Percorrendo área a área, a percepção mais concreta é do risco na alimentação: estamos a dar de comer a muita gente com algumas fragilidades, com uma resistência menor e com impacto directo na parte clínica. Há um risco elevado que nasce na debilidade do próprio cliente, na correcta elaboração do plano alimentar, na forma como é confeccionada, como é ministrada e como é cumprido o plano alimentar. Temos por ex, proibição de introdução de alimentos na unidade. Nos riscos a montante, a responsabilidade dos HACCP é deles. (...) No caso da limpeza há o risco de contaminação real, outros de falhas de planeamento (rupturas de produtos, falhas de equipamentos e procedimentos), e o não cumprimento do contrato. Apresentaram nova proposta desfasada das necessidades. Na limpeza temos o problema do absentismo. (...) Na limpeza, estamos hoje pior do que no início porque tivemos de dispor dos n/ enfermeiros para darem formação sobre controlo de infecções, procedimentos de higiene, etc.(...) e tem uma mentalidade muito longe do conceito de parceria, e não falamos a mesma linguagem(...) depende das pessoas e do empenho que põem na prestação. (...) Os riscos são maiores quanto mais tempo houver de convivência do prestador com o nosso cliente. (...) a arquitectura informática limita os riscos de dependência do fornecedor.</p>
<p>CE1 - Não houve uma ponderação <i>a priori</i> de riscos e benefícios. Partiu-se do princípio que o que não era core ao negócio teria de vir do exterior. (...) Acho que os riscos não existem se forem acompanhados. (...) Na limpeza, aqui na CL foram definidos 4 níveis e zonas de risco mas não está a ser seguido,</p>

<p>embora tivessem sido validados pela empresa fornecedora. Existe sempre o risco de infecção. (...) Na alimentação o risco é menos objectivo do que na farmácia – imagine-se uma troca de medicamentos.</p>
<p>AD – Nas vantagens, a obtenção de flexibilidade e eliminação de distrações Nos riscos, - Temos de ter um equilíbrio. Não podemos gastar mais tempo depois a gerir o que não foi gerido e deixarmos de entregar devidamente o serviço ao cliente. (...) Na alimentação seria um grande risco se não houvesse à partida um número grande de operadores capazes a concorrerem. Avaliamos de trás para a frente cada uma das funções para ver se havia necessidade de gerir internamente. Na alimentação, solução mais carismática e mais complexa, havia um risco grande de insatisfação do cliente, mas seriam apenas responsáveis pela produção, a entrega do serviço ao cliente não, somos nós. (...) O risco do “casar” a forma de funcionamento de um estranho com a nossa foi tentado evitar com o facto de nos pormos no papel deles e não deixarmos ao critério do fornecedor dizer como queria trabalhar – demos todas as instruções para eliminar o risco das coisas correrem mal existirem surpresas. E quando não o fizemos correu logo mal, que foi o caso das limpezas. (...) O mercado da limpeza é um mercado pirata, e vão buscar gente a quem pagam mal sem competências e não lhes dão formação. O risco está nas pessoas que estão por detrás nas empresas – prometeram formação mas o que dizem não é o que fazem. (...) Na limpeza temos um risco de infecção superior a um hotel mas inferior a um hospital (...) Na lavandaria preferimos internalizar uma parte para não correr o risco da insatisfação e reclamações do cliente</p>

Apesar do amplo leque de actividades externalizadas, os riscos enumerados pelos entrevistados referiram-se recorrentemente às actividades de alimentação, limpeza e farmácia dizendo, principalmente, respeito à satisfação (saúde e bem-estar) dos clientes externos.

6.5. O processo de selecção de fornecedores e negociação de contratos

O processo de selecção de fornecedores resultou de um processo prévio sequencial de *procurement* no qual o *sourcing* nacional de prestadores seguiu os critérios de dimensão/estrutura (a preferência pelos candidatos de grandes dimensões de modo a acompanhar a estratégia nacional de crescimento da CL), idade (estarem no mercado há “algum tempo”) e número de oferta (de modo a permitir substituições e reduzir a dependência do fornecedor).

O “concurso” foi feito em duas fases, uma não vinculativa em que foi pedido um “parecer” do candidato sobre a forma de actuação perante os *inputs* pretendidos para cada actividade de modo a avaliar a sensibilidade do potencial fornecedor ao tipo de serviços da CLB.

Todos os candidatos passaram a uma 2ª fase de elaboração de propostas perante um caderno de encargos (CE) elaborado pela CLB.

Foram analisados em pormenor os CE respeitantes aos serviços de limpeza e alimentação (Anexo 6) por serem os mais estruturados quando comparados com os demais. Seguindo ambos uma estrutura similar, adaptada às diferentes realidades de cada serviço, da análise efectuada ressalta o facto de ambos os CE incidirem mais em especificações de *input* e de processo tais como:

- Especificações técnicas dos materiais a utilizar;
- Especificações de preço e quantidade dos recursos (humanos, equipamentos e materiais) e respectiva variação em função da variação da taxa de ocupação;
- Especificações ténues sobre o nível de competências técnicas do pessoal (existentes apenas para o cozinheiro chefe);
- Especificações de serviço – (i) na alimentação, em termos de cumprimento das captações¹⁰⁰, tipos de dieta, fichas técnicas de confecção, prazos de pedidos de refeições; (ii) na limpeza, em termos de procedimentos de limpeza (PL) e periodicidade de acordo com os diferentes níveis de risco de contaminação atribuído a cada local a limpar.

No que respeita a especificações de *output*, existe uma menção, nos CE, apenas no que respeita a alguns resultados de limpeza esperados (não se encontrou evidência nas restantes actividades) embora de carácter ambíguo e não traduzidos em objectivos mensuráveis. Não existe, contudo, menção nos CE quanto ao sistema de monitorização a adoptar em cada serviço, à excepção do disposto por lei, no caso da alimentação, no que se refere à obrigatoriedade de cumprimento das normas HACCP, sem no entanto estipular a obrigatoriedade e frequência da partilha dos resultados dessas auditorias.

6.5.1. Definição de níveis de serviço e pedidos de propostas

Reunidos todos os possíveis candidatos foram enviados pedidos¹⁰¹ de propostas sublinhando o envio de detalhe sobre qualidade e preços das matérias-primas (MP), quantidade, custo e categorias profissionais da mão-de-obra (MO) e custos

¹⁰⁰ Quantidades de cada alimento por dose.

¹⁰¹ RFP – Request for proposals.

administrativos afectos ao projecto. Foram também pedidas indicações sobre certificações de qualidade tendo, alegadamente, apenas como fim a avaliação do grau de sistematização de procedimentos e não como garante da efectiva qualidade da prestação.

Na avaliação das propostas para além dos critérios de dimensão, quota de mercado, certificação de qualidade e reputação, o factor preço não foi o decisivo, na maioria dos casos, com a excepção das propostas de serviços de limpeza, segundo o entrevistado CE1.

Na selecção do fornecedor foram também tidos em conta factores mais subjectivos como a “empatia” e forma de estar do fornecedor.

As citações da Tabela 7 ilustram o exposto:

Tabela 7 – Selecção de fornecedores e pedidos de propostas

<p>DUN – (...) no caso da lavandaria contou muito a oferta de mercado que era parca e para além disso não havia um <i>player</i> que conseguisse reunir todos os serviços necessários, o que nos levou a ajustes.</p> <p>(...) Quase em todos os casos a fase final foi de escolha entre dois candidatos.</p> <p>(...) Foi tida a conta a dimensão do fornecedor e futuro crescimento da CL a nível nacional.</p> <p>(...) Nos SI de 3 operadores contactados, 2 avançaram com o desenvolvimento da proposta e isso foi remunerado e depois seleccionou-se um.</p> <p>(...) Na limpeza havia uma garantia cruzada pelo facto de pertencerem ao mesmo grupo do da alimentação, mas na prática não se verificou – a gestão e linguagem e mentalidade é muito diferente.</p>
<p>CE1-Na alimentação, pedimos o mesmo a todos – o processo foi dividido em 3 componentes de custos – pedimos detalhe sobre as MP, MO e custos administrativos. Perguntamos ”neste negócio digam quanto querem ganhar” e nessa parcela estava o lucro e os custos administrativos de manter o processo, e essa parcela foi fixa, independente da taxa de ocupação, depois é que compusemos o nº de pessoas conforme os patamares de ocupação, sabendo quanto cada uma iria ganhar e até pedindo para duplicar, no caso do cozinheiro.</p> <p>(...) Um dos candidatos recusou-se a fornecer os preços por itens e ficou de fora.</p> <p>(...) Todos tinham certificação de qualidade embora este não fosse o factor decisivo. À partida, por lei todos teriam implementado o controlo HACCP.</p> <p>(...) A empresa de limpeza tinha certificação e não se veio a notar.</p> <p>(...) No caso da limpeza foi escolhida a oferta mais barata. Houve cuidado, no entanto, na elaboração do caderno de encargos em que teriam de especificar os materiais, o equipamento a utilizar e os procedimentos de limpeza. Está na “cabeça” da CL que todos os fornecedores de limpeza são iguais e por isso trocas de fornecedor não é solução e com todos o que se fez, foi tentar controlar a equipa e fazer um esforço dos dois lados para ir melhorando.</p>
<p>AD –(...) procurou-se vários operadores no mercado capazes de suprir as nossas necessidades para que se não ficarmos satisfeitos poderemos mudar.</p> <p>(...) tinham de ter uma certa estrutura, estar no mercado há algum tempo.</p> <p>(...) os que melhor responderam ao nosso programa, e estariam habilitados a dar melhor resposta.</p> <p>(...) fizemos o concurso em duas fases: uma em que pedimos a todos – “digam o que pensam sobre isto: - queremos trabalhar desta forma, queremos ter estes inputs vossos e dê-nos o v/ parecer, para além dos preços. A 1ª abordagem foi não vinculativa e todos estariam na 2ª, mas o que permitiu foi avaliar a sensibilidade aos nossos objectivos e colher informação útil para podermos reformular as propostas.</p> <p>(...) contaram aspectos subjectivos como a química entre as pessoas, a empatia, a forma como se posicionam, as suas pessoas, e a sua cultura.</p>

(...) na alimentação, o escolhido teria de ter a possibilidade e a competência de produzir e entregar refeições prontas
(...) Na alimentação, o factor qualidade da comida foi fundamental, não era uma questão de preço, mas se o terceiro o faria melhor que nós.
(...) Quanto à qualidade, as certificações são uma falácia, embora se valorizem por sabermos que existem documentos de controlo, não garantem nada.
TCAP- tanto a farmácia como a alimentação foram pensadas ao pormenor (...)

6.5.2. Tipos de relação contratual estabelecida

O tipo de relação contratual estabelecida foi analisado segundo a duração, o tipo de cláusulas, o nível de confiança estabelecido e o comprometimento com resultados. Todos os contratos estão, em regra, elaborados para duração de um ano. Os contratos analisados podem ser considerados clássicos, com uma estrutura-tipo composta pelos elementos: pressupostos, âmbito, preço e pagamento, obrigações das partes, cláusulas respeitantes ao pessoal do prestador, controlo e avaliação, regras aplicáveis, confidencialidade, vigência e rescisão, comunicação entre as partes e arbitragem prevista em caso de litígio.

Quanto ao nível de confiança, em termos contratuais, a CLB não incluiu especificações sobre as medidas que podem ser tomadas pelo contratador no caso de falha de fornecimento como por exemplo: créditos por níveis de serviços, medidas de correcção de falha, caracterização das falhas que possam originar desde a reclamação à cessação do contrato, medidas de reembolso, etc.

Este aspecto não pode ser dissociado do comprometimento com resultados, remetendo para a necessidade de vinculação ao disposto no CE, ao que os contratos analisados fazem menção.

A Tabela 8 reúne um conjunto de citações que ilustram os tipos de relação estabelecida.

Tabela 8 – Tipos de relação estabelecida

<p>DUN - Na alimentação, pagamos um <i>fee</i> de gestão, asseguramos cada parcela de custos (MO, MP e Administrativos) e a margem de lucro. A relação iniciou-se muito antes da adjudicação e houve intervenção activa deles na montagem da cozinha, distribuição do espaço e definição dos fluxos. Envolvermos o fornecedor no desenvolvimento do serviço de raiz, a definir os <i>lay-outs</i> conosco, a desenvolver as ementas.</p> <p>(...) No da limpeza, embora sendo uma empresa do mesmo grupo, não demonstraram a mesma motivação e o tipo de serviço que é, estou convencida que qualquer que fosse o fornecedor existe sempre o espírito de tentar poupar nos produtos, apesar de o contrato permitir excepções ao pacote negociado que inclui os produtos; propuseram-se a dar formação ao pessoal no local, o que não se verificou, cabendo a nós darmos formação sobre o controle de infecções, para além de disponibilizarmos material como luvas de látex; não estão definidos os tempos nem alocadas as pessoas aos serviços e ninguém é responsabilizado,</p> <p>(...) na farmácia, o serviço é de deslocação diária à CLB para colocação das uni doses nos doseadores de cada carrinho de cada piso segundo o receituário de cada doente</p>
<p>CEI- Na alimentação (...), de acordo com as indicações deles montamos a cozinha.</p> <p>Na limpeza tentou-se montar um esquema de parceria semelhante mas ou eles não sabem formar equipa, e aqui é importante o papel do encarregado que deve estar sempre presente, como por outro lado é 1 área muito competitiva onde há grande controlo de custos.</p> <p>(...) Só houve complementação das propostas da CL (RFP) pelo fornecedor no caso da alimentação porque iria fazer-se a cozinha cá. Na limpeza, a proposta de serviço partiu da CL, embora os equipamentos fossem validados pelas duas partes, mas não ficou tão claro como no caso da alimentação</p> <p>(...) Na limpeza apresentaram um documento bastante desconexo</p> <p>(...) Eles ganham dinheiro no absentismo porque o serviço é pago à mesma.</p> <p>(...) na alimentação tentou-se negociar de forma transparente, sem estar a espremer. Partimos do princípio que tem de ser vantajoso para os dois lados, o fornecedor ganhar dinheiro e estar confortável com isso. Temos de ter os meios para actuar na qualidade do produto final, ter uma intervenção na maneira de fazer e na eficiência do serviço (listagem de matérias primas, duplicação do salário do cozinheiro i.e. – um que seja melhor e mais bem pago); Podemos enriquecer as dietas e fazer ajustamentos – está previsto. Temos também que validar a escolha de cada funcionário deles (isto + válido para a limpeza também que é outro serviço com pessoal externo aqui a funcionar)</p> <p>(...) com a farmácia acordou-se a vinda diária à CLB do farmacêutico para preparação das uni doses, o que implica maior responsabilidade do fornecedor até na gestão de stocks</p>
<p>AD – (...) procurou-se seleccionar não só para este período específico mas que tenha capacidade e dimensão para nos acompanhar na nossa evolução global, em termos de cobertura nacional. É muito mais fácil trabalhar com uma entidade do que com 3 ou 4.</p> <p>(...) Os contratos deveriam ser feitos de forma que lhes desse grande flexibilidade a ambas as partes e que todos estivessem satisfeitos. Assim, na alimentação, separamos as coisas: -qual é o vosso lucro- está garantido; quais os vossos custos fixos – estão garantidos. Depois de negociado não pensamos mais nisso. Passamos a definir a qualidade e preço da MO – duplicamos o salário do chefe porque queríamos qualidade. Depois revimos os preços das MP para estarmos à vontade para melhorar ementas</p> <p>(...) Na limpeza negociamos por preço sem nos apercebermos do que estava por trás. Apesar de efectuarmos um caderno de encargos muito completo, quando chegamos ao contrato com a limpeza percebíamos muito menos de limpeza do que de alimentação.</p> <p>(...) No caso da limpeza temos de o transformar no modelo que usamos na alimentação. Não podemos fazer subcontratos típicos de negociar apenas com um preço e inclui tudo no mesmo pacote. Temos de acautelar a possibilidade de intervir melhor no dia-a-dia. Devíamos ter usado o modelo da alimentação: - custos de gestão com lucro assegurado, de parte e depois pensar que pessoas vamos ter a fazer o serviço e não fazer cálculos em função dos m2 ou compartimentos.</p>

Os pedidos de proposta partiram de uma base de transparência, com uma discriminação clara aceite dos custos administrativos, de mão-de-obra e de matérias-primas, de forma a, por um lado acordar um valor de margem justa para o prestador e por outro, assumir as várias parcelas de custos indexando-as à taxa de ocupação.

No serviço de refeições este modelo permite à CLB garantir o nível de qualidade de MP, mas exige o seu envolvimento quer a nível de elaboração de ementas como em controlo de inventário. Implica ainda um envolvimento nos ajustes da equipa, tendo em conta os custos salariais e as competências pretendidas, só possíveis de avaliar após a real percepção das vicissitudes do serviço.

Se na alimentação o detalhe foi negociado e continuamente ajustado, o mesmo não ocorreu com o serviço de limpeza. Foi seleccionado o candidato que apresentava o menor custo.

6.6. Análise do risco e monitorização das actividades

Foram identificados os momentos e actores (internos e externos à CLB) de monitorização para cada actividade em *outsourcing* em vários momentos de tempo (de Abril a Agosto de 2008) de modo a tentar criar um historial de processos de monitorização que seguisse o “Modelo para estabelecimento da monitorização da *performance* em serviços contratados”¹⁰². Assim, e relativamente às possibilidades/vias de monitorização, os serviços em *outsourcing* foram analisados de acordo com:

- a) Especificações do contrato
- b) Monitorização da *performance* pelo contratador
- c) Eficiência do contratado
- d) Avaliação do serviço pelo cliente final
- e) Alinhamento da entrega e dos resultados
- f) Responsabilização pelos resultados

Os resultados encontrados para algumas¹⁰³ actividades em *outsourcing* resumem-se no Quadro 14.

¹⁰² Descrito no ponto 4.2.2 desta dissertação.

¹⁰³ Foram apenas consideradas, nesta análise, as actividades cuja prestação tivesse carácter permanente, diário, de modo a poder reunir o maior número de observações possível.

Quadro 14 – Modelo para estabelecimento da monitorização da performance das actividades (limpeza, refeições, lavandaria e farmácia) em outsourcing

Actividades				
Vias	Limpeza	Refeições	Lavandaria ¹⁰⁴	Farmácia
a)	Especificações de input, poucas de output. Não especificação de inspeções e auditorias. Prevista a figura de “encarregado”. Entrega de comprovativo de certificação pelo contratado	Especificações de input e output. Não mencionada a frequência das auditorias, nem obrigatoriedade de entrega dos relatórios das auditorias HACCP.	Especificações de output e registos documentais de desvios diários. Imputação de responsabilidades Entrega de comprovativo de certificação pelo contratado	Especificações de input e output
b)	<i>Check list</i> inexistente por parte do prestador, implementado pelo contratador; Inexistência de auditores externos. Supervisão interna do contratador sem plano de monitorização	Supervisão interna do contratado sem plano de monitorização	Supervisão interna do contratador sem plano de monitorização	Monitorização pela equipa interna de enfermagem
c)	Certificação de qualidade apresentada	Certificação de qualidade apresentada	Certificação de qualidade apresentada	Certificação de qualidade apresentada
d)	O cliente final identifica a má prestação como sendo do prestador	O cliente final identifica a má prestação como sendo do contratador	O cliente final identifica a má prestação como sendo do contratador	O cliente final identifica a má prestação como sendo do contratador
e)	Serviço genericamente ineficiente e ineficaz	Serviço com oscilações de ineficiência e eficácia	Serviço genericamente eficiente, raramente eficaz	Serviço genericamente eficiente e eficaz
f)	Serviço em reavaliação e redefinição	Serviço em reavaliação e redefinição	Serviço em fidelização	Serviço em fidelização

Fonte: Elaboração própria

No que respeita ao serviço de farmácia, a evidência (Anexo 9) encontrada denota a existência de monitorização por parte do prestador como resultado de acções decorrentes do processo de certificação de qualidade que a empresa atravessa. Da parte do contratador, a equipa de enfermagem é o principal agente monitorizador.

De acordo com o entrevistado DUN, este serviço oferece fiabilidade, não tendo sido registado erros nas principais vertentes do serviço:

- Gestão de stock individual dos pacientes;
- Gestão de obsoletos;
- Acompanhamento dos planos de tratamento individuais;

¹⁰⁴ O serviço de lavandaria pode subdividir-se em três: (i) tratamento de roupa dos clientes, (ii) tratamento de roupa de cama e banho e (iii) tratamento de roupa de mesa, dos quais apenas os dois últimos são totalmente externalizados. O serviço de roupa de clientes, só em casos muito específicos, como a limpeza a seco, é dado a entidades externas.

-preparação da unidades e organização das tomadas.

Os resultados encontrados demonstram uma inexistência de monitorização efectiva das actividades de limpeza e refeições e, ao mesmo tempo, e segundo os entrevistados, uma necessidade crescente de implementação de um plano de monitorização para cada actividade, não apenas para avaliar a *performance* do prestador, mas sobretudo para balizar riscos.

A evidência recolhida durante os quatro meses de observação directa, posta em confronto com a documentação analisada (CE), indica uma necessidade de ajuste dos CE à realidade. De facto, após verificação dos fluxos reais pós arranque do serviço, foram encontrados, quer por via de falhas recorrentes, quer por estrangulamentos aos processos, desfasamentos entre o acordado e o realizado nas áreas de alimentação e limpeza.

Estes desfasamentos incitaram a um processo de ajuste de especificações de *input* e de estudo dos processos em prol da melhor optimização dos recursos e melhoria dos tempos e qualidade do serviço. O resultado dos ajustes será um novo dimensionamento da equipa, uma adequação maior das pessoas às tarefas, um novo *lay out*, uma agenda melhor definida, um apuro de custos diferente e conseqüente, algumas alterações ao contrato e uma clara necessidade de monitorização.

A monitorização das actividades em *outsourcing* na CLB, segundo os entrevistados, é descrita na Tabela 9.

Tabela 9 – Monitorização das actividades

<p>DUN - (...) A farmácia gere um stock virtual em que sabe quando terá de repor para cada paciente e o faz. Tem funcionado bem.</p> <p>(...) o modelo de limpeza tem de ser revisto, vamos ter de voltar ao planeamento e depois controlo. (...) Temos de definir os processos conjuntamente; não vou poder esperar por outra proposta e faz falta criar um sistema de monitorização que funcione</p>
<p>CE1 – (...) com a farmácia acordou-se a vinda diária à CLB do farmacêutico para preparação das unidades, o que implica maior responsabilidade do fornecedor até na gestão de stocks</p> <p>(...) Os riscos são balizados pela monitorização, pelo acompanhamento e controle.</p> <p>(...) no caso da alimentação vão haver auditorias internas do fornecedor, a que já estão habituados, temos já a opinião dos clientes, o nosso pessoal está também a fazer refeições cá e a ter opinião.</p> <p>(...) no caso da limpeza, não sei como é que vai ser feito. Existem formas científicas de avaliar a prestação do serviço, a forma como limpam e propus à Administração. Neste momento não está</p>

implementado, mas terá de ser feito, mais tarde ou mais cedo. Normalmente é um processo por amostragem e a auditoria é feita de acordo com uma metodologia que identifica um índice de qualidade de serviços que permita fazer ajustamentos a nível de preço.
AD - (...) temos vindo a afinar conjuntamente (...) Não gosto de monitorizar no sentido de um controle serrado mas sim criar condições para que as coisas sejam bem-feitas à 1ª. Tem de haver um empenho em fazer bem e a necessidade de controlo fica logo mais reduzida. (...) Controlar por amostragem, e não estar a policiar, isso mostraria a ineficiência do processo e tem custos adicionais que não se justificam. (...) As coisas não são estáticas, tem de haver um claro empenho em melhoria contínua. Se houver esta procura estaremos sempre a reduzir possibilidades de falhar. O controlo tem de existir, mas não pela abordagem tradicional feita pelos sistemas de qualidade que é um controle pesado e permanente sobre as situações com custos elevadíssimos e poucos resultados práticos. (...) O controlo deve ser feito por figuras externas, alguém que não está envolvido, por quem faz o serviço deve ser o seu primeiro controlador. (...) Não lhes chamo auditores mas controladores – e ainda não conseguimos criar, é o 2º passo – criar indicadores de conformidade para, por amostragem, podermos medir a qualidade dos serviços em <i>outsourcing</i> . A figura do DUN e Directores de Unidade de Produto são os principais “controladores” internos porque estão a gerir e gerir é controlar e monitorizar. (...) Não quero auditores externos a não ser que seja obrigado a tê-los.
TCAP - por ser fase de arranque existem reclamações, não dos clientes, mas da nossa parte com os serviços de limpeza (...) neste momento é mais a DUN que está a monitorizar. (...) mas é importante estar sempre alguém a acompanhar porque por ex nas refeições e limpeza, se algo corre mal é logo valorizado.

Das actividades de prestação diária analisadas, as que têm maiores indícios de insatisfação com os resultados da prestação são as dos serviços de limpeza e de refeições. Sendo as que o cliente final mais valoriza, porquanto as consideradas mais críticas das actividades de suporte, foram analisadas as falhas segundo o instrumento de gestão de risco FMEA, de modo a criar um ponto de partida para a elaboração de um plano de monitorização.

6.6.1. FMEA para o serviço de limpeza

A prestação do serviço de limpeza nunca (segundo os entrevistados) satisfaz o contratador, tendo a CLB necessidade de, constantemente, “chamar a atenção” do fornecedor e pedir a resolução de problemas diários. A resposta não tem vindo a ser satisfatória, quer da parte técnica e dos responsáveis da área da qualidade da empresa, quer pela comercial, com necessidade de reformulação da proposta.

Foram detectadas falhas na prestação do serviço de limpeza desde o início da relação, reportadas sempre ao supervisor externo. O supervisor revelou ser uma figura ausente,

desconhecedor dos procedimentos, a quem o pessoal recorre para reportar falhas de pessoal ou de material, após estas ocorrerem.

O descontentamento da CLB com este prestador deriva, segundo os entrevistados, da falta de transparência denotada na gestão dos recursos afectos, na falta de formação e organização do trabalho.

As falhas enumeradas pelos entrevistados foram confirmadas e completadas pela observação directa, quer dos turnos de dia como dos da noite, confrontadas com os requisitos constantes do CE, e categorizadas no diagrama apresentado na Figura 14.

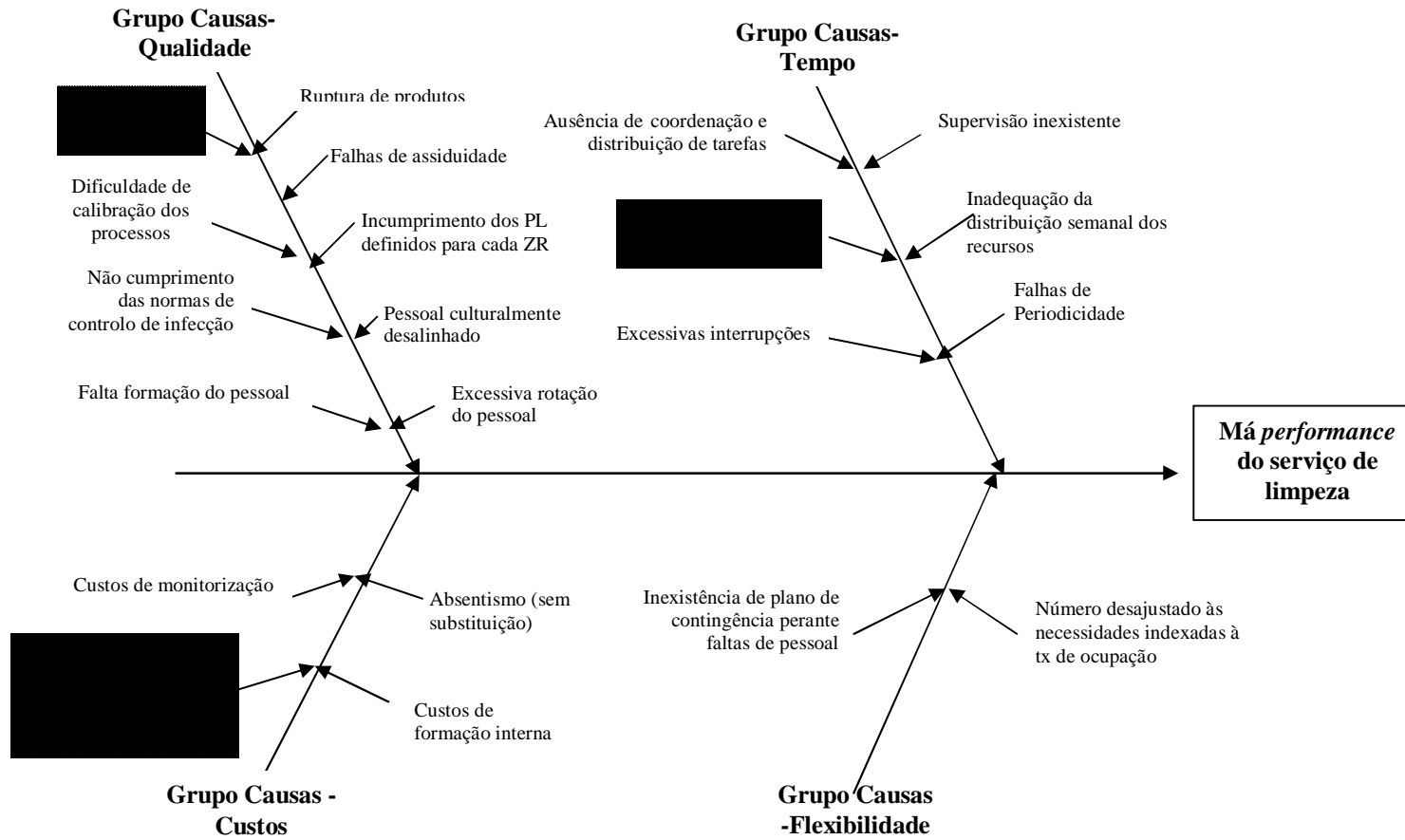
O diagnóstico de falhas¹⁰⁵ seguiu a lógica da análise do nível de risco associado a cada procedimento de limpeza (PL) descrito no CE, uma vez que na unidade CLB os quatro níveis de risco de contaminação (de zero a 3, o máximo risco) se encontram bem definidos, estando a cada espaço atribuído um nível de risco. A cada nível de risco, por sua vez, correspondem os adequados PL constantes no CE e na proposta do prestador.

Assim, em cada PL procurou-se identificar os modos potenciais de falha, os respectivos efeitos, as causas e os mecanismos actuais de controlo. Garantiu-se, para cada serviço, que a grelha de ponderação utilizada fosse produto de sessões de trabalho com uma equipa multidisciplinar interna à CLB, de modo que foi a própria organização que determinou os diferentes níveis de aceitação nos diferentes factores: probabilidade de detecção, probabilidade de ocorrência e grau de severidade de ocorrência.

Na atribuição da ponderação a cada falha teve-se em conta valores e resultados realistas de referência.

¹⁰⁵ Segundo a metodologia de elaboração de FMEA descrita no ponto 4.3.2 desta dissertação.

Fig.14 - Diagrama causa-efeito de falhas no serviço de limpeza



As falhas encontradas encontram-se sistematizadas numa tabela FMEA (Tabela 10). Os RPN¹⁰⁶ encontrados revelam uma necessidade de actuação que não passará apenas pela implementação de um sistema de monitorização. No entanto, no que se refere à monitorização a implementar, a hierarquização dos RPN não determina por si só a frequência da monitorização a efectuar, sendo esta também dependente da periodicidade das prestações definidas no CE.

A falha com maior grau de risco (RPN) é a não execução do PL03, cuja gravidade está associada à potenciação da transmissão de microrganismos. O sistema de troca de mopas, não cumprido pelo prestador, faz parte do CE por ser, na área da saúde, o mais indicado não só para evitar as contaminações entre divisões, como por possibilitar uma maior higienização dos matérias quando comparado com outros sistemas de limpeza, para além de outras vantagens de menor gasto de água, pessoal afecto e tempo.

No mesmo âmbito de risco encontram-se as falhas na forma como são efectuadas as desinfecções, seguindo-se às anteriores no grau de risco.

A CLB tem vindo a tentar colmatar a falta de formação do pessoal externo¹⁰⁷ (prevista na proposta mas nunca cumprida pelo contratado) com acções de formação interna, nomeadamente sobre regras de controlo de infecções que vão desde os procedimentos básicos de higiene pessoal à forma de limpar e desinfectar.

As restantes falhas, embora com menores RPN possuem graus de risco bem acima dos 70 RPN, o que é revelador da má *performance* da empresa prestadora dos serviços de limpeza, tal como apresenta a Tabela 10¹⁰⁸:

¹⁰⁶ *Risk priority numbers.*

¹⁰⁷ De acordo com a proposta do contratado, a “Formação é contínua e será ministrada pela Encarregada ao serviço”. A periodicidade das acções, exceptuando as diárias, no local de trabalho, seria, de acordo com a proposta, semanal durante os dois primeiros meses, quinzenais, durante os oito meses seguintes e mensais, dos oito aos doze meses de contrato, sendo a carga horária afectada a cada módulo de 2 h.

¹⁰⁸ DUP – abreviatura de director de unidade de produto; TAC – abreviatura de técnico de apoio comercial; TAP – abreviatura de técnico de apoio pessoal; ENF – abreviatura de enfermeiro; TP – abreviatura de terapeuta; ATP – técnica com recurso a adenosina trifosfato.

Tabela 10 – FMEA para o serviço de limpeza

PROCESSO CHAVE	AVALIAÇÃO E PRIORIZAÇÃO DOS RISCOS								Acções e Resultados – PLANO DE MONITORIZAÇÃO						
	Potencial Modo de Falha	Causa Potencial da Falha	O*	Efeito Potencial da Falha	S*	Método de Detecção Corrente	D*	RPN	Acções para reduzir RPN/	Responsável pela Monitorização	Periodicidade	O'	S'	D'	RPN'
PL01 – Franjar Húmido de Pavimentos	Não colocação do aviso “pavimento escorregadio”	Incumprimento de Qualidade (CE) (formação e supervisão)	8	Quedas	6	TAP DUP e TAC, ENF. TP (de forma aleatória)	2	96	Formação no local da prestação; Controlo por monitorização	Supervisor / encarregado	2 vezes/dia	4	2	2	16
PL02 – Lavagem húmida de pavimentos com têxteis pré-humidificados, limpeza de um passo	Má higienização dos têxteis	Incumprimento de Qualidade (CE) (formação e supervisão)	7	Mau resultado – manchas, sujidade, etc	8	TAP DUP TAC DU (de forma aleatória)	6	336	Formação; Controlo por monitorização	Supervisor / encarregado	1 vez/dia	3	3	4	36
PL03 – Lavagem pavimento de dois passos (mopas horizontais e troca de mopas)	Não execução do PL	Falta de formação e material necessário	10	Potenciação da transmissão de microorganismos	9	DUP, TAP e ENFs (de forma aleatória)	9	810	Formação e implementação do PL03	Supervisor / encarregado	3 vezes/dia	3	4	3	36
PL04 – Lavagem pavimento de dois passos (com sist. balde duplo)	Não cumprimento das normas de controlo de infecção	Incumprimento Qualidade (CE) (formação e supervisão)	9	Transmissão de microorganismos	9	DUP, TAP e ENF (de forma aleatória)	5	405	Formação no local da prestação. Controlo por monitorização com ATP	Supervisor / encarregado	3 vezes/dia	4	7	3	84
PL05 – Varrer manual	Inadequação do PL ao local	Coordenação e falta de formação	6	Propagação de poeiras e microorganismos	7	DUP, TAP e ENF (de forma aleatória)	4	168	Distribuição do trabalho e dos materiais; Formação no local da prestação; Controlo por monitorização	Supervisor / encarregado	2 vezes/dia	3	3	1	9

Monitorização da performance de actividades em outsourcing – o caso Carlton Life

PROCESSO CHAVE	AVALIAÇÃO E PRIORIZAÇÃO DOS RISCOS								Acções e Resultados – PLANO DE MONITORIZAÇÃO						
	Sub- Processos	Potencial Modo de Falha	Causa Potencial da Falha	O*	Efeito Potencial da Falha	S*	Método de Detecção Corrente	D*	RPN	Acções para reduzir RPN/	Responsável pela Monitorização	Periodicidade	O'	S'	D'
PL07 -. Polimento mecânico com aspiração	Não execução do PL	Falta de formação e material necessário	4	Mau resultado de limpeza	5	DUP, TAP e ENF (de forma aleatória)	6	120	Formação e implementação e monitorização do procedimento	Supervisor / encarregado	1 vez /semana	3	3	4	36
PL08 – Spray-Cleaner	Não execução do PL	Falta de formação e material necessário	8	Mau resultado de limpeza	5	DUP, TAP e ENF (de forma aleatória)	6	240	Formação e implementação e monitorização do procedimento	Supervisor / encarregado	1 vez /semana	3	3	4	36
PL09 – Aspirar (re.sólidos) superfícies têxteis e não têxteis	Falhas de periodicidade	Inexistência de Agenda e distribuição de tarefas	6	Desenvolvimento de ácaros. Um resultado de limpeza	8	DUP, TAP e ENF (de forma aleatória)	6	288	Implementação de agenda e distribuição de tarefas	Supervisor / encarregado	3 vezes /semana	4	3	3	36
PL12 – Limpeza húmida de superfícies com panos coloridos	Uso do mesmo pano, da mesma cor, em vários compartimentos	Falta de formação e material necessário	6	Contaminação	9	Inexistente	8	432	Formação no local de trabalho, uso de panos de microfibra e monitorização com ATP	Supervisor / encarregado	3 Vezes/dia	4	3	7	84
PL14 – Lavagem e desinfecção de têxteis	Lavagem sem acção mecânica e sem temperatura adequada	Falta de formação e material necessário	8	Não eliminação de focos de infecção	9	Inexistente	8	576	Formação no local de trabalho e monitorização com ATP Substituição do sistema actual pelo de troca de mopas	Supervisor / encarregado	1 vez/dia	3	3	4	36
PL15 – Limpeza de equipamento informático	Uso de produtos danificadores e panos de propileno	Falta de formação	3	Danificação do equipamento	5	Inexistente	6	90	Formação no local de trabalho e monitorização, uso de panos de microfibra	Supervisor / encarregado	1 vez/dia	3	3	2	18
PL-18 – Desinfecções (limpeza na sequência de foco contagioso)	Não cumprimento das normas de controlo de infecção	Falta de formação e material necessário	9	Transmissão de microorganismos	9	DUP, TAP e ENF	9	729	Formação no local de trabalho e monitorização com ATP	Supervisor / encarregado	1 vez/dia	7	5	3	105

Monitorização da performance de actividades em outsourcing – o caso Carlton Life

PROCESSO CHAVE	AVALIAÇÃO E PRIORIZAÇÃO DOS RISCOS								Acções e Resultados – PLANO DE MONITORIZAÇÃO						
	Sub- Processos	Potencial Modo de Falha	Causa Potencial da Falha	O*	Efeito Potencial da Falha	S*	Método de Detecção Corrente	D*	RPN	Acções para reduzir RPN/	Responsável pela Monitorização	Periodicidade	O'	S'	D'
Recolha de roupa (de cama) suja	Não uso de luvas	Falta de formação e monitorização	8	Risco de contaminação	6	TAP, enfermeiros (de forma aleatória)	8	384	Formação e monitorização	Supervisor / encarregado	1 vez/dia	4	3	7	84
Distribuição de roupa (de cama) limpa	Uso de luvas após procedimentos de limpeza e recolha de sujios	Falta de formação e monitorização	9	Risco de contaminação	6	TAP, enfermeiros (de forma aleatória)	8	432	Formação e monitorização	Supervisor / encarregado	1 vez/dia	4	3	7	84
Arrumação dos quartos (fazer a cama, abastecimento de produtos de higiene pessoal)	Falhas de abastecimento de material de higiene	Não seguimento de um check-list	8	Reclamações	6	TAP (de forma aleatória)	7	336	Monitorização	Supervisor / encarregado	1 vez/dia	3	3	4	36
Recolha de lixo	Acumulação de lixo nos caixotes	Má coordenação e falta de monitorização	8	Reclamações	8	TAP, TAC e DUP (de forma aleatória)	7	448	Monitorização	Supervisor / encarregado	2 vezes/dia	4	3	4	48

Nível de Risco (zona)	Procedimentos de Limpeza									
0	PL04	PL05								
1	PL01	PL02	PL03	PL04	PL07	PL08	PL09	PL12	PL14	PL15
2 e 3	PL01	PL03	PL07	PL08	PL09	PL12	PL14	PL15	PL18	

Nível de Risco (zona)	
0	Sem risco de contaminação
1	Risco mínimo de contaminação- áreas não críticas
2	Risco médio de contaminação- áreas semi-críticas
3	Alto risco de contaminação- áreas críticas

Perante a situação actual, em que a forma de detecção demonstra a ausência de monitorização, resulta a necessidade de criação de um plano de monitorização, com actor(es) e periodicidade bem definidos tal como a tabela propõe. Os resultados previstos após implementação do sistema de monitorização revelam uma intenção de melhoria contínua, pelo que a necessidade de realização de novo FMEA não se colocará apenas aos casos em que o RPN' ultrapassou o valor 70 de referência.

6.6.2. FMEA para o serviço de refeições

A *performance* do serviço de refeições não tem sido constante desde o arranque, em finais de Abril, até ao final de Agosto. A satisfação e o agrado do cliente interno (e externo) iniciais foram-se alterando, segundo os entrevistados, em função das mudanças ocorridas na equipa prestadora. O serviço, considerado entre os prestadores externos, de maior satisfação passou a ser um dos mais problemáticos e com reclamações diárias. Este cenário merece especial preocupação atendendo ao facto (tal como exposto no Quadro 14¹⁰⁹) de ser um serviço cuja má prestação é atribuída, pelo cliente final, ao contratador.

O tipo de relação encetado com este prestador, que no início se aproximou da parceria, pelo trabalho conjunto de definição da estrutura de meios adequada, pela identificação de alguns membros da equipa, nomeadamente do chefe, como “residente” CLB e constante abertura demonstrada para ajustes em prol da satisfação possível¹¹⁰ dos clientes, sofreu alterações cadenciadas pela frequência da mudança da equipa, o que debilitou a relação estabelecida. Houve, no entanto um esforço de desmontagem de processo de modo a criar soluções em conjunto.

Por outro lado a crescente complexidade resultante quer da implementação de planos alimentares individuais específicos, quer dos múltiplos acabamentos de pratos individuais (nomeadamente de trituração) demonstraram um desfasamento entre o disposto no CE e a realidade, fazendo repensar a quantidade e qualidade da composição da equipa e até o *lay-out* da cozinha.

¹⁰⁹ *Vd.* Quadro 14 da página 119.

¹¹⁰ As ementas não podem, nem em composição, nem em capitações nem em confecção escapar à validação nutricional constante nas fichas técnicas de produto e no manual de dietas. Por outro lado cada cliente tem o seu plano alimentar estipulado de acordo com as suas necessidades específicas.

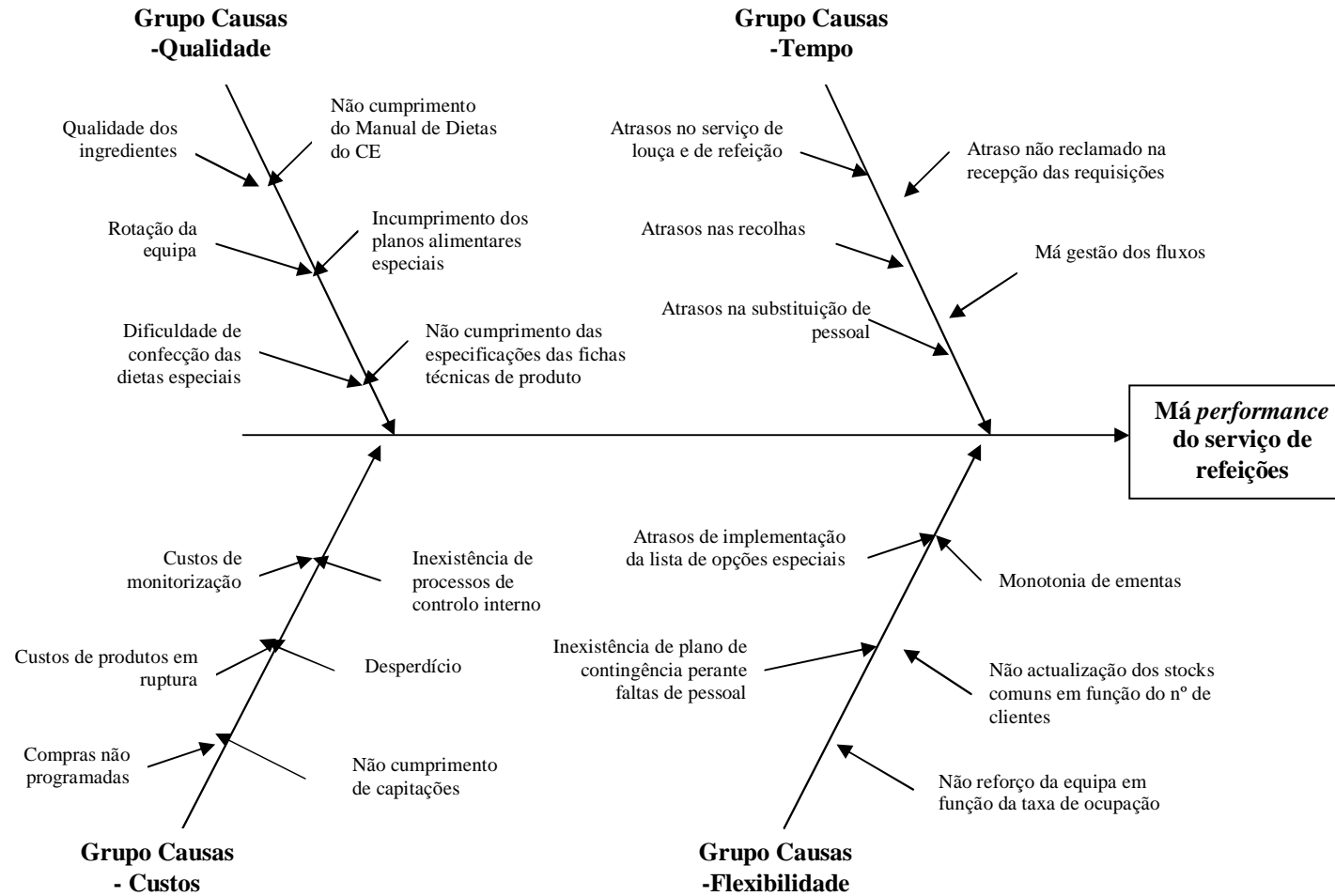
As falhas registadas não seguem todos os PCC¹¹¹, uma vez que estes, estando inseridos nas diferentes fases do processo produtivo, já são alvo de auditorias HACCP¹¹² no âmbito da higiene e segurança alimentar, mas todas as que podem estar sujeitas a melhorias via monitorização do serviço. O percurso de análise de falhas seguiu a cadeia de sub-processos do serviço de refeições constante no Anexo 12, tendo em conta que, embora tivessem sido inicialmente consideradas três tipos de produção, na realidade apenas se efectuou a “Produção *in site* não diferida”.

As falhas, registadas quer pelas entrevistas, observação e algumas conversas informais, foram categorizadas e são apresentadas no diagrama da Figura 15.

¹¹¹ PCC – ponto crítico de controlo, é a fase em que se pode aplicar um controlo essencial para prevenir um perigo relacionado com a inocuidade dos alimentos para o reduzir a um nível aceitável, de acordo com o *Codex Alimentarius*.

¹¹² Plano do HACCP é um documento preparado em conformidade com os princípios do sistema HACCP, para que o seu cumprimento assegure o controlo dos perigos que resultam significativos para a inocuidade dos alimentos, de acordo com o *Codex Alimentarius*.

Fig. 15 - Diagrama causa-efeito de falhas no serviço de refeições



De acordo com a observação efectuada¹¹³, resultados da redução de dados das entrevistas e documentação analisada (CE, *Codex Alimentarius*, Código de boas práticas da restauração colectiva e proposta do contratado) as falhas encontradas foram pontuadas de acordo com a grelha de ponderação (Anexo 11) e apresentadas na Tabela 11.

Assim, o modo de falha encontrado com maior grau de risco associado foi o não cumprimento das fichas técnicas, onde pesa não a frequência em que ocorre mas, principalmente, a severidade inerente traduzida na insatisfação do cliente¹¹⁴ e nos riscos para a sua saúde, o que se agrava em tratando-se de doentes com diabetes, hipertensão ou outro tipo de estado de saúde cuja variação se encontre muito associada a variações da alimentação.

Com graus de risco idênticos aparecem, a seguir, as falhas relacionadas com o não cumprimento das especificações das dietas, cujos efeitos se assemelham aos anteriores, e as falhas de periodicidade de limpeza, o que, tal como referido no ponto 3.4.1., sendo a cozinha a zona de maior proliferação de microrganismos, os efeitos em unidades de saúde e residências geriátricas obrigam a maior atenção.

Todas as restantes falhas se encontram aliadas à necessidade de implementação de um plano de monitorização.

O modo de falha de má gestão de stocks, não parece ter diminuído o grau de risco satisfatoriamente (abaixo do valor de referência), por mais optimistas que tenha sido a avaliação de grau de ocorrência, severidade e detecção após plano de monitorização. Confrontada com a questão, a CLB alerta para o facto de, tal como consta no CE, o custo das matérias-primas ser suportado pelo contratador como forma de garantia de nível de qualidade. Do exposto se infere que a gestão de stocks e de compras, apesar de contemplada no plano de monitorização a criar, terá modos de falha não passíveis de serem resolvidos via monitorização, mas pela implementação de procedimentos de gestão de stocks, planeamento e controlo interno por parte da empresa contratada.

¹¹³ Seguindo o os fluxos dos sub-processos constantes do anexo 11.

¹¹⁴ Tal como referido no ponto 4.1 desta dissertação, o serviço de refeições é, frequentemente, o primeiro referenciado para apuramento da satisfação de um paciente de internamento e existe uma correlação negativa entre o facto de este ser externalizado e a satisfação dos pacientes.

Para além do plano de monitorização a implementar, as falhas registadas (ver a Tabela 11) apontam para soluções de formação e melhoria da comunicação, de modo que a informação flua em tempo útil, possibilitando ganhos em planeamento e qualidade do serviço.

Tabela 11 – FMEA para o serviço de refeições

PROCESSO CHAVE	AVALIAÇÃO E PRIORIZAÇÃO DOS RISCOS								Acções e Resultados – PLANO DE MONITORIZAÇÃO						
	Potencial Modo de Falha	Causa Potencial da Falha	O*	Efeito Potencial da Falha	S*	Método de Detecção Corrente	D*	RPN	Acções para reduzir RPN/	Responsável pela Monitorização	Periodicidade	O'	S'	D'	RPN'
Produção	Não cumprimento das fichas técnicas	Falhas de comunicação interna do fornecedor	6	Desregulação nutricional do cliente externo	10	Enfermeiro, médico e/ou nutricionista	6	360	Melhoria de comunicação interna Monitorização/provas	Supervisor /TAPs/ /Resp. Centro	5 Vezes/dia	3	5	3	45
Transporte para os Núcleos	Mau acondicionamento e Quebras	Não cumprimento HACCP Baixa de stock	3	Deterioração dos alimentos; Ruptura e reposição	4	Prestador	2	24	Formação e Monitorização HACCP	Resp. Centro	1 Vez/dia	2	2	2	8
Armazenamento	Incumprimento normas de temperatura	Não cumprimento HACCP	7	Deterioração ou perda de propriedades alimentares	6	Auditor	7	294	Monitorização pela norma HACCP	Supervisor /Resp. Centro	2 Vezes/dia	4	4	2	32
Regeneração	Falhas de consistência das dietas moles	Falta de formação	6	Reclamação	10	TAP, enfermeiro	4	240	Formação e Monitorização	Supervisor/Resp. Centro	1 Vez/dia	4	3	4	48
Acabamento	Não cumprimento de especificações das dietas	Falhas de comunicação interna do fornecedor	6	Reclamação	9	TAP/DUP	6	324	Melhoria da comunicação interna Monitorização/provas	Supervisor/Resp. Centro	2 Vezes/dia	2	2	3	12

Monitorização da performance de actividades em outsourcing – o caso Carlton Life

PROCESSO CHAVE	AVALIAÇÃO E PRIORIZAÇÃO DOS RISCOS								Acções e Resultados – PLANO DE MONITORIZAÇÃO						
	Sub- Processos	Potencial Modo de Falha	Causa Potencial da Falha	O*	Efeito Potencial da Falha	S*	Método de Detecção Corrente	D*	RPN	Acções para reduzir RPN/	Responsável pela Monitorização	Periodicidade	O'	S'	D'
Empratamento	Não cumprimento das capitações	Falta de formação	7	Desregulação nutricional do cliente externo	10	DUP	4	280	Formação e monitorização	Supervisor/Resp. Centro	2 Vezes/dia	5	3	4	60
Distribuição	Atrasos e falhas de louça	Má coordenação/supervisão	8	Reclamação	9	DUP/TAP	4	288	Reposição de stocks e Monitorização	Supervisor/Resp. Centro	5 Vezes/dia	5	3	2	30
Serviço bufet	Falha da manutenção das temperaturas de banho-maria e dos frios ¹¹⁵	Falha de monitorização	8	Má qualidade de apresentação, sabor e propriedades	4	DUP	5	160	Monitorização das temperaturas (empratamento e pós banho-maris)	Supervisor /DUP	2 Vezes/dia	4	4	4	64
Recolha	Atrasos	Má coordenação	8	Comprometimento dos timings seguintes	8	DUP	4	256	Monitorização do final das refeições	Supervisor /Resp. Centro	5 Vezes/dia	5	3	3	45
Evacuação de Resíduos	Não separação do lixo	Falta de formação	5	Não cumprimento das normas de responsabilidade social	5	Nenhum	8	200	Formação e Monitorização	Supervisor /Resp. centro	2 Vezes/dia	4	4	2	32
Lavagem	Não remoção de restos de comida	Falta de formação	7	Reclamação	9	TAP, DUP	4	252	Formação e Monitorização	Supervisor	2 Vezes/dia	5	4	3	60

¹¹⁵ Pratos quentes - >60° C; Pratos frios < 7° C; Sobremesas, sandes, etc. < 7°C.

Monitorização da performance de actividades em outsourcing – o caso Carlton Life

PROCESSO CHAVE	AVALIAÇÃO E PRIORIZAÇÃO DOS RISCOS								Acções e Resultados – PLANO DE MONITORIZAÇÃO						
	Potencial Modo de Falha	Causa Potencial da Falha	O*	Efeito Potencial da Falha	S*	Método de Detecção Corrente	D*	RPN	Acções para reduzir RPN/	Responsável pela Monitorização	Periodicidade	O'	S'	D'	RPN'
Armazenamento de parlamenta	Falha de acondicionamento	Falha de monitorização	7	Desperdício e quebras de stock	6	Nenhum	7	294	Monitorização do <i>lay-out</i> de arrumos	Supervisor	2 vezes/semana	4	4	3	48
Limpeza de instalações	Falha de periodicidade	Coordenação e formação	6	Limpeza insuficiente	6	Nenhum	9	324	Monitorização com medição ATP	Supervisor /Resp. Centro	1 vez/dia	6	4	2	48
Compras	Má gestão	Má gestão de stocks e desperdício	7	Sobrefacturação	3	DUN	5	105	Auditoria interna semanal	Supervisor /Resp. Centro	Semanalmente	5	2	5	50
Gestão de stocks	Má gestão (rupturas e validades vencidas)	Falha de planeamento	7	Compras mal feitas	9	DUN	5	315	Auditoria interna semanal	Supervisor/resp. centro	Semanalmente	5	3	5	75
Elaboração de ementas	Monotonia	Reduzido nr de fichas técnicas	5	Reclamações	9	DUP	6	270	Monitorização pelo nutricionista	DU/ Supervisor	Quinzenalmente	3	3	5	45
Gestão do vending	Rupturas	Falha de planeamento	6	Reclamações	3	Utilizadores	4	72	Monitorização das máquinas	Supervisor /Resp. centro	1 vez/dia	4	2	3	24

6.7. Conclusões do estudo do caso CLB

A CLB apresenta-se como tendo um modelo de negócio inovador quer no seu formato, pela pluralidade e modularidade de oferta de serviços resultante de uma segmentação por níveis de independência, quer pela busca da máxima customização simultaneamente nos cuidados de saúde e nos serviços hoteleiros que presta. Como tal, auto-rotula-se de “inovadora”, “abrangente” e “especializada”.

Ao surgir no mercado num momento de entrada de vários *players*, assume o factor tempo como determinante da consecução dos objectivos de crescimento traçados. Deste modo a focalização no essencial do negócio não pode ser comprometida com “distracções” sobre o acessório. É com esta preocupação que a CLB inclui entidades externas na prestação de alguns dos serviços que compõem a sua cadeia de valor.

Das quatro variedades de *outsourcing* transformacional (Linder; 2004a) correspondentes às diferentes fases do ciclo de vida dos negócios, a primeira é a opção em ambiciosos arranques de actividade em formato inovador. De facto, a CLB, como *start-up*¹¹⁶, reúne os requisitos enunciados por Linder (2004a; --2008) para recorrer ao *outsourcing* transformacional pela ambição de primazia na oferta de um modelo de negócio novo, estabelecendo um padrão de referência no sector com vista à liderança no mercado. Como tal, a velocidade de entrada (*speed to market*) ditou a decisão de externalizar sob pena de não serem atingidos os objectivos de crescimento, ou ser ultrapassada pela concorrência, caso a unidade iniciasse actividade após a posse de todos os recursos necessários.

No entanto, as opções de *outsourcing* descritas na apresentação do caso CLB, no capítulo anterior, denotam a presença de um paradigma muito mais transaccional, com algumas marcas de estratégico, mas nenhuma de transformacional. No caso apresentado, o paradigma transformacional encontra-se reduzido apenas à forma como o “negócio” foi, de raiz, pensado no sentido da salvaguarda do arranque sem comprometimento excessivo de recursos internos traduzidos em tempo, custos,

¹¹⁶ “Uma *start-up* é a transformação máxima” (Linder, 2008:73).

qualidade e flexibilidade do serviço, não havendo evidência sobre a pretensão de colaboração das actividades externalizadas para efectiva transformação do negócio.

Assim, no que diz respeito aos motivos e condicionantes, a opção de *outsourcing* na CLB surge, no seu arranque de actividade, como forma de colmatar a falta de conhecimento interno, levando à procura de especialistas de áreas não dominadas internamente, libertando os recursos para a focalização na actividade principal/nuclear “cuidar do cliente”. As razões encontradas enfatizam, ainda, a obtenção de flexibilidade para a qual contribui a própria arquitectura do serviço e concepção do espaço.

Os motivos de restrições financeiras são invocados de forma secundária perante a primazia dos objectivos de penetração de mercado. As preocupações foram, essencialmente, evitar perda de tempo na implementação e gestão operacional das actividades externalizadas.

Esta aparente desvalorização das restrições financeiras, característica, no *outsourcing* transformacional, das *start-ups* rápidas onde os custos de externalizar são ainda superiores aos de internalizar¹¹⁷, surge apenas nos resultados de algumas entrevistas. Da triangulação de dados documentais com os resultados de todas as entrevistas verifica-se que a selecção de fornecedores seguiu, em alguns casos, o critério da oferta mais baixa.

Assim, a proposição teórica-**PT.1- no início do ciclo de vida de uma organização, a decisão de externalizar actividades pode ser tomada por motivos como restrições financeiras, velocidade de colocação no mercado, flexibilidade perante variações de volume, obtenção de economias de escala, utilização da capacidade e falta de conhecimento interna** - é válida no que concerne ao caso CLB apresentado.

Inversamente, no que respeita à proposição teórica – **PT.2 - as organizações são levadas a decisões de externalização por isomorfismo** - formulada anteriormente, no caso CLB, a evidência contraria-a. De facto, quer pela comparação das práticas da concorrência, quer pelas das parcerias institucionais, e até mesmo das organizações fundadoras, no que respeita à opção de externalização de actividades, a CLB segue uma

¹¹⁷ *Vd.* ponto 2.4.1 desta dissertação.

orientação diferente, sendo alvo de atenção para que os bons ou maus resultados da opção possam servir de exemplo aos parceiros que a observam.

Quanto à escolha das actividades a externalizar, esta denota um cariz convencional, uma vez que são maioritariamente actividades de apoio não clínicas (sendo apenas duas clínicas) o que, confrontando a CLB com o actual estado da arte do *outsourcing* em unidades de saúde, a coloca na “2ª vaga” de um sector que adoptou esta ferramenta tardiamente, comparando com outros.

Exemplos em diferentes sistemas de saúde (americano, australiano, neozelandês, inglês e até no português) demonstram que a tendência de *outsourcing* não se encontra nas actividades de suporte (com crescimento estagnado do fenómeno) mas em processos inteiros, e/ou parte destes, intrínsecos aos cuidados clínicos¹¹⁸. O próprio Estado português é um bom exemplo de contratador de serviços clínicos, via contratualização, colocando a própria CLB no papel inverso ao estudado nesta investigação, o de prestador integrado na RNCCI.

O processo de selecção de actividades, embora não linear sofrendo acertos de reavaliação, seguiu os critérios de especificidade, complexidade, âmbito e criticidade das actividades, o que valida a proposição teórica **PT.3** formulada: - **As actividades seleccionadas derivam do grau de especificidade, complexidade, âmbito e criticidade.**

Perscrutando todas as actividades em *outsourcing* na CLB, verifica-se que estas oscilam, em termos de especificidade e complexidade, entre a relação tradicional (a grande maioria) e a relação pontual (ex. serviço de manutenção de jardim e podologia). Estas últimas, analisada a variável ocorrência, poderiam denominar-se por meras “transacções” (pela tipologia usada por Ballou (2003)) não fora a existência de um contrato formal com obrigatoriedade de cumprimento de alguns objectivos de *performance*.

¹¹⁸ Tal como aponta a revisão bibliográfica apresentada no ponto 3.5 desta dissertação.

No que respeita ao binómio âmbito/criticidade, tal como definido em Sanders *et al* (2007)¹¹⁹, podem identificar-se três grupos:

- Relações contratuais: serviço de refeições, serviço de limpeza, serviço de lavandaria, gestão administrativa e financeira;
- Transacções não estratégicas: serviço de cabeleireiro, serviço de manutenção de jardim, sistemas de informação, podologia;
- Parcerias: farmácia, gestão de RH.

A regra base na selecção de actividades a externalizar foi, para a CLB, “tudo o que não for entrega directa ao cliente é externalizado”, validando a proposição teórica **PT.4 - A selecção depende do grau de proximidade da actividade com o cliente final**. A esta regra não foram alheios a customização pretendida na prestação de cuidados, a cultura e valores que se pretendem enraizar, a manutenção de um certo nível de controlo da qualidade da prestação e fuga ao risco de perda de competências nucleares. De facto, a CLB definiu as actividades nucleares como as de contacto directo com o paciente (à semelhança de resultados da investigação de Young (2007^a;---207b) efectuada em instituições públicas de saúde australianas¹²⁰), tendo tido a CLB, no entanto, alguma dificuldade na definição das fronteiras da prestação dada a visibilidade e contacto do prestador externo com o cliente.

A avaliação efectuada de riscos e benefícios, por não ter sido efectuada de forma prévia e sistematizada não condicionou a selecção de actividades de forma peremptória. Conclui-se, então, que, no caso CLB, a evidência recolhida não é suficiente para validar a proposição teórica **PT.5 -A selecção deriva da avaliação do risco/benefício do outsourcing de cada actividade** por completo, sem no entanto a poder contradizer, uma vez que a avaliação dos benefícios e riscos (efectuada de forma intuitiva e não inserida num programa de gestão de risco, porquanto pouco pragmática, tal como sugere o entrevistado CE1) condicionou a escolha das actividades a externalizar.

De facto, a parca avaliação dos possíveis riscos de cada actividade pode ser considerada, *per se*, uma majoração do risco existente. Analisando a decisão de externalizar, e segundo o *framework* proposto por Fine e Whitney (1996) (Quadro 2),

¹¹⁹ Ver ponto 2.3 desta dissertação.

¹²⁰ Vd ponto 3.5.3 desta dissertação.

em todas as actividades (à excepção da gestão de RH e gestão administrativa e financeira) verificou-se existir dependência quer de conhecimento, quer de capacidade. Se, para além deste facto, se considerar que as actividades em *outsourcing* são maioritariamente integrais (excepto a da lavandaria que pode considerar-se modular) o *outsourcing*, nestes casos não é apenas arriscado, mas muito arriscado.

A este aspecto acresce que o tipo de conhecimento inerente às actividades seleccionadas, por serem pouco estruturadas¹²¹ e envolverem essencialmente conhecimento tácito¹²² (especialmente os serviços de refeições e limpeza), confere-lhes, quando externalizadas, um grau de risco muito elevado.

Os riscos, segundo os entrevistados, foram sentidos no decorrer da relação com o prestador e consubstanciados num rol de falhas descritas em registo de “eles e nós”.

Apesar deste registo, a relação estabelecida nas actividades não clínicas, que mais se aproximou da parceria foi o *outsourcing* do serviço de refeições quer pela colaboração e cooperação iniciais das partes na definição dos meios necessários à prestação, quer pelo nível de confiança demonstrado (ganho pela forma como a proposta do fornecedor respondeu ao RFP¹²³ e cobriu os pontos do CE) e pelas expectativas criadas de qualidade de serviço.

Concomitantemente, a actividade clínica que funciona como verdadeira parceria é a da farmácia. Envolvendo grande nível de confiança, tem vindo a revelar-se merecedora da mesma pela inexistência de falhas registada pela CLB¹²⁴, pela integração total e adaptação aos contornos do serviço, e pela continuidade do nível da prestação, mesmo perante situações de substituição de pessoal, sendo estas, atempada e devidamente acauteladas.

¹²¹ Conclui-se pela dificuldade demonstrada na definição, quer pelo prestador quer pelo contratador, de fluxogramas de serviço.

¹²² Demonstrado, entre outros aspectos, pela impossibilidade de transmitir o conhecimento do serviço apenas por informação formalizada como, por exemplo, manuais de procedimentos.

¹²³ Abreviatura de *Request For Proposals*, expressão usada para os “Pedidos de Proposta”.

¹²⁴ As falhas internas são, por iniciativa do prestador, reportadas à CLB, de que é exemplo o “Registo de Não conformidades” do Anexo 9.

Inversamente, a que mais se afasta, no espectro da confiança, da parceria é o *outsourcing* do serviço de limpeza, visível pela necessidade de validação das contratações de pessoal pela CLB, pelo clima de críspação sentido quer nos constantes pedidos de explicações às falhas no serviço, quer pelo controle de horários e programação de serviço.

O facto é que a CLB considerou estas actividades como tendo praticamente o mesmo nível de criticidade, pelo que a proposição teórica **PT.6** de que **as relações que mais se afastam das parcerias envolvem menor confiança e respeitam a actividades menos críticas**, não pôde, no caso CLB, ser validada.

Quanto ao nível de satisfação com o processo de *outsourcing*, este variou, no caso CLB, de actividade para actividade. A satisfação inicial com a *performance* do serviço de refeições fazia crer que, pelo facto da avaliação dos riscos ter sido mais aprofundada do que no caso dos serviços de limpeza, o sucesso seria uma consequência. No entanto, decorridos seis meses de prestação, a avaliação inicial, em ambos os serviços, revelou-se insuficiente, surgindo falhas não tidas em conta e conseqüentemente não balizadas por um sistema de monitorização.

As actividades cuja insatisfação com a opção de *outsourcing* é crescente, na CLB, encontram-se em reavaliação com possibilidade de substituição do prestador, não posta de parte a opção de serem internalizadas. A CLB pretende internalizar a gestão de Recursos Humanos pelo grau de criticidade e centralidade ao negócio cujo cerne está na personalização e especialização do serviço ao cliente e onde a qualidade da entrega do serviço se encontra fortemente dependente da pessoa que o presta.

Assim, desde o processo de selecção até ao da contratação do fornecedor não houve uma avaliação sistemática de riscos e benefícios pelo que o estudo do caso CLB valida a proposição teórica **PT.7** segundo a qual **o insucesso de um processo de outsourcing reside não só na má avaliação dos riscos e benefícios associados a cada actividade, mas também na má gestão do risco durante todas as etapas do processo.**

Embora a percepção dos riscos tenha surgido no decorrer da relação com os fornecedores, três preocupações principais iniciais foram demonstradas pelos entrevistados:

- (i) O risco de perda de controlo do fornecedor (um dos maiores riscos enunciados pelos gestores de unidades de saúde¹²⁵) comprometedor da fiabilidade e reputação da unidade por se traduzir em perdas de qualidade da prestação e de continuidade do serviço;
- (ii) O risco de falhas de prestação quando reflectidas directamente no cliente externo, referindo-se os entrevistados essencialmente às actividades de alimentação e limpeza, pela vulnerabilidade característica do cliente sénior, o que levou a um levantamento de falhas, o mais completo possível;
- (iii) O risco das diferenças de cultura e valores entre as partes, que leva a assumpção (nomeadamente pelo entrevistado DUN) de que é maior o risco quanto maior o tempo de convivência do prestador com o cliente.

Enquanto o entrevistado DUN se refere à arquitectura informática como forma de limitar o risco de dependência do fornecedor ao mesmo tempo que ressalva a importância da selecção das pessoas e do empenho colocado na prestação, o entrevistado CE1 acredita que os riscos, em geral, são eliminados quando acompanhados, ou monitorizados.

No entanto, analisando a forma como as actividades em *outsourcing*, na CLB, são e como a CLB gostaria de ter futuramente monitorizadas, conclui-se que o panorama encontrado é de monitorização inexistente não sendo feito um acompanhamento das actividades segundo critérios e métricas pré definidos e partilhados entre as partes. Existe apenas um controlo *a posteriori*, sem carácter punitivo ou de reavaliação de processos pelas partes envolvidas, mas de simples “registo de ocorrências”.

Algumas iniciativas de monitorização foram encetadas, nomeadamente na supervisão de limpeza (com criação de *check lists*) e provas das refeições tendo tido alguns resultados

¹²⁵ De acordo com a revisão bibliográfica relatada no ponto 3.3 desta dissertação.

de melhoria da prestação. Não é, no entanto, o suficiente para validar a proposição teórica **PT.8 - o outsourcing falha por deficientemente gerido e monitorizado** que carece de ver implementado um sistema de monitorização completo para que se possa avaliar o sucesso da decisão de externalização para cada actividade.

No entanto, o sucesso da decisão está também suportado pela boa gestão das fases a montante da monitorização (desde a definição correcta das actividades, à escolha dos fornecedores, construção de um CE, o mais completo possível e negociação) de que o caso CLB não revelou indícios.

A escolha dos fornecedores foi limitada, em alguns casos, à oferta pouco diferenciada, à pequena dimensão dos fornecedores e pouca fiabilidade transmitida. O CE deveria especificar, entre outros factores, objectivos concretos e mensuráveis de qualidade de serviço, não tendo sido definidos e acordados níveis de serviço para cada actividade. Os próprios fluxogramas dos serviços e diagramas de processos, ou se encontram por definir, ou são alvo de sucessivas revisões sem o necessário envolvimento de ambas as partes (prestador e contratador) na busca da melhor solução, o que tem resultado em sucessivos testes de processos com consequências de quebra de continuidade do serviço.

Os reajustes às premissas de serviço e ao(s) modelo(s) que serviu por base à negociação reflectiram-se em:

- Custos quer em consultoria externa, formação interna (por pessoal interno e externo),
- Tempo despendido em reorganização de processos, contratação, formação e renegociação de alguns parâmetros de serviço;
- Oscilações de qualidade de serviço pela descontinuidade do mesmo;
- Pouca flexibilidade de acompanhamento a flutuações da taxa de ocupação.

Por outro lado, ao serem usados diferentes níveis de detalhe no modelo que serviu de base aos pedidos de proposta levou a que, na falta de detalhe, a negociação ficasse empobrecida resultando em baixo comprometimento do prestador quer ela via

contratual, quer pela busca de eficiência do contratado e, ainda, pela inexistente responsabilização pelos resultados.

Contudo, proposição teórica **PT.9- As falhas de performance das actividades em outsourcing comprometem o arranque de actividade por maior exposição ao risco** - não pôde, no caso CLB ser validada uma vez que o arranque, propriamente dito, não ficou comprometido.

O facto de não existir um ponto de referência prévio de prestação interna, uma vez que o arranque de actividade foi concomitante com o início da experiência de externalização, fez com que, por um lado, as atenções se centrassem na gestão do modelo de prestação de cuidados de saúde geriátricos, não sendo expectável nem desejável, para a CLB, a preocupação com a gestão das actividades de suporte externalizadas.

No entanto, tendo-se revelado forte a interdependência entre as actividades (nucleares e de suporte) e as fronteiras ténues, a exposição ao risco de falhas assumiu maior importância. Não tendo sido assegurado o controlo de falhas, não pode dizer-se que o arranque tivesse sido comprometido, mas os efeitos em termos de fidelização, reorganização interna de processos e até mesmo de avaliação de substituição de prestadores e reequacionamento da questão “*make or buy*”, não foram os esperados em grande parte das actividades.

Na CLB, a necessidade de balizar os riscos decorrentes das actividades foi demonstrada quer pelo teor das respostas dos entrevistados, quer pelas ocorrências de falhas registadas e classificadas de acordo com a probabilidade de ocorrência, grau de severidade e probabilidade de detecção levando a um exercício de criação de um sistema de monitorização por recurso a técnicas e instrumentos de gestão de risco. O processo de FMEA, ao ser proactivo e cíclico no sentido de reavaliação constante, leva a que a monitorização quer se trate do arranque de actividade quer em outra fase do ciclo de vida, possa ser um dos *outputs* de um programa de gestão de risco, o que valida a proposição teórica **PT.10. - A monitorização deve estar inserida num programa de gestão de risco.**

A CLB vê-se, decorridos seis meses de actividade, na necessidade de implementação de um sistema de monitorização que balize os riscos detectados. Perante a insatisfação com algumas actividades de *outsourcing* e dificuldade de gestão de todos os processos, pretende criar a figura do gestor de actividades de suporte responsável pela implementação dum sistema de monitorização das actividades, pela correcta reavaliação da situação e melhor gestão das relações com os fornecedores. Deste modo, a CLB deixaria de estar à mercê da *performance* dos fornecedores e de limitações contratuais.

7. Conclusões da dissertação e perspectivas para futura investigação

A investigação efectuada com o intuito de compreensão do fenómeno do *outsourcing* em unidades de saúde e da forma como as actividades entregues a terceiros são monitorizadas, pelo carácter descritivo e exploratório de que se revestiu, pretendeu dar resposta a um conjunto de questões¹²⁶ permanentes após a recolha bibliográfica efectuada.

Pretendeu-se (i) perceber, numa organização de saúde, as condicionantes e intervenientes do processo de decisão de *outsourcing*; (ii) identificar os critérios adoptados para a selecção de fornecedores e o tipo de relação estabelecida; e (iii) construir uma matriz de avaliação de risco para cada actividade em *outsourcing* de modo a permitir a definição do processo de monitorização a implementar para cada actividade.

Com estes propósitos, uma revisão detalhada dos conceitos e sua evolução, relativos ao *outsourcing*, serviu como ponto de partida de obtenção de respostas sobre: (i) o que pode ou não ser considerado *outsourcing*; (ii) quais vantagens e desvantagens frequentemente apontadas (iii) quais as motivações e condicionantes; (iv) quais as determinantes organizacionais e suas variações de acordo com o paradigma de referência ao qual se associam certos tipos de relação e (v) de que forma é abordada a questão da monitorização das actividades externalizadas.

No entanto, por força do tema ser concretamente “o *outsourcing* em serviços de saúde”, tornou-se imperativo que a mesma estrutura de procura de respostas fosse aprofundada através de uma visita ao estado da arte do *outsourcing* de serviços de saúde à escala global, servindo, depois, como *benchmarking* externo no estudo da unidade escolhida.

¹²⁶ Enunciadas no ponto 5.2.2 desta dissertação.

Uma questão recorrente em toda a revisão efectuada foi a importância da monitorização da *performance* das actividades em *outsourcing* como forma de prevenção de falhas, o que remete para a abordagem de gestão de risco¹²⁷.

Apesar da escolha do método ser, de certa forma, condicionada pelas questões de investigação, pretendeu-se, ao recorrer ao estudo de caso, aprofundar a análise (optando por um caso ao invés de multi-caso) e enriquecê-la, definindo como critérios de escolha:

- Ser uma unidade de saúde privada portuguesa, inserida numa população da qual não existe investigação publicada sobre o tema abordado nesta dissertação, onde os factores de rendibilidade e racionalidade económica obtivessem visibilidade e inserida num sector em crescimento, onde se registam investimentos cuja importância se coaduna com o facto de ser tratar de unidades que se pretendem altamente fiáveis, pela natureza dos serviços que prestam;
- Caracterizada como tendo maior tempo de permanência do cliente/utente no serviço, como seria o caso das unidades de cuidados continuados, de modo a que, por um lado, a opção de *outsourcing* se inserisse numa equação de valor passível de ser melhor avaliada pelo cliente e, por outro, pelo acréscimo de risco que pode representar o tipo de cliente em causa;
- Encontrar-se no início de actividade, excluindo a análise frequente de *outsourcing* em contexto de mudança organizacional; e
- Ser uma unidade de saúde com actividades em regime de *outsourcing*.

Assim, a recolha de evidência incidiu em cinco aspectos fundamentais: (i) a motivação para o *outsourcing* e a forma de tomada da decisão *make or buy*; (ii) as expectativas/satisfação relativamente à *performance* das actividades; (iii) as determinantes organizacionais; (iv) o tipo de relação e natureza do contrato estabelecido; e (v) o grau de monitorização existente/pretido para cada actividade.

As respostas obtidas, em confronto com os resultados da revisão bibliográfica efectuada, originaram as seguintes conclusões:

¹²⁷ Sugerida por vários autores, entre os quais Whitmore (2006), McCormack (2003), Okoroh *et al* (2002) e Welborn (2007), como exposto no capítulo 4 desta dissertação.

Perante a condicionante de arranque ambicioso de um serviço que se pretende inovador, num mercado assomado por entradas simultâneas de vários *players*, o *outsourcing* tem um efeito propulsor na medida que permite a concentração de esforços internos no desenvolvimento de competências *core* ao negócio, alavancar recursos sem comprometer financeira e tecnologicamente a organização e imprimir as necessárias flexibilidade a ajustes no modelo de negócio e velocidade de penetração no mercado.

No entanto, a velocidade de entrada no mercado pode conferir um ritmo nefasto em termos, não só de tomada de decisão mas, sobretudo, de implementação do modelo de negócio no que concerne ao ajustamento dos vários serviços externalizados. Um arranque de actividade pode não ser comprometido, mas o funcionamento a curto prazo da unidade será certamente.

Da análise do caso CLB, um “arranque ambicioso” de actividade onde seria legítimo o recurso a um tipo de *outsourcing* predominantemente transformacional, potenciador de um reposicionamento da unidade de modo a que o modelo de negócio a iniciar pudesse realmente apresentar uma equação de valor distintiva, verificou-se que o paradigma adoptado foi o mais tradicional, seguindo, antes, um cariz marcadamente transaccional.

Na base da decisão *make or buy* de uma unidade de saúde em início de actividade pode estar uma definição de criação de valor do modelo de negócio que faz pensar em *outsourcing* como primeiro recurso perante a inexistência de competências internas (dependência de conhecimento e capacidade), a focalização de competências no que a organização pretende que seja o *core* da sua missão, “ a entrega de serviço ao cliente”, e fazê-lo antes da entrada de outro *player* tão inovador ou capaz de absorver importante quota de mercado.

Assim, residindo no cliente o ónus da atribuição do valor do serviço, como é de resto característica desejável nos serviços de saúde – centrados no utente - as restantes legitimidades de uma organização (organização interna e accionista) devem assumir também um papel decisivo na génese do modelo de negócio que pode ser ilustrado com recurso ao desenho de cadeia de valor relacional¹²⁸, da forma proposta na Figura 16.

¹²⁸ *Vd. Carvalho, 2004:112.*

Fig. 16 - Cadeia de valor relacional



Fonte: Elaboração própria com base em Carvalho (2004).

A pouca satisfação com algumas das opções de *outsourcing* tomadas, principalmente as que implicaram maior proximidade com o cliente final, pode ter razões de duas ordens:

- (i) De estratégia adoptada, no sentido de fazer corresponder a cada actividade um paradigma de *outsourcing* coerente com: os *drivers* de decisão, o tipo de actividade (quanto à criticidade, especificidade, âmbito, complexidade e frequência), ao tipo de acordos (clássicos, intermédios ou relacionais), e ao impacto esperado na organização (análise causa-efeito nas vertentes, custo, tempo, qualidade e flexibilidade).
- (ii) De execução ou implementação: em seis passos, como sugerido por Roberts (2001): (1) desenvolver uma estratégia clara para a actividade a externalizar perante objectivos mensuráveis de custo, qualidade, flexibilidade e tempo e considerar as alterações da envolvente condicionante da estratégia; (2) identificar as actividades a externalizar pelo valor associado e o nível esperado de *performance*, proteger e reter capacidades nucleares e avaliar clara e exhaustivamente custos e benefícios; (3) identificar os viáveis fornecedores pela capacidade técnica, de gestão, cultura e acordar níveis de serviço esperados; (4) negociar um acordo justo e equilibrado especificando a *performance* esperada das partes, a forma de medição da mesma e forma de gestão de subcontratações; (5) desenvolver um plano de transferência/arranque de actividades para o fornecedor; e, por fim (6)

desenvolver guias de acção que possibilitem a revisão contratual e monitorizar a *performance*.

A forma demasiadamente superficial de encarar todo o processo desde o *sourcing*, *benchmarking* externo, pedidos de propostas, negociação, contratação e monitorização leva a riscos acrescidos, para além dos existentes advindos apenas do facto de se recorrer a um prestador externo o que, em organizações de saúde, se traduz essencialmente no risco de perda de controlo do fornecedor¹²⁹.

O recurso a uma abordagem de gestão de risco permite, não só diminuir essa superficialidade na análise, como construir a base de um sistema que permita acompanhar a *performance* do fornecedor de forma a construir indicadores realistas, de forma concertada possibilitando quer a responsabilização pelas acções de correcção, quer, no limite, reequacionar a opção de *outsourcing* para cada actividade segundo parâmetros de tempo, qualidade, custo e flexibilidade.

A *performance*, não podendo apenas ser assegurada pela elaboração exaustiva de um caderno de encargos completo e pela aceitação de uma proposta que, não só o respeite integralmente como o complete em termos de garantias, pode ser vista quer pela positiva, pela observação se conformidades, como pela negativa, pelo que poderá “correr mal”, quando não definidos os níveis de serviço pretendidos, possibilitando a criação, no terreno, de indicadores a monitorizar.

Assim, através de uma abordagem de gestão de risco é possível e aconselhável, no início de uma actividade (bem como em outros momentos), detectar os riscos de cada actividade, as causas subjacentes e a forma de as colmatar e hierarquizá-los de modo a poder construir um plano de monitorização de forma a reduzir, progressivamente, os seus efeitos actuando sobre as causas.

Na tentativa de compreender de que forma se encontravam monitorizadas as actividades em *outsourcing* foram analisadas, no caso CLB, as falhas das actividades com, simultaneamente, maiores riscos para o cliente externo e maior insatisfação no cliente

¹²⁹ De acordo com a revisão bibliográfica relatada no ponto 3.3 desta dissertação.

interno. Não com o intuito de produzir declarações de causalidade (devendo os nexos de causalidade ser aprofundados em estudos consequentes), mas de sistematização da informação tácita, foi recolhida evidência que denuncia quatro ordens de falhas: de custo, de qualidade, de tempo e de flexibilidade. A sistematização de atribuição de risco a cada grupo de falhas, via FMEA, leva ao definir as acções redutoras do nível de risco, a pensar em indicadores que, pertencendo aos mesmos grupos de falhas (de custo, de qualidade, de tempo e de flexibilidade), são a base do processo de monitorização.

No entanto, dada a dificuldade de avaliação prévia de riscos e consequente monitorização dos mesmos, torna-se crucial a capacidade de gestão relacional, o acompanhamento da fase de implementação do sistema de monitorização em que a comunicação entre contratador e contratado se processe forma transparente, fluida, atempada e em perspectiva de melhoria contínua.

O modelo de monitorização a adoptar deve contemplar: (i) as especificações do contrato, (ii) a monitorização pelo contratador, (iii) a eficiência do contratado, (iv) a avaliação do serviço pelo cliente final, (v) o alinhamento da entrega do serviço e dos resultados, e (vi) a responsabilização pelos resultados.

A montante, os contratos devem incluir indicadores de processo e de resultados, bem como incentivos ao fornecimento de informação por parte do fornecedor e contemplar avaliações regulares de *performance* cujos resultados possam se confrontados com *standards* nacionais. Os contratos devem, ainda, incluir um plano de supervisão e monitorização especificando a frequência e responsabilidade das avaliações bem como a relação entre o pagamento e a *performance* avaliada.

A introdução da figura de um gestor de actividades externalizadas, responsável não só pela gestão e renegociação de contratos e criação de mecanismos de controlo, mas pela execução de uma gestão mais integrativa, com mecanismos de previsão e coordenação deve resultar na criação dum *interface* para o estabelecimento de uma relação de parceria, bem como garante do alinhamento estratégico actuando de forma transversal na organização.

Conclui-se desejável que este gestor reúna competências relacionais, de gestão tácita e coordene a supervisão e acompanhamento operacional de forma a criar um sistema completo de monitorização que contemple a análise de falhas de modo a traduzir-se em acções em diferentes vias:

- a) (Re)negociando especificações do contrato, passando a incluir indicadores de processo, de resultados, cláusulas de fornecimento de informação, de avaliações regulares de *performance* e incluir um plano de supervisão e monitorização especificando a frequência, a responsabilidade das avaliações e a relação entre o pagamento e a *performance* avaliada¹³⁰.
- b) Implementando um sistema de monitorização da *performance* pelo contratador, segundo um programa de gestão de risco, definindo diferentes periodicidades (diária, semanal e mensal) e abordagens (KPIs obrigatórios, KPI's por amostragem) consoante os níveis de risco;
- c) Promovendo a eficiência do contratado, uma vez munido dos meios necessários para operar, implementando processos de avaliação de fornecedores e uma cultura de partilha de informação;
- d) Apoiando-se na avaliação do serviço pelo cliente final;
- e) Garantindo o alinhamento da entrega do serviço e dos resultados pretendidos; e
- f) Incutindo a responsabilização pelos resultados.

Tendo como ponto de partida a análise FMEA de falhas dos levantamentos efectuados em dois serviços de denotada insatisfação por maior proximidade com o cliente¹³¹, as acções a tomar para redução dos níveis de risco, embora passem por necessidades de alguma formação, levam essencialmente à necessidade de monitorização. Esta análise quando partilhada com o prestador, encetaria um processo proactivo e concertado de construção de instrumentos e indicadores validados para monitorização das actividades em todas as vertentes acima enumeradas.

¹³⁰ Recomendações de Abramson (2001) para renegociação de contratos, em contexto de contratualização, como apresentado no ponto 3.4.2 desta dissertação. Em consonância encontram-se as advertências de Ashton *et al* (2004) no que respeita à responsabilização e monitorização, apresentadas no ponto 3.5.3.

¹³¹ Os serviços de refeições e de limpeza são considerados de maior criticidade, também na revisão bibliográfica apresentada no capítulo 3 (ponto 3.4.1), estando directamente relacionados com o “ índice de controlo de infecções”, um dos principais indicadores de avaliação nos serviços de saúde, nomeadamente nos serviços de internamento e de cuidados continuados (Cesarotti e Di Silvio, 2006; Dancer, 1999; Murphy, 2002).

Deste modo, em ambiciosos arranques de actividade, onde o factor de velocidade de colocação no mercado de um serviço inovador pode condicionar quer a boa definição estratégica quer a execução da mesma, no que respeita a opções de *outsourcing*, uma abordagem de gestão de risco pode colmatar a inexistência de monitorização, tendo esta ficado comprometida pela indefinição de níveis de serviço ou por contratos incompletos.

Finalmente, é de realçar que as conclusões retiradas do estudo do caso CLB pretendem, ao serem idiossincráticas, contribuir para aumentar a compreensão da ocorrência do fenómeno, dentro das circunstâncias que serviram como critérios de inclusão, mas carecem de carácter generalizador, pelo que só a replicação do estudo a outros casos com os mesmos critérios de inclusão poderá permitir.

O estudo do caso CLB sugere algumas perspectivas de investigação futura, a saber:

- Implementação de um sistema de medição e monitorização da *performance* de todas as actividades em *outsourcing* e estudo dos efeitos na *performance* global da organização.

A análise deverá ter por base o modelo proposto por Dean e Kiu (2002) para estabelecimento do plano de monitorização e, seguindo uma metodologia de investigação-acção assente em técnicas de gestão de risco, implementar as vias propostas e/ou acrescentar novas vias de monitorização das actividades.

Os *outputs* do sistema de monitorização das actividades de suporte serviriam de alimentação aos sistemas ou *scorecards* adoptados pela organização para avaliação da sua *performance* global (como sugere Gordon (2007)).

Bibliografia

Abramson, W. B. (2001), Monitoring and evaluation of contracts for health service delivery in Costa Rica, *Health Policy and Planning*, 16 (4), 404-411, Oxford University Press.

Aggarwal, A. (2004), Moving up the value-chain: From BPO to KPO, *White Paper from CIO Canada Outsourcing Summit*, June, 2; disponível no sítio electrónico <http://kpo.evalueserve.com/KPO/BPO-to-KPO-Shift.aspx>

Alper, M. (2004), New Trends in Healthcare Outsourcing, *Employee Benefit Plan Review*, Feb, 58(8), 14-16.

Amaral, J., C.A. Billington e A. A. Tsay (2004), Outsourcing Production without Losing Control, *Supply Chain Management Review*, 8(8), 44-52.

Amaratunga, D., R. Haigh, M. Sarshar, D Baldry (2002), Assessment of facilities management process capability: a NHS facilities case study, *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 15(6/7), 277-288.

Andersen B. M. E M. Rasch (2000), Hospital-acquired infections in Norwegian long-term-care institutions. A three-year survey of hospital-acquired infections and antibiotic treatment in nursing/residential homes, including 4500 residents in Oslo, *Journal of Hospital Infection*, 46, 288-296.

Árino, A. J. dala Torre e P. Ring (2001), Relational quality: managing trust in corporate alliances, *California Management Review*, 44(1), 109-131.

Ashton, T. J. Cumming, J. McLean, M. McKinlay e E. Fae (2004), Contracting for Healthcare Services – Lessons from New Zealand, *Report to the World Health Organization Regional Office for the Western Pacific* www.wpro.who.int

Atkinson, W. (2006), Supply Chain Management: New Opportunities for Risk Managers, *Risk Management*, Jun, 53(6), 10-15.

Atun, R. (2006), Privatization as decentralization strategy, *Report to the World Health Organization Regional Office for Europe* Cap 14, 246-71 www.wpro.who.int

Aubert, A. B., S. Rivard e M. Patry (2001), Managing IT Outsourcing Risk: Lessons Learned, *Scientific Series*, CIRANO-Centre interuniversitaire de recherche et analyse des organisations Montréal, <http://www.cirano.qc.ca/publication/documents.html>

Augurzky, B. e M. Scheuer (2007), Outsourcing in the German Hospital Sector, *The Service Industries Journal* 27(3), 263-277.

Baden-Fuller, C., B. N. Hunt, e D. Targett (2000), Outsourcing to outmanoeuvre, *European Management Journal*, 18 (3).

Balakrishnan, J. e C. H. Cheng (2005), The Theory of Constraints and the Make-or-Buy decision: An Update and Review, *Journal of Supply Chain Management*, Winter 2005, 41(1), 40-47.

Ballou, R. H. (2003), *Business Logistics/Supply Chain Management*, Fifth Edition Pearson - Prentice Hall - International Edition.

Barney, J. B. (1999), How a firm's capabilities affect boundary decisions, *Sloan Management Review*, spring, 137-145.

Barrs, A. W. e P. Fahey (2000), Infection control across the board, *Nursing Homes*, Nov 49 (11), 38-43.

Bettis, R. A., S. P. Bradley e G. Hamel (1992), Outsourcing and industrial decline, *Academy of Management Executive*, 6(1), 7-21.

Bhattacharya, S., R. S. Behara e D.E. Gundersen (2003), Business Risk Perspective on Information System Outsourcing, *International Journal of Accounting Information Systems* 4, 75-93.

Bies. W. e L. Zacharia (2007), Medical tourism: Outsourcing surgery, *Mathematical and Computer Modelling*, 46, 1144-1159.

Bossert, J. L. (1994), *Supplier Management Handbook*, ASQ Quality Press, Milwaukee, Wisconsin.

Bossert, T (2004), Organizational Reforms and Reproductive Health: Decentralization, Integration and Organizational Reform of Ministries of Health. *Working Paper* prepared for the WHO Technical Consultation on Health Sector Reform and Reproductive Health: Developing the Evidence Base. Geneva, 30 November - 2 December 2004.

Brown, D. e S. Wilson (2005), *The Black Book of Outsourcing: How to Manage The Changes, Challenges and Opportunities*, April 2005 Wiley, John & Sons, Incorporated.

Bhattacharya, S., R. S. Behara e D. E. Gundersen (2003), Business Risk Perspective on Information System Outsourcing, *International Journal of Accounting Information Systems* 4, 75-93.

Burns, L. R., S. L. Walston, J. A. Alexander e H. S. Zuckerman (2001), Just how integrated are integrated delivery systems? Results from a National Survey, *Health Care Management Review*, 26(1), 20-39.

Campos, A. C. (2004), Decentralization and privatization in Portuguese health reform, *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 4, 7.

Carvalho, J. C. (1996), *Logística*, Edições Sílabo, Lda, Lisboa.

Carvalho, J. C.(2004), *A Lógica da Logística*, Edições Sílabo, Lda, Lisboa.

Carvalho, J. C. e J C. Filipe (2006), *Manual de Estratégia-conceitos, prática e roteiro*, Edições Sílabo, Lda, Lisboa.

Carvalho, J. C., V. Carvalho, L. Ferreira, N. Garcia, S. Pedro, A. Pereira (2001), *Auditoria Logística – Medir Para Gerir*, Edições Sílabo, Lda, Lisboa.

Cezarotti, V. e B. Di Silvio (2006), Quality management standards for facility services in the Italian health care sector, *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 19(6), 451-462.

Chasin, B. S., S. P. Elliot e S.A. Klotz (2007), Medical Errors Arising from Outsourcing Laboratory and Radiology Services. *The American Journal o Medicine*. 120, 819.e9-819.e11

Chen, Y. e J. Perry (2003): IT Outsourcing: A Primer for Healthcare Managers, *IBM Center for Healthcare Management report*, disponível no sítio electrónico: <http://www.businessofgovernment.org>

Chess, J. (2006), Case Study: An Rx for Healthcare Communication, *Customer Inter@ction Solutions*, 25(4), 44-46.

Chenhall, R. H. e K. Langfield-Smith (2007), Multiple Perspectives of Performance Measures, *European Management Journal*, 25(4), 266-282.

Chopra S e P. Meindl (2001), *Supply chain Management Strategy, planning and operation*, Upper Saddle River, NJ, Prentice-Hall.

Christopher M. L. (1992), *Logistics and Supply Chain Management*, Pitman: London

Coase, R. H. (1988), *The Firm, the Market and the Law*, The University of Chicago Press, Chicago.

Conner, K. R. e C. K. Prahalad, (1996), A Resource-Based Theory of the Firm: Knowledge versus Opportunism, *Organization Science*, 7(5) (Sep-Out), 477-501.

Corbett, M. (2005), Outsourcing: The Next Ten Years, *White Paper, International Association of Outsourcing Professionals (IAOP)*, www.outsourcingprofessional.org

Crogan, N. L. e B. C. Evans (2006), The Shortened Food Expectations – Long-Term Care Questionnaire, *Journal of Gerontological Nursing*, 32(11), 50-59.

Crowley, L.G e D. E. Hancher (1995), Risk Assessment of Competitive Procurement, *Journal of Construction Engineering and Management*, 121 (2), 230-237.

Dancer, S. J. (1999), Mopping up hospital infection, *Journal of Hospital Infection* 43, 85-100.

Dean, A. M. e C. Kiu (2002), Performance monitoring and quality outcomes in contracted services, *The International Journal of Quality & Reliability Management*, 19(4), 396-413.

- Deloitte (2006), Business of Outsourcing, Compreender o negócio - Alinhamento com as TI a fim de otimizar os investimentos em Outsourcing, de 7 de Junho de 2006, disponível em www.idc.pt/resources/PPTs/2006/BPO/2.Deloitte.pdf
- Denzin, N. K. e Y. S. Lincoln (1994), *Handbook of qualitative research*, Sage Publications, Inc.
- De Toni, A. e S. Tonchia (2001), Performance measurements systems: models, characteristics and measures, *International Journal of Operations & Production Management*, 21 (1/2), 46-70.
- De Toni, A. F., A. Fornasier, M. Montagner e F. Nonino (2007), A performance measurement system for facility management: The case study of a medical service authority, *International Journal of Productivity and Performance Management*, 56(5/6), 417-435.
- DiMaggio, P. J. e W. W. Powel (1983) Institutional isomorphism and collective rationality, *American Sociological Review*, 48: 147-160.
- DiRomualdo, A. e V. Gurbaxani (1998), Strategic intent for IT outsourcing, *Sloan Management Review*, 97(4), 67-80.
- Domberger, S. e P. Fernandez (1999), Public-private partnerships for service delivery, *Business Strategy Review*, 10(4), 29-39.
- Duclos, L. K., R. J. Vokurka e R. R. Lummus (2003), A conceptual model of supply chain flexibility, *Industrial Management & Data Systems*, 103 (5/6), 446 – 456.
- Dyer, J. H. e H. Singh (1998), The Relational View: Cooperative Strategy and Sources of Interorganizational, *The Academy of Management Review*, 23(4), 660-679.32.
- Earl, M. J. (1996), The risk of outsourcing IT, *Sloan Management Review*, 37(3) Spring, 26-
- Ehie, I. (2001), Determinants of success in manufacturing outsourcing decisions: A survey study, *Production and Inventory Management Journal*, First Quarter 2001, 42(1), 31-39.
- Eisenhardt, K. M. (1989), .Agency theory: an assessment and review. *Academy of Management Review*, Vol. 14(1), 57-74.
- Eisenhardt, K. M. (1989a), Building Theories From Case Study Research, *Academy of Management Academy of Management Review*, 14(4), 532-549.
- Ellram, L. M. (1996), The use of case study method in logistics research, *Journal of Business Logistics*, 17(2), 93-138.
- England, R. E. (2000), Contracting and Performance Management in the Health Sector: a guide for low and middle income countries, London DFID Health Systems Resource Center, <http://www.phrplus.org>

England, R. E (2004), Experience of contracting with the private sector: a selective review, DFID Health Systems Resource Center, <http://www.phrplus.org> .

Escoval, A. (2003), *Evolução da Administração Pública da Saúde: o Papel da Contratualização. – Factores Críticos do Contexto Português*, Tese para obtenção do Grau de Doutor em Organização e Gestão de Empresas, Lisboa: ISCTE.

FERMA, (2003), Norma de Gestão de Riscos, *Federation of European Risk Management Associations*, disponível no sítio electrónico www.ferma-asso.org

Folan, P. e J Browne (2005), A review of performance measurement: Towards performance management, *Computers in Industry*, 56, 663-680.

Ford, D. (1990), *Understanding Business Markets: Interaction, Relationships and Networks*, Academic Press, London

Franceschini, F. e M. Galetto (2003), Outsourcing: guidelines for a structured approach, *Benchmarking*, 10(3), 246-260.

Friedman, T. L. (2007), *O Mundo é Plano. Uma história breve do século XXI*, (7ª Ed.) Conjuntura Actual Editora, Lda.

Giarraputo, D. (1990), In-House Versus Off-Site Sterilization, *Hospital Materiel Management Quarterly*, Nov 12(2), 49-55.

Goepfert, J. (2002), Transformational Outsourcing: Helping Companies Adapt to a Volatile Future, White Paper, *International Data Corporation*, Framingham, Massachusetts, September 2002, www.idc.com

Goggins, R. (2007), Hazards of Cleaning, *Professional Safety*, 52 (3), 20-27.

Goolsby, K. (2001), Behind the 8 Ball: Current State of the U.S. Healthcare Industry. *White Paper 20001 Outsourcing Center*, www.outsourcing-center.com.

Gordon, S (2007), 7 Steps to measure supplier performance, *Summit- Canada's magazine on public sector purchasing*, 10 (2), 2 – 5.

Görzig, B e A. Stephan (2002), Outsourcing and Firm-level Performance, *Discussion Paper of German Institute for Economic Research (DIW Berlin)* disponível no sítio electrónico www.diw.de

Grande, C. e A. Roberts (2001), Synergy Healthcare eyes float on Aim, *Financial Times* Jul 23, 23.

Grandori, A. (1997), An Organizational Assessment of Interfirm Coordination Modes. *Organizational Studies*, 18(6)

Gransberg, D. D. e W. D. Dillon (1999), Quantitative Analysis of Partnered Project Performance, *Journal of Construction Engineering and Management*, 125 (3), 161-167.

Greaver, M. F. (1999), *Strategic Outsourcing*, AMACOM, AMA Publications, NY.

Greeno, R. (2001), Hospitals take on the risk as they turn to hospitals programs, *Managed Healthcare Executive*, 11(5), 48-50.

Griffith, C. J., R.A. Cooper, J. Gilmore, C. Davis e M. Lewis (2000), An evaluation of hospital cleaning regimes and standards, *Journal of Hospital Infection*, 45, 19-28.

Gunasekaran, A. C. Patel e E. Tirtiroglu (2001), Performance measures and metrics in a supply chain environment, *International Journal of Operations & Production Management*, 21 (1/2), 71-87

Gunawardane, G. (2004), Measuring reliability of service systems using failure rates: variations and extensions, *The International Journal of Quality & Reliability Management*, 21(4/5), 58-590.

Guven, P. (2003), Implementation of Benchmarking in NHS Trusts, Working Paper, Proceeding of Business Excellence I, *Performance measures, benchmarking and best practices in new economy*, edited by Goran D. Putnik and Angappa Gunasekaran, University of Minho, Braga, 2003. 429-435.

Guy, R. A. e J R. Hill (2007), 10 Outsourcing myths that raise your risk, *Healthcare Financial Management*, Jun, 61(6), 67-72.

Hannan, M. T. e J. H. Freeman (1984) Structural inertia and organizational change, *American Sociological Review*, 49: 149-164.

Hazelwood, S. E., A. C Hazelwood e E. D. Cook (2005), Possibilities and Pitfalls of Outsourcing, *Healthcare Financial Management*; 59(10), 44-48.

Heikkilä, J. e C. Cordon (2002), Outsourcing: a core or non-core strategic management decision? *Strategic Change*, Jun/Jul, 11(4), 183-192.

Heavisides, B. e I. Price (2001), Input versus output-based performance measurement in the NHS-the current situation, *Facilities*, 19, 10: 344-56.

Heavisides, R. (2001), Output based Facilities Management Specifications in the National Health Service: Literature review and directional outcomes. Occupier.org Working Paper 1, Sheffield
http://www.occupier.org/working_papers/working_paper1.pdf

Henri, J. F. (2006), Are your performance measurement systems truly performing? *CMA Management*, 80(7), 31-35.

Hensley, S. (1997), Outsourcing boom. Survey shows more hospitals turning to outside firms for a broad range of services, *Modern Healthcare*, 1997, Sep 1, 27(35).

Hoecht, A. e P. Trott (2006), Outsourcing, information leakage and the risk of losing technology-based competences, *European Business Review*, 18(5), 395-412.

Holcomb, T. R. e M. A. Hitt (2007), Toward a model of strategic outsourcing, *Journal of Operations Management*, 25 (2007), 464-481.

Hoppszallern, S. (2002), Contract Management Survey 2002, *Hospitals and Health Networks*, 76 (10) 49-53.

Hwang, L. J., A. Eves e T. Desombre (2003), Gap analysis of patient meal service perceptions, *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 16 (2/3), 143-153.

Jack, E. P. e T. L. Powers (2006), Managerial perceptions on volume flexible strategies and performance in health care services, *Management Research News*, 29 (5), 228-241.

Kakabadse, A. e N. Kakabadse (2003), Outsourcing best practice: transformational and transactional considerations, *Knowledge and Process Management*; Jan-Mar 2003; 10(1), 60-71.

Kakabadse A. e N. Kakabadse (2005), Outsourcing: Current and Future Trends, *Thunderbird International Business Review*, 47(2), 183-204.

Kakabadse, N. e A. Kakabadse (2000), Critical review- outsourcing: A paradigm shift, *The Journal of Management Development*. 19(8), 670-727.

Katzman, C. N. (1999), Outsourcing keeps growing. Contract management survey finds times are good for firms serving healthcare industry, *Modern Healthcare* 1999 Aug 30; Vol. 29(35), 42-50.

Kelley, B. (1995), Outsourcing marches on, *Journal of Business Strategy*, 16(4), 38-42.

Kelly, D. L. (2003), *Applying Quality Management in Healthcare – A Process for Improvement*, Health Administration Press, Chicago, AUPHA Press, Washington, DC.

Kirchheimer, B. (2005), Outsourcing Ins and Outs, *Modern Healthcare*, Chicago: Oct 3; 35(40), S1-5.

Kirchheimer, B. (2006), Out through the in door, *Modern Healthcare*, Chicago: Oct 2; 36(39), S1-5.

Kmenta, S. (2000), Advanced FMEA: a Method for Predicting and Evaluating Failures in Products and Processes, *Mechanical Engineering*, Stanford CA, Stanford University:125.

Kodner, D. L. e C. Spreewenberg (2002), Integrated care: meaning, logic, applications, and implications – a discussion paper, *International Journal of Integrated Care*, 2(1), 1-6.

Kremic, T. O. I. Tuckel e W. O. Rom (2006), Outsourcing decision support: a survey of benefits, risks, and decision factors, *Supply Chain Management: An International Journal*, 11(6), 467-482.

Kulkarni, S. P. e K. C. Heriot, (1999), Transaction costs and information costs as determinants of the organizational form: a conceptual synthesis, *American Business Review*, 43-52.

Kwon, J. e B. J. H. Yoon (2003), Prevalence of outsourcing and perception of clinical nutrition managers on performance of health care dietetics services, *Journal of The American Dietetic Association*, 103, 1039-1042.

Lacity, M. C., L. P. Willcocks e D. F. Feeny (1995), IT outsourcing maximises flexibility and control, *Harvard Business Review*, 73 (3), May-June, 84-93.

Laios, L. e S. Moschuris (1999), An Empirical Investigation of Outsourcing Decisions, *Journal of Supply Chain Management*, Winter 1999, 35(1), 33-40.

Las Casas, A. L. (1994), *Qualidade Total em Serviços*, Atlas editora.

Lau, C. e M. B. Gregoire (1998), Quality ratings of a hospital foodservice department by inpatients and postdischarge patients, *Journal of the American Dietetic Association*, 98, 1303-1307.

Leavy, B. (2001) Supply Strategy- What to outsource and where, *Irish Marketing Review*, 14(2), 46-52.

Leavy, B. (2004), Outsourcing strategies: opportunities and risks, *Strategy & Leadership*, 32(6), 20- 25.

Lee, J. N. e Y. G. Kim (1999), Effects of Partnership Quality on IS Outsourcing Success: Conceptual Framework and Empirical Validation, *Journal of Management Information Systems*; Spring 1999, 15(4), 29-61.

Lee, J. N., M. Q. Huynh, K. R. Chi-wai e S. P. Pi (2000), The Evolution of Outsourcing Research: What is the Next Issue? *Proceedings of the 33rd Hawaii International Conference on System Sciences-2000* <http://doi.ieeecomputersociety.org>

Li, L. X e W. C. Benton (1996), Performance measurement criteria in health care organizations: Review and future research directions, *European Journal of Operational Research*, 93, 449-468.

Linder, J. C. (2004), Transformational Outsourcing, *Supply Chain Management Review*, 8(4), 54-61.

Linder, J. C. (2004a), Transformational Outsourcing, *MIT Sloan Management Review*, 45(2), 58.

Linder, J. C (2008), *Outsourcing para a Mudança Radical – Uma Abordagem Sustentada para a Transformação da Empresa*, Monitor – Projectos e Edições, Lda.

Liu, J. J. (2007), The Core Business of an Enterprise can also be outsourced-Taking the software Industry as an Example, *China-USA Business review*, Jan 2007, 6(1) (Serial n°34), 63-66.

Liu, X., D. R. Hotchkies, S. Bose, R. Bitran e U. Giedion (2004), Contracting for primary health services: evidence on its effects and a framework for evaluation. *Partners for Health Reformplus Publication*, www.PHRplus.org.

Liu, X., D. R. Hotchkies e S. Bose (2007), The impact of contracting-out on health system performance: A conceptual framework, *Health Policy*, 82 (2007), 200-211.

Liyanage, C. e C. Egbu (2006), The integration of key players in the control of healthcare associated infections in different types of domestic services, *Journal of Facilities Management*, 4(4), 245-261.

Loh, L. e N. Venkatraman (1992), Diffusion of Information Technology Outsourcing: Influence Sources and The Kodak Effect, *Information Systems Research*, 3(4), 334-358.

Lonsdale, C. e A. Cox (1997), Outsourcing: Risks and Rewards, *Supply Management*, 3 July, 32-34.

Loosemore, M. e Y. Y. Hsin (2001), Customer-focused benchmarking for facilities management, *Facilities*, Nov/Dec 19(13/14), 464-475.

Lorence, P. D. e A. Spink (2004), Healthcare Information Systems Outsourcing, *International Journal of Information Management*, 24, 131-145.

Luthans, F. e T. I. Stewart (1977), A General Contingency Theory of Management, *Academy of Management Review*, 2(2), 181-195.

MacCutcheon, M. e K. Griffin (2002) When Outsourcing Makes Cents, *Post-Acute Care*, 5(4), 32.

Madhok, A. (2002), Reassessing the fundamentals and beyond: Ronald Coase, the Transaction Cost and Resource-Based View Theories of the Firm and the Institutional Structure of Production, *Strategic Management Journal*, 23, 535-550.

Mahnke, V., M. L. Overby e J. Vang (2005), Strategic Outsourcing of IT Services: Theoretical Stocktaking and Empirical Challenges, *Industry and Innovation*, 12(2), 205-253.

Mark, A. (1994), Outsourcing Therapy Services: A Strategy for Professional Autonomy, *Health Manpower Management*, 20(2), 37-40.

Martin, A. e C. Bourgeois (2007), Le role des facteurs institutionnels dans la decision d'externaliser, *Management International*, (Summer), 11 (4), 17-29.

May, D. e L Smith (2003), Evaluation of the new ward housekeeper role in UK NHS Trusts, *Facilities*, 21(7/8), 168-174.

McCallum, B. T. e P. F. Jacoby (2007), Medical Outsourcing: Reducing Client's Health Care Risks, *Journal of Financial Planning*, 20(19), 60-69.

- McCormack, P. (2003), The FSA approach to the supervision of outsourcing, *Journal of Financial and Compliance*, 11(2), 113-120.
- McPake, B. e A. Mills (2000), What can we learn from international comparisons of health systems and health system reform?, *Bulletin of World Health Organization*, 2000,78(6),811-20.
- Meyer, J. W. e W. R. Scott (1992), *Organizational environments: Ritual and rationality*, Newbury Park, CA: sage Publications.
- Meyer, M. W. (2002), *Rethinking Performance Measurement – Beyond the Balanced Scorecard*, Cambridge University Press, UK.
- Miles, M. B. e A. M. Huberman (1994), *Qualitative Data Analysis*, Thousand Oaks, Sage Publications, Inc.
- Molenaar, K.R. e A. D. Songer (1999), Public-sector Design/Building Evolution and Performance, *Journal of Management in Engineering*, 15 (March/April), 54-62.
- Monteiro, L. e R. Valente (2007), Análise FMEA ao Serviço das Organizações de Saúde, *Revista Portuguesa de Gestão & Saúde*, Setembro, 26-33.
- Moreau, F. (2002), *Compreender e gerir os riscos*, Bertrand Editora, Lisboa.
- Moschuris, S. J. e M. N. Kondylis (2006), Outsourcing in public hospitals: a greek perspective, *Journal of Health Organization and Management*, 20(1), 4-14.
- Moullin, M. (2002), *Delivering excellence in health and social care: quality, excellence, and performance measurement*, Open University Press, Berkshire, UK.
- Mowery, D., C. Oxley, J.E. Silverman, S. Brian, (1998), Technological overlap and interfirm cooperation: implications for the resource-based view of the firm, *Research Policy*, 27, 507-523.
- Mullin, R. (1996), Managing the outsourced enterprise, *Journal of Business Strategy*, 17(4), 28-32.
- Murphy, J. (2002), Literature Review On Relationship between Cleanig and Hospital Acquired Infections”. *Unpublished manuscript*, [http://cupe.ca/Cleaning and Infecti/BE4599](http://cupe.ca/Cleaning_and_Infecti/BE4599)
- Neely, A., M. Gregory e K. Plats (1995), Measuring performance system design: a literature review and research agenda. *International Journal of Operations and Production Management*, 15, 80-116.
- Neely, A. H. Richards, J. Mills, K. Plats e M. Bourne (1997) Designing performance measures: a structured approach, *International Journal of Operations and Production Management*, 17 (11), 1131-1152.

- Neely, A. (2007), The search for meaningful measures, *Management Services*, 51(2), 14-17.
- Neil, R. (2005), A survey of materials managers about their GPOs from the buyer's perspective. *Materials Management in Health Care*, 14 (9), 18-25.
- Nollet, J. e M. Beaulieu (2005), Should an organization join a purchasing group?, *Supply Chain Management: An International Journal*, 11(1), 11-17.
- Nonaka, I. (1994) A Dynamic Theory of Organizational Knowledge Creation, *Organization Science*, 5(1) February 1994, 14-37.
- OPSS-Observatório Português dos Sistemas de Saúde (2005), Novo Serviço Público de Saúde, Novos Desafios, Relatório de Primavera, Lisboa, Escola Nacional de Saúde Pública, disponível no sítio electrónico <http://www.observaport.org>
- OPSS-Observatório Português dos Sistemas de Saúde (2006), Um Ano de Governação em Saúde: Sentidos e Significados, Relatório de Primavera, Lisboa, Escola Nacional de Saúde Pública, disponível no sítio electrónico <http://www.observaport.org>
- OPSS-Observatório Português dos Sistemas de Saúde (2007), Luzes e Sombras: a governação da saúde, Relatório de Primavera, Lisboa, Escola Nacional de Saúde Pública, disponível no sítio electrónico <http://www.observaport.org>
- Okoroh, M. I., P. P. Gombera e B. D. Ilozor (2002), Managing FM (support services): business risks in the healthcare sector, *Facilities*, 20(1/2), 41-51.
- Parasuraman, A., V. A. Zeithaml e L.L.Berry (1988) SERVQUAL: A multiple-item scale for measuring consumer perceptions of service quality, *Journal of Retailing*, 6(1), 12-40.
- Peisch, R. (1995), When outsourcing goes awry, *Harvard Business Review*, 73(3), May-June, 24-30.
- Perrons, R. K. e K. Platts (2004), The role of clockspeed in outsourcing decisions for new technologies: insights from the prisoner's dilemma, *Industrial Management & Data Systems*, 104 (7), 624-632.
- Perrot, J. (2004), *Le Role de la Contractualisation dans l'amélioration de la performance des systèmes de Santé*, Discussion Paper N°1-2004, Département "Health System Financing, Expenditure and Resource Allocation" (FER), Groupe "Evidence and Information for Policy" (EIP), Organization mondiale de la Santé (OMS), Genève.
- Perrot, J. (2007), *Vade-Mecum da la Contratualisation dans le secteur de la Santé*, Discussion Paper N° 1-2007, Département "Financement des Systèmes de Santé"(HSF), Groupe "Systèmes et Services de Santé" (HSS), Organization mondiale de la Santé (OMS), Genève.
- Peters, T. J. e R. H. Waterman Jr (1987), In *Search of Excellence (Na Senda da Excelência)*, 2ªEd, Publicações Dom Quixote, Lda, Lisboa.

Pilling, M. e T. Walley (1996), Effective contracting of high-tech health care for patients at home, *Journal of Management in Medicine*, 10(3), 6-14.

Pinto, S. S. (2003), *Gestão dos Serviços: A Avaliação da Qualidade*, Editorial Verbo, Lisboa-São Paulo.

Poeta, A. D., F. Nogueira, e J. M: Andrade (2000), Entre a inovação e o planeamento. Novos modelos de gestão das compras hospitalares, *Gestão e Desenvolvimento*, 9, 173-194.

Prager, J. (1997), Contracting out as a vehicle for privatization: Half speed ahead, *Journal of International Affairs*, 50(2), 613-632.

Prahalad, C. K. e G. Hamel (1990), The Core Competence of the Corporation, *Harvard Business Review*, May-June 1990, 79-91.

Pun, K. F. e A. S. White (2005), A performance measurement paradigm for integrating strategy formulation: A review of systems and frameworks, *International Journal of Management Reviews*, 7(1), 49-71.

Quinn, J. B. (1992), The Intelligent Enterprise a New Paradigm, *Academy of Management Executive*, 6(4), 48-63.

Quinn, J. B. (1993), Managing the Intelligent enterprise: Knowledge & Service-Based Strategies, *Planning Review*, Sep/Oct 1993, 21(5), 13-16.

Quinn, J. B. (1999), Strategic Outsourcing: Leveraging Knowledge Capabilities, *Sloan Management Review*, 40(4), Summer, 9-22.

Quinn, J. B. e F.G. Hilmer (1994), Strategic Outsourcing, *Sloan Management Review*, 35(4), 43-55.

Quinn, J. B. (2000), Outsourcing Innovation: The New Engine of Growth, *Sloan Management Review*, 41(4), 13-29.

Razzaque, M. A. e C. C. Sheng (1998), Outsourcing of logistics functions: a literature survey, *International Journal of Physical Distribution & Logistics Management*, 28(2), 89.

Rego, N. G. G. (2007), *Apoio à definição de estratégias para a configuração de cadeias de abastecimento hospitalares*, Dissertação para obtenção do grau de mestre em Métodos Quantitativos em Gestão, Julho, EGP-Escola de Gestão do Porto.

Renner, C. e E. Palmer (1999), Outsourcing to increase service capacity in a New Zealand Hospital, *Journal of Management in Medicine*, 13(5), 325 – 338.

Reto, L. e F. Nunes (2001), Normas de Elaboração de Teses de Mestrado, INDEG/ISCTE disponível no sítio electrónico www.indeg.org

Rhea, S. (2007) Moving beyond the hospital, *Modern Healthcare*, September 3.

Ritchie, B. e C. Brindley (2007), An emergent framework for supply chain risk management and performance measurement, *Journal of the Operational Research Society*, 58, 1398-1411.

Riverd-Royer H., S. Landry e M Beaulieu (2002), Hybrid stockless: a case study. Lessons for health-care supply chain integration, *International Journal of Operations & Production Management*, 22 (4), 412-424.

RNCC (2005), Relatório Final da Fase I do Diagnóstico da Situação Actual- Setembro 2005, disponível em www.portugal.gov.pt

Roberts, V. (2001), Managing Strategic Outsourcing in the Healthcare Industry, *Journal of Healthcare Management*, 46(4), 239-249.

Rushton, A. e S. Walker (2007), *International logistics and supply chain outsourcing: from local to global*, Kogan Page Limited.

Sanan, S. (2007), Frank J. Casale interview Satish Sanan, President & CEO of Zavata Inc, Outsourcing Institute, www.outsourcing.com

Sanders, N. R., A. Locke, C.B. Moore, e C.W. Autry (2007), A Multidimensional Framework for Understanding Outsourcing Arrangements, *The Journal of Supply Chain Management*, Nov 2007, 3-15.

Saunders, M. P. Lewis, e A. Thornhill, (2007), *Research Methods for Business Students*, 4rd ed. Prentice Hall.

Schneller, E. S. e L. R. Smeltzer (2006) *Strategic Management of the Health Care Supply Chain*, Jossey-Bass, San Francisco.

Shi, Y. (2007) Today's Solution and Tomorrow's Problem: The Business process Outsourcing Risk Management Puzzle, *California Management Review*, 49(3), 27-44.

Shinkman, R. (2000), Outsourcing on the Upswing, *Modern Healthcare*, Sep 4, 30(37), 46-54.

Shohet, I. e S. Lavy (2004), Healthcare facilities management: state of the art review, *Facilities*, 22(7/8), 210-220.

Siddiqi, S., T.I. Masud e B. Sabri (2006), Contracting but not without caution: experience with outsourcing of health services in countries of the Eastern Mediterranean Region, *Bulletin of the World Health Organization*, November 2006, 84(11), 867-875.

Silvestro, R. (1998), The manufacturing TQM and service quality literatures: synergistic or conflicting paradigms, *International Journal of Quality & Reliability Management*, 15(3), 303-328.

Simchi-Levi, D., P. Kaminsky e E. Simchi-Levi (2003), *Designing & Managing The Supply Chain, Concepts, Strategies & Case Studies*, 2nd Ed, McGraw-Hill, NY.

Simões, J. (2004), *Retrato Político da Saúde- Dependência do Percurso e Inovação em saúde: da Ideologia ao Desempenho*, Livraria Almedina, Coimbra.

Smith, B. e P. Waymack (2000), Outsourcing on a grand scale, *Health Management Technology*, Jul 2000; 21(7), 18-20.

Stockamp, D. (2006), Revenue cycle outsourcing: the real costs and benefits, *Healthcare financial management*, April, 84-90.

Sunseri, R. (1997), Call somebody who can, *Hospitals & Health Networks*, Oct 20, 71(20), 54-56.

Sunseri, R. (1998), Outsourcing loses its “MO”: our annual survey points to a plateau for most contract services, *Hospitals & Health Networks*, nov,20.

Taylor, R. e S. Blair (2002), Public hospitals: options for reform through public-private partnerships, Viewpoint, Note number 241, 1-4, disponível no sítio electrónico <http://www.worldbank.org/viewpoint/HTMLNotes/241/241summary.html>

Tokarski, C. (1995), Value Driven, *Hospitals & Health Networks*; Jun 20; 69(12), 42-46.

Vitasek, K. (2005) Supply Chain and Logistics Terms and Glossary, sítio electrónico de The Council of Supply Chain Management Professional (CSCMP), disponível em <http://www.cscmp.org/Downloads/Resources/glossary03>.

Voss, C. N. Tsikriktsis e M. Frohlich (2002), Case research in operations management, *International Journal of Operations & Production Management*, 22(2), 195-219.

Walters D. e. P. Jones (2001), Value and value chains in healthcare: a quality management perspective, *The TQM Magazine*, 13 (5), 319-333.

Weick, K. E. e K. M. Sutcliffe (2001), *Managing the unexpected: assuring high performance in an age of complexity*, San Francisco: Jossey- Bass.

Welborn, C. (2007), Using FMEA To Assess Outsourcing Risk, *Quality Progress*, 40 (8), 17-21.

Whitmore, H. B. (2006), You’ve Outsourced The Operation, but Have You Outsourced the Risk? *Financial Executive*, 22 (9), 41-44.

Wholey D.R., R. Padman, R. Hamer e S. Schwartz (2001), Determinants of Information Technology Outsourcing among Health Maintenance Organizations, *Health Care Management Science*; Sep 2001, 4(3), 229-239.

Wigglesworth, K. e J. Zelcer (1998), The healthcare supply chain: Applying best-practice remedies to the healthcare sector, in: Gattorna J (ed) *Strategic Supply Chain Alignment – Best Practice in Supply Chain Management*, Gower Publishing Limited.

- Williamson, O. (1979), Transaction-Cost Economics: The Governance of Contractual Relations. *Journal of Law and Economics*, 22, 233-261.
- Wongrassamee, S. P. D. Gardiner e J. E. L. Simmons (2003), Performance measurement tools: the balanced scorecard and the EFQM Excellence Model, *Measuring Business Performance*, 7, 14-29.
- Worrel, B. (2003), Cap Gemini forecast health care's top 10 issues for 2003, *Health Care Strategic Management*, Jan 2003, 21(1), 14-15.
- Yang, C. e J. Huang (2000), A decision Model for IS Outsourcing, *International Journal of Information Management*, 20, 225-239.
- Yin, R. K. (1981), The Case Study Crisis: Some Answers, *Administrative Science Quarterly*, 26 (1) March, 58-65
- Yin, R. K. (2003), *Case study research: design and methods*- 3rd ed. Sage Publications, Inc.
- Young, S. (2005), Outsourcing in the Australian health sector: The interplay of economics and politics, *The International Journal of Public Sector Management*, 18(1), 25-35
- Young, S. (2007a), Outsourcing: two case studies from the Victorian public hospital sector, *Australian Health Review*, 31(1), 140-149.
- Young, S. (2007b), Outsourcing: uncovering the complexity of the decision, *International Public Management Journal*, 10(3), 307-25.

ANEXOS

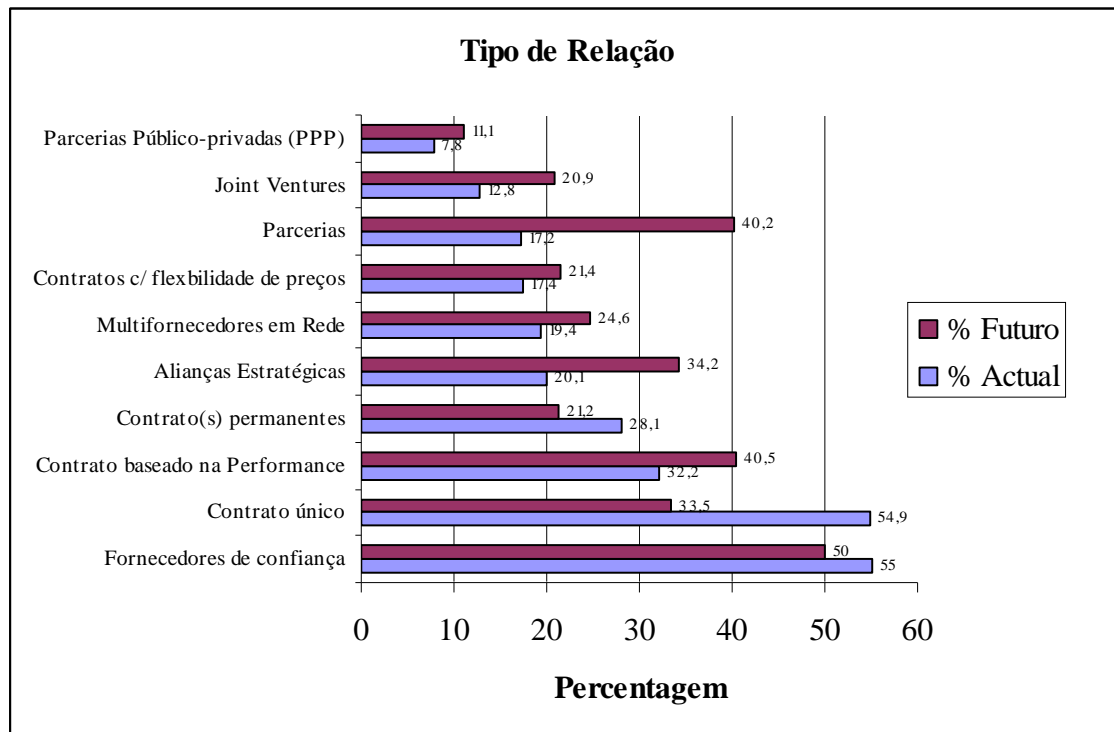
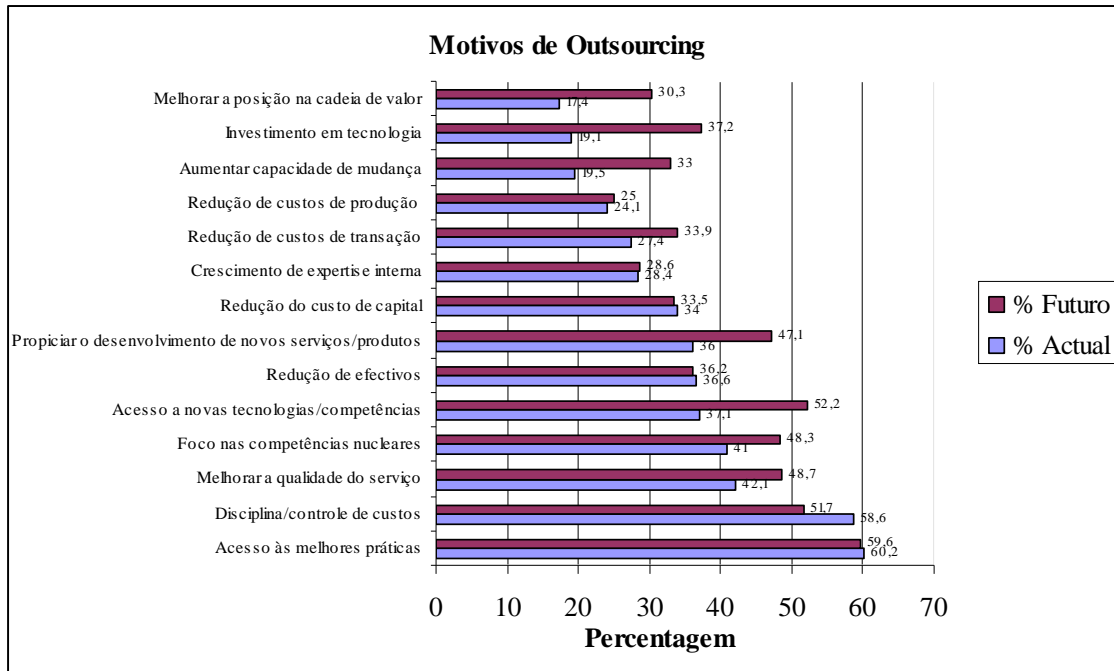
ANEXO 1 - Crescimento esperado do *outsourcing* por sectores de actividade

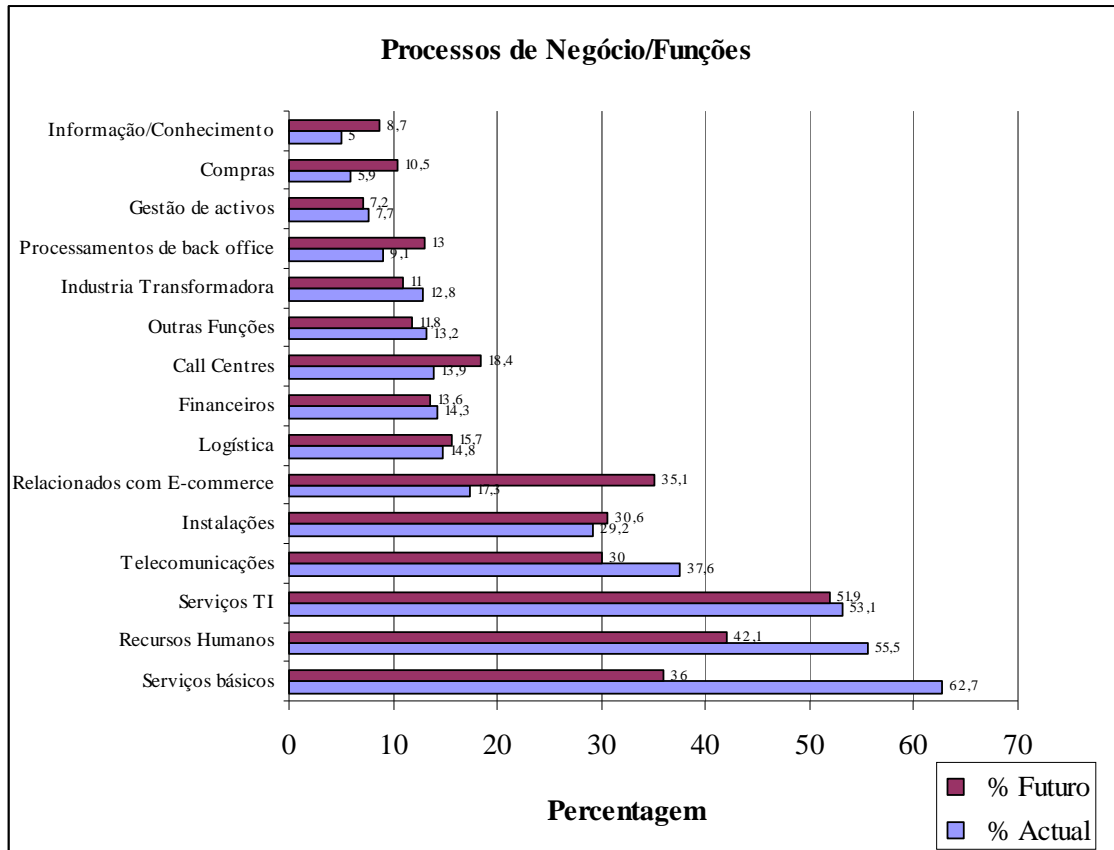
Sectores com iniciativas de aumento de outsourcing	Percentagem de aumento previsto para 2006
Financeiro (Gestão de Investimentos)	45,3%
Jurídico-Legal	41,2%
Serviços de saúde	38,0%
Bancário	35,9%
Farmacêutico (Biotecnologia)	33,6%
Sector Público Administrativo	30,2%
Média e entretenimento	22,8%
Indústria transformadora	21,5%
Seguros	19,1%

Fonte: Adaptado de Brown e Wilson (2005)

ANEXO 2 - Evolução das tendências de outsourcing

Fonte: Adaptado de Kakabadse e Kakabadse (2005)





ANEXO 3 - Inquérito aos hospitais dos SNS

ARS NORTE

Hospital	E-mail enviado	Resposta	Serv. Não Clínicos	Serv. Clínicos
Hospital de São Gonçalo, E.P.E. hospital@hamarante.min-saude.pt secadm@hamarante.min-saude.pt	S			
Hospital de Santa Maria Maior, E.P.E. secadm@hbarcelos.min-saude.pt	S			
Hospital de São Marcos hsm.geral@hsmbraga.min-saude.pt	S			
Hospital Distrital de Bragança, E.P.E. infor.hdb@hbraganca.min-saude.pt	S			
Centro Hospitalar do Alto Ave, E.P.E. administracao@hguimaraes.min-saude.pt	S	S	Alimentação, limpeza, segurança, transporte de doentes	Triagem médica no Serviço de Urgência (parcial), Relatórios de imagiologia, Medicina do trabalho
Hospital Distrital de Macedo de Cavaleiros hdmc@hmcavaleiros.min-saude.pt	S			
Hospital Pedro Hispano, E.P.E. ca@hph.min-saude.pt	S	S	Alimentação, Limpeza, Tratamento de roupa, Desinfestação, Recolha e tratamento de resíduos hospitalares e outros, Vigilância, Manutenção e jardins	MCDT
Hospital Distrital de Mirandela administracao@hmirandela.min-saude.pt	S			
Hospital Central Especializado de Crianças Maria Pia hadnmin@hmaripia.min-saude.pt	S			
Hospital Geral de Santo António, E.P.E. consadm@hgsa.min-saude.pt	S	S	Parte do serviço de higiene e limpeza, alimentação e dietética, tratamento de resíduos, segurança e vigilância, tratamento de roupa	
Hospital Joaquim Urbano hjugal@hjurbano.min-saude.pt	S			
Hospital de Magalhães Lemos hml@hmlemos.min-saude.pt	S			
Maternidade de Júlio Dimis administracao@mjd.min-saude.pt	S			
Hospital de S. João, E.P.E. ca@hsjoao.min-saude.pt	S			
Centro Hospitalar Póvoa de Varzim / Vila do Conde ca@hpvoa.min-saude.pt	S			
Centro Hospitalar do Médio Ave, E.P.E. admin@hstirso.min-saude.pt	S			
Hospital Padre Américo - Vale do Sousa, E.P.E. administracao@hpamerico.min-saude.pt	S			
Hospital de Nossa Senhora da Conceição de Valongo administracao@hvalongo.min-saude.pt	S			
Centro Hospitalar do Alto Minho, E.P.E. administracao@cham.min-saude.pt	S			
Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e	S			

Alto Douro, E.P.E. geral@hvreal.min-saude.pt				
Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia / Espinho, E.P.E. cachvng@chvng.min-saude.pt	S			

ARS CENTRO

Hospital				
Hospital Distrital de Águeda geral@hdagueda.min-saude.pt	S	S	Jurídico, informática, arquivo, contabilidade, SIES, tratamento de resíduos e lavagem de roupa e serviços de limpeza(SUCH), alimentação, segurança	Oftalmologia, neuroradiologia, pediatria, medicina, s. ocupacional, cirurgia
Hospital Infante D. Pedro (Aveiro) ctelmo@hdaveiro.min-saude.pt	S			
Hospital José Luciano de Castro (Anadia) hanadia@hanadia.min-saude.pt	S			
Hospital Dr. Francisco Zagalo (Ovar) hfzovar@hovar.min-saude.pt	S			
Hospital Visconde Salreu (Estarreja) geral@hvsalreu.min-saude.pt	S			
Hospital Amato Lusitano hal@hal.min-saude.pt	S			
Centro Hospitalar da Cova da Beira ci@chcbeira.min-saude.pt	S			
Hospital Sobral Cid geral@hpscid.min-saude.pt	S			
Centro Hospitalar de Coimbra correio@chc.min-saude.pt	S			
Hospitais da Universidade de Coimbra casec@huc.min-saude.pt	N			
Hospital Pediátrico de Coimbra correio@hpc.chc.min-saude.pt	S			
Maternidade Bissaya Barreto adm.mbb@chc.min-saude.pt	S			
Instituto Português de Oncologia de Coimbra secad@roc.min-saude.p	S			
Maternidade Dr. Daniel de Matos casec@huc.min-saude.pt	S			
Hospital Distrital da Figueira da Foz, EPE hdff@hdfigueira.min-saude.pt	S			
Hospital do Arcebispo João Crisóstomo administracao@hdcantanhede.min-saude.pt	S			
Hospital Psiquiátrico do Lôrvão cprgestao@mail.telepac.pt	N			
Centro Psiquiátrico de Recuperação de Arnes cprgestao@mail.telepac.pt	S			
Hospital de Nossa Senhora da Assunção geral@hdseia.min-saude.pt	S	S	Lavandaria, limpeza, recolha e tratamento de resíduos hospitalares Manutenção de equipamento	Auxiliares de acção médica (AMM) Médicos de urgência e consulta externa MCDT
Hospital Sousa Martins hsmguarda@hsmguarda.min-saude.pt	S			
Hospital Santo André secca@hsaleiria.min-saude.pt	S			
Hospital Distrital de Pombal ca@hdtondela.min-saude.pt	N			
Hospital de Cândido de Figueiredo ca@hdtondela.min-saude.pt	S			
Hospital São Teotónio geral@hstviseu.min-saude.pt	S			