FORMAS INSTITUCIONAIS DA TERCEIRIZAÇÃO DE SERVIÇOS EM HOSPITAIS DA REGIÃO SUDESTE DO BRASIL: UM ESTUDO EXPLORATÓRIO[#]

Dezembro 1999

Sábado Nicolau Girardi
Cristiana Leite Carvalho
João Batista Girardi Jr.

APRESENTAÇÃO

Neste trabalho apresentamos os principais resultados da pesquisa "Formas Institucionais da Terceirização de Serviços em Hospitais da Região Sudeste do Brasil: um estudo exploratório". A pesquisa foi realizada através de Entrevistas por Telefone Assistidas por Computador (ETAC). O survey cobriu 682 estabelecimentos hospitalares dos estados da região sudeste do país. O universo pesquisado correspondeu a uma amostra probabilística estratificada por porte de empregados dos estabelecimentos e teve dois objetivos básicos: (i) realizar um estudo exploratório sobre as formas de contratação de pessoal e serviços em hospitais e as modalidades institucionais adotadas no caso da terceirização do trabalho e dos serviços; (ii) testar a eficácia do método de survey telefônico na coleta de dados sobre aspectos do mercado de trabalho na área da saúde quanto à rapidez, fidedignidade da informação e taxa efetiva de respondentes. As perguntas foram dirigidas aos gestores dos estabelecimentos (diretores, provedores e administradores dos hospitais) ou,

[#] A pesquisa que deu origem a este trabalho foi financiada por um *grant* da Organização Pan Americana da Saúde PWR- Brasil. Sábado N. Girardi é médico, Doutorando em Saúde Pública ENSP-FIOCRUZ e Coordenador da Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado do NESCON-FMUFMG; Cristiana L Carvalho é dentista, MPH em Saúde Pública pela Johns Hopkins University, Doutoranda em Saúde Pública ENSP-FIOCRUZ e Professora da PUCMinas; João B. Girardi é jornalista e Supervisor da Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado do NESCON-FMUFMG. Participaram da pesquisa, José Paranaguá de Santana (OPS); Roberto Nogueira (IPEA), Mariângela Cherchiglia (DMPS-FMUFMG) e Francisco Campos (NESCON). A responsabilidade pela análise e interpretações pertence aos autores.

alternativamente, a um informante por ele indicado. A pesquisa foi realizada entre os meses de outubro a dezembro de 1999.

A apresentação do trabalho foi organizada em 04 sessões. A introdução discute a problemática da terceirização no setor de serviços de saúde a partir de uma perspectiva teórico-conceitual e levanta algumas hipóteses sobre suas implicações para a gerência das organizações bem como sobre seus impactos sobre os mercados de trabalho e serviços. Na segunda sessão apresentamos a metodologia utilizada e os aspectos operacionais envolvidos no desenvolvimento da pesquisa. Na terceira sessão apresenta-se os resultados da pesquisa discutindo os principais achados relativamente às formas e modalidades de contratação e terceirização encontradas. Na quarta sessão trazemos para apreciação aspectos da opinião dos gerentes dos estabelecimentos pesquisados sobre as principais vantagens e desvantagens atribuídas ao processo de terceirização tomando em conta parâmetros relativos a custos, produtividade, qualidade dos serviços etc. Neste trabalho não constam os blocos de anexos com as tabulações detalhadas e o anexo metodológico que se encontram no relatório da pesquisa.

INTRODUÇÃO

O setor de assistência médico-hospitalar no Brasil, reproduzindo uma tendência mais geral da economia contemporânea, vem utilizando de forma crescente o expediente da terceirização, ou seja a intermediação de agentes terceiros organizacionalmente constituídos para o suprimento de força de trabalho e serviços.

De uma maneira genérica, a terceirização pode ser definida como a contratação de agentes terceiros em lugar da contratação direta de empregados assalariados ou, de forma alternativa, da contratação ou "credenciamento" de autônomos, para provisão de serviços profissionais ou de qualquer outro tipo, dentro de uma organização[1]. Estes agentes terceiros podem funcionar simplesmente como intermediários na oferta de força de trabalho à organização/instituição contratante, como é o caso das agências de emprego, ou podem proporcionar-lhes um pacote inteiro de serviços. Seja como for, em toda a terceirização o que se estabelece é uma relação contratual entre um principal (contratante) e seu agente (o contratado) na qual o segundo age em nome e por determinação do primeiro. É importante ressaltar que, nos limites da definição de terceirização aqui adotada o agente contratado é constituído por uma organização formalmente independente da contratante. Seja como for, uma das conseqüências da terceirização para a gerência é que a existência de conflitos de interesses entre as partes contratantes tornaria necessário o estabelecimento de todo um conjunto de normas para definir as regras contratuais bem como para efetivar seu cumprimento e repactuar, sempre que necessário, os termos do contrato / relação.

Até recentemente o fenômeno da terceirização no setor de serviços de saúde esteve de alguma maneira localizado em funções de apoio operacional, serviços gerais e administrativos, serviços de hotelaria e outros considerados

[1] A rigor não se pode dizer que seja este um fenômeno novo na área da saúde. Na realidade em quase todos os países as instituições da Seguridade Social, nos seus distintos formatos, ao lado de manter seus próprios serviços, sempre utilizaram, em distintas proporções, o expediente da contratação de terceiros para a prestação de serviços de saúde. O fato novo e aparentemente inusitado talvez se refira às proporções que o fenômeno hoje atinge bem como seu deslocamento para os níveis mais micro-organizacionais seja nos hospitais do setor público seja nos privados. O desassalariamento e a flexibilização do trabalho, com as

não essenciais, bem como algumas áreas de apoio diagnóstico e terapêutico. O aumento da produtividade e da eficiência na produção de serviços, via transferência dos custos dos passivos trabalhistas e da administração dos conflitos para os agentes terceiros contratados se colocava entre as principais vantagens comparativas da terceirização. Por outro lado, dizia-se, a delegação de funções não essenciais a terceiros permitia que a gerência se ocupasse mais integralmente dos temas de excelência do setor em questão, o que trazia ganhos de qualidade. Ademais, num contexto em que o que ocorria era apenas a transferência de obrigações com o passivo trabalhista do contratante (principal) para o contratado (agente) mitigava-se, pelo menos em curto prazo, o problema da desproteção social do trabalho que somente veio a se apresentar de forma considerável com o passar do tempo[2]. Se pode dizer que nos dias de hoje este quadro está bastante mudado. A terceirização ganhou espaço e vem atingindo de forma crescente áreas antes protegidas, como os serviços profissionais especializados e essenciais, a gerência dos serviços e inclusive a gestão financeira. Ademais, os próprios agentes terceiros também se diferenciaram muito.

Torna-se cada vez mais importante, desde a perspectiva gerencial, tomar em conta as diferenças entre, por um lado, a terceirização via subcontratação de pequenas empresas de profissionais liberais, cooperativas de profissionais e profissionais organizados em rede - nas quais os participantes são cotistas, co-proprietários ou parceiros - e a terceirização via contratação de serviços temporários e agências de emprego - onde persiste a clara distinção entre

respectivas conseqüências em termos de desproteção do trabalho e desfinanciamento da previdência social constitui o lado inexoravelmente preocupante do fenômeno.

proprietários e empregados. Enquanto estas últimas tendem a incorporar os custos indiretos do trabalho, inclusive das demissões - e esta é a vantagem comparativa que oferecem às empresas contratantes com relação à alternativa da relação salarial - as primeiras tendem a transferir para cada um dos trabalhadores o financiamento de sua proteção em termos de benefícios e proteção social do trabalho.

Uma segunda diferenciação de grande relevância para a análise do processo no setor saúde é a diferenciação entre a terceirização do trabalho e dos serviços profissionais e a terceirização da gestão financeira e da gestão dos serviços. Apesar de que em ambos os casos o que se estabelece é uma relação entre um principal (o contratante) e seus agentes (os terceiros contratados), os instrumentos e mecanismos de regulação e as implicações da desregulação são bastantes diferentes em cada caso.

Os problemas de regulação da terceirização na área da saúde são crescentes, seja no setor privado conveniado com o SUS, onde o processo é já antigo mas muito discretamente regulado e em muitas áreas desregulado; seja no setor público, que para fugir ao formalismo e à rigidez das normas de contratação e remuneração, tem ensaiado formas de terceirização que muitas vezes se situam na informalidade e mesmo nas "franjas" da ilegalidade[3].

[2] Nesse contexto, os únicos atores que ofereciam resistência à terceirização eram os sindicatos porque perdiam representividade e poder de barganha pela fragmentação e segmentação do trabalho dentro das empresas.

[3] A terceirização, nas suas diversas vertentes, foi (e ainda parece ser) a resposta formal que os setores de atividade baseados no regime salarial encontraram para escapar da pressão dos custos indiretos do trabalho (aquilo que alguns autores definem como "pressão salarial"). Diz-se que a terceirização foi a resposta formal porque em muitos casos a informalização dos mercados de trabalho foi uma estratégia que com ela competiu diretamente e daí mesmo a freqüente dificuldade de se traçar uma linha demarcatória clara entre os dois processos em muitos casos

Seja como for, as questões da terceirização pela dimensão avultada dos problemas que têm acarretado, figuram hoje na agenda das autoridades sanitárias das altas esferas de governo seja no nível federal, seja no dos estados e municípios. A questão tem sido tema de debates frequentes e recentemente (em julho do ano passado) foi alvo de dois seminários promovidos por iniciativa conjunta do Ministério da Saúde e do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde – CONASEMS. Também as agências de regulação profissional, como o Conselho Federal de Medicina, dão evidências de crescente preocupação com o problema, entre outras coisas, em função das dificuldades de controle, fiscalização e supervisão técnica e ética da prática médica em contextos nos quais as próprias juntas diretoras e direções clínicas dos estabelecimentos já não detêm o controle direto dos profissionais que trabalham no hospital, que atuam sob o comando e normas de produção e remuneração de uma miríade heterogênea e sobretudo concorrente de grupos profissionais, cooperativas e mini-empresas médico-hospitalares contratadas.

No Brasil, a contratação de agentes terceiros organizados como micro-empresas ou como sociedades cooperativas para a prestação de serviços profissionais expandiu vigorosamente nos anos recentes. Observa-se que os hospitais privados lucrativos bem como o segmento filantrópico e beneficente conveniado do SUS ao invés de contratar médicos sob o regime salarial ou de utilizar a tradicional alternativa de vinculação do profissional como autônomo (forma usada mais tradicionalmente nos segmentos conveniados e contratados da seguridade social) têm demonstrado crescente preferência pela terceirização. Com a proliferação dos seguros, planos e convênios, os hospitais

têm estimulado a que os médicos se organizem sob a forma de sociedades de cotistas (micro e pequenas empresas de profissionais liberais) e cooperativas médicas - entre outras formas institucionais. Dados de uma Santa Casa que emprega 3,500 funcionários revelam a vigência simultânea de 134 diferentes contratos, 94 dos quais referentes a serviços de profissionais médicos e serviços de apoio diagnóstico e terapêutico. Nesse mesmo hospital existe uma cooperativa de médicos com mais de 700 médicos cooperados que tem como função precípua intermediar a vinculação dos médicos com o hospital e remunerá-los[4]. Dentre as formas institucionais de terceirização prevalecem as sociedades de quotas limitadas. Existem hoje no país cerca de 1500 pequenos estabelecimentos (com até 4 empregados) que prestam atividade de atenção hospitalar organizados na forma de sociedades de quotas de responsabilidade limitada[5].

A terceirização da gerência de serviços hospitalares é outro fenômeno que necessita ser dimensionada. Sabe-se que um número crescente de hospitais filantrópicos constituíram, ao largo dos anos 90, planos próprios de saúde como alternativa para contornar seus graves problemas de financiamento. Tem sido reportado, em ocasiões diversas, que tais entidades vem utilizando o expediente de contratar agentes terceiros para gerenciar seus hospitais. Nas formas de contratos de gestão estabelecidas se permite aos terceiros gestores contratados que, atendidas as cotas de usuários do SUS e dos planos de

[4] Estes arranjos são estimulados por brechas da legislação tributária. A carga tributária que incide sobre as empresas de profissionais liberais cotistas e cooperativas é significativamente menor que os impostos e encargos vinculados ao regime salarial e inclusive sobre os descontos sobre o exercício autônomo.

[5] À diferença das formas de organização cooperativadas que não subscrevem formalmente finalidades de lucro e costumam instituir normas de distribuição de ganhos de feições mais "equitativas", as sociedades de cotas limitadas se assumem como

saúde próprios, que estes gestores atuem de forma pró-ativa no mercado de planos e seguros de saúde. A proliferação desregulada deste tipo de arranjo pode induzir a processos de segmentação e discriminação de clientelas ampliando as desigualdades de tratamento inclusive no que diz respeito ao acesso a diferentes tipos de profissionais e especialidades e tecnologias disponíveis.

Assim, a terceirização figura, nos dias de hoje, no cerne da problemática da gestão dos serviços de saúde. Uma série de manifestações disfuncionais que se apresentam aos gerentes dos serviços e sistemas de saúde como a proliferação dos contratos e da burocracia para sua administração; o crescimento da concorrência e dos conflitos entre grupos; a diminuição da disposição à cooperação entre profissionais e especialidades e entre o trabalho e a gerência; as crescentes dificuldades dos diretores e gerentes de serviços em gerenciarem a qualidade técnica e ética do trabalho profissional pela proliferação de núcleos atomizados de mando e decisão; a diminuição da participação e a perda do interesse dos trabalhadores na missão dos serviços de saúde; o descompromisso com a continuidade e a integralidade dos cuidados de saúde a desumanização do atendimento aos usuários; entre outras; decorrem, em larga medida, da relativa escassez de critérios e da forma desordenada como vem sendo conduzida a terceirização dos serviços de saúde. Estas situações produzem crescente insatisfação dos usuários com relação à qualidade e a resolutividade dos serviços de saúde.

empreendimentos lucrativos e distribuem lucros e dividendos proporcionalmente aos riscos, mensurados proporcionalmente aos capitais assignados.

O volume com que as formas de contratação terceirizadas vêm sendo praticadas hoje no país não são conhecidas, especialmente se considerarmos a distribuição das contratações segundo os tipos de profissionais de saúde e de serviços existentes nos estabelecimentos hospitalares. Investigar essas formas e sua distribuição, ainda que de forma exploratória, torna-se importante, na medida em que pode estabelecer parâmetros e elementos de análise para subsidiar essas discussões presentes hoje na agenda dos gestores dos serviços de saúde.

A investigação aqui relatada teve dois objetivos básicos: (i) realizar um estudo exploratório sobre as formas de contratação de pessoal e serviços em hospitais e as modalidades institucionais adotadas no caso da terceirização do trabalho e dos serviços; (ii) testar a eficácia do método de survey telefônico na coleta de dados sobre aspectos do mercado de trabalho na área da saúde quanto à rapidez, fidedignidade da informação e taxa efetiva de respondentes;.

METODOLOGIA

Para o desenvolvimento do estudo exploratório e como forma de testar o método de survey telefônico foram coletados dados sobre as formas de contratação de pessoal e serviços nos hospitais da região sudeste do país. A escolha dessa região foi realizada em função de três critérios básicos: em primeiro lugar a escassez relativa de recursos disponíveis impedia a realização de um *survey* que abrangesse a totalidade das regiões do país; em segundo lugar, o custo mais reduzido das tarifas para os estados da região sudeste tendo em vista a localização da sede de operação da pesquisa telefônica, em

Belo Horizonte; em terceiro lugar pelo fato de ser essa a região que concentra o maior número de hospitais e de experiências sobre formas flexíveis de contratação terceirizada no país. De qualquer forma, deve-se ressaltar o caráter exploratório do estudo.

A moldura de Amostragem

Para construir a moldura de amostragem da pesquisa foi utilizado o Cadastro de Estabelecimentos Empregadores - CEE do Sistema RAIS/CAGED do Ministério do Trabalho e Emprego/MtbE. Esta base contém informações cadastrais sobre todos os estabelecimentos do país que mantiveram contato com os programas sociais do Ministério do Trabalho e Emprego (RAIS, CGC, CEI, CAGED, Seguro-Desemprego). Recortou-se o segmento da base correspondente aos estabelecimentos com atividade de atendimento hospitalar (código 85.111 da Classificação Nacional de Atividade Econômica de 1995 - Classe CNAE 95 85.111 - Atividades de Atendimento Hospitalar). Utilizou-se a Base Estatística e Cadastral de janeiro de 1999. Entre outras informações consta do referido cadastro: nome e razão social do estabelecimento; natureza jurídica; endereço completo etc. O cadastro é atualizado mensalmente. A moldura de amostragem correspondeu a uma população de 1.718 hospitais da região sudeste, que constitui o universo dos estabelecimentos com mais de 20 empregados constantes da base utilizada. A razão de se excluir os estabelecimentos com menos de 20 (vinte) empregados esteve ligada à predominância de clínicas especializadas que não oferecem leitos para internação de pacientes neste segmento. Além do mais, a inclusão deste

segmento - não hospitalar, a rigor - implicaria em acrescentar cerca de 4.000 (quatro mil) novos estabelecimentos à moldura de amostragem sem vantagem significativa para a análise pretendida. Dados não encontrados no Cadastro, como é o caso da imensa maioria dos números telefônicos, foram coletados de forma complementar através do serviço de busca telefônica disponibilizado via Internet ou via serviço da própria operadora telefônica regional. Dados incompletos, incorretos e informações faltantes foram adicionadas ao Cadastro original.

Uma importante limitação do Cadastro de Estabelecimentos Empregadores é a subrepresentação do setor público. De fato, embora o sistema RAIS-CAGED cubra mais de 95% do mercado de trabalho formal brasileiro[6] é grande a subrepresentação dos hospitais públicos na classe CNAE 85.111 (Atividades de Atendimento Hospitalar). Parte considerável dos hospitais públicos nesta base encontra-se diluída no interior da Administração Pública em Geral sendo, além de problemática, extremamente trabalhosa sua identificação.

Questionário e variáveis pesquisadas

Para a realização do *survey* telefônico foi construído um formulário de questões dividido em três blocos principais, dois dos quais "informativos" e um "opinativo".

O bloco 1 contem questões relativas à idenficação e caracterização geral do estabelecimento quanto à (i) natureza jurídica; (ii) especialidade do

estabelecimento; (iii) existência de convênio/ contrato com o SUS; (iv) existência de plano de saúde próprio do estabelecimento; (v) existência de convênio com outros planos e seguros de saúde.

O Bloco 2 constitui o "core" da pesquisa. Este bloco relaciona a oferta de determinados tipos de serviços no estabelecimento às modalidades em que estes são contratados. Mais especificamente se investiga a oferta dos seguintes tipos de serviços: (i) serviços de profissionais médicos em especialidades selecionadas; (ii) serviços de outros profissionais; (iii) serviços de apoio terapêutico; (iv) serviços de apoio diagnóstico; (v) serviços de administração. Para cada caso se investiga a existência de oferta do serviço no estabelecimento e em caso positivo a forma da oferta: (i) através de contrato assalariado de força de trabalho com vínculo formal de emprego com o estabelecimento; (ii) através da "contratação" de pessoa física de autônomo; (iii) através da contratação de pessoa jurídica de agentes terceiros organizacionalmente independentes do contratante (terceirização). Nos casos de terceirização investiga-se se os agentes terceiros contratados são constituídos como (iii.1) cooperativas; (iii.2) sociedades ou empresas de profissionais liberais; (iii.3) outra forma de empresa (sociedades por quotas de responsabilidade limitada, sociedades anônimas, sociedades civis com fins lucrativos, fundações privadas, firmas mercantis individuais etc.). Para as cooperativas e sociedades de profissionais liberais investiga-se se estas prestam serviços exclusivamente para aquele estabelecimento (cooperativas e sociedades de profissionais liberais internas) ou se estas atuam no mercado oferecendo serviços a diversos clientes (cooperativas e sociedades de

[6] Entre outros, Cardoso (1998); Quadros (1996); e Baltar (1995)

profissionais liberais externas). Com esse tipo de diferenciação entre as formas de terceirização, sobretudo com a identificação das sociedades de profissionais liberais, pretende-se um mapeamento inicial da participação das micro e pequenas empresas de profissões regulamentadas no mercado de serviços médicos.

O Bloco 3 contém perguntas opinativas sobre vantagens e desvantagens da terceirização com relação a custos, produtividade, qualidade dos serviços e conflitos trabalhistas e sobre os tipos e respectiva importância das fontes de receita existentes no estabelecimento (SUS, desembolso direto, seguros e planos gerais de saúde; planos de saúde próprios, etc.). Além destas questões opinativas, no Bloco 3 se investiga se o hospital (ou estabelecimento) possui sua gerência geral terceirizada.

Informantes e aspectos operacionais

O *survey* foi realizado através da Entrevista por Telefone Assistida por Computador (ETAC). As perguntas foram dirigidas aos gestores dos estabelecimentos (diretores, provedores e administradores dos hospitais) ou, alternativamente, a um informante por ele indicado. As questões do formulário foram estruturadas numa máscara para realização do questionário e processamento dos dados em meio informático. A grande maioria das questões foi estruturada na forma de questionário fechado. Foram abertas, entretanto, janelas para questões específicas e explicativas para situações não totalmente previstas no modelo de formulário.

Para operação da pesquisa foram utilizadas 04 (quatro) posições de telepesquisa ocupadas por (08) oito operadores e um servidor de rede operado pelo supervisor operacional da pesquisa. Ao supervisor foi assignada a tarefa da revisão e validação dos questionários realizados. Os questionários validados recebiam os códigos correspondentes à pesquisa realizada ou encerrados como pesquisa não realizada e os demais eram re-encaminhados para nova pesquisa. Entre os códigos de pesquisa realizada incluem-se (a) pesquisa completa para aqueles que responderam à pelo menos mais de um bloco da pesquisa - classificados como respondentes; (b) não respondeu, para os estabelecimentos que se negaram explicitamente a responder à pesquisa; (c) solicitou fax, para os estabelecimentos que reportaram que só responderiam à pesquisa mediante o envio de fax ou correspondência; (d) difícil contato, para aqueles que após 05 (cinco) tentativas sucessivas não informavam questões relativas a mais de um bloco, solicitando reagendamento. Os casos incluídos nos itens b, c e d foram considerados como não resposta.

O trabalho foi executado em dois turnos de 4 horas. Cada entrevista teve uma média de 20 minutos de duração para preenchimento dos dados. Para contatar cada estabelecimento foram realizadas em média 3 ligações por estabelecimento. O tempo total para realização da pesquisa telefônica foi de três meses.

O desenho da Amostra

O survey telefônico foi aplicado a uma amostra de 682 estabelecimentos hospitalares retirada do universo de 1.718 hospitais da região sudeste com mais de 20 empregados (conforme descrito no item correspondente à moldura de amostragem). O sistema de amostragem utilizado foi de amostra probabilística com margem de erro de 5%, estratificada em quatro subgrupos segundo o porte de empregados dos hospitais, conforme o quadro 1, abaixo relacionado.

Quadro 1. Distribuição do número de estabelecimentos da população do survey e da amostra segundo faixa de número de empregados.

Faixa de N.º de Empregados por estabelecimento	População	Amostra
20-49	607	236
50-249	820	262
250 –999	258	155
1000 e +	33	30
Total Global	1718	682

A natureza jurídica do estabelecimento não foi levada em consideração como critério de estratificação da amostra em função do problema da sub-representação dos estabelecimentos públicos na própria moldura de amostragem, conforme já comentado.

No sentido de contornar potenciais problemas como eventuais mudanças de endereços, encerramento de atividades de unidades hospitalares, erros cadastrais, entre outros problemas relacionados à moldura de amostragem, foram sorteados, adicionalmente aos 682 estabelecimentos da amostra

original, mais 72 estabelecimentos. O objetivo de tal procedimento foi o de assegurar os níveis e intervalos de confiança pretendidos7.

RESULTADOS

Os dados da Tabela 1 apresentam o número de pesquisas realizadas por estado e respectivos percentual de cobertura com relação ao universo da amostra. Conforme se pode observar, a porcentagem de pesquisas realizadas relativamente à amostra original foi da ordem de 90% com pequeno comprometimento dos níveis e intervalos de confiança pretendidos.

Tabela 1. Número de pesquisas realizadas por Estado e percentual cobertura da amostra.

	Pesquisas realizadas	Amostra	% pesquisas realizadas/amostra
ES	24	26	92,31
MG	175	188	93,09
RJ	137	154	88,96
SP	268	314	85,35
SE	604	682	88,56

A tabela 2 apresenta os números relativos às pesquisas telefônicas realizadas por estado conforme a situação da pesquisa. Observa-se que, no geral, 71,52% dos estabelecimentos contactados responderam à pesquisa. Em Minas Gerais obteve-se o maior índice de resposta completa à pesquisa, com quase 90% de taxa de respostas completas. O Rio de Janeiro foi o estado que apresentou o menor índice de resposta (50,36%) e as maiores taxas de recusa: 15,33% se negaram explicitamente a responder o questionário e em 33,58% dos estabelecimentos desistiu-se da pesquisa após cinco tentativas de contato.

[7] Dos 754 estabelecimentos que constituíram a base alargada do survey 73 não tinham telefone e 5 haviam encerrado as atividades.

Tabela 2. Número de pesquisas telefônicas realizadas, segundo a situação de resposta ao contato telefônico.

		ES	MG	RJ	SP	SE	
Respondeu	N	18	155	69	190	432
	%	75,00	88,57	50,36	70,90	71,52
Não Respondeu*	N	1	3	21	20	45
	%	4,17	1,71	15,33	7,46	7,45
Solicitou Fax**	N	1	0	1	12	14
	%	4,17	0,00	0,73	4,48	2,32
Difícil Contato***	N	4	17	46	46	113
	%	16,67	9,71	33,58	17,16	18,71
Total	N	24	175	137	268	604
	%	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00

* negação explícita
** reporta que só responderia à pesquisa mediante envio de fax ou correspondência
*** desistência após 05 (cinco) tentativas sucessivas, com contato efetuado com o estabelecimento e solicitação por parte do entrevistado de novo agendamento.

Caracterização Geral dos Estabelecimentos Pesquisados

As tabelas 3 e 4 apresentam a distribuição dos hospitais respondentes por faixa de porte de empregados e faixa de porte de leitos, respectivamente.

Tabela 3
Distribuição dos respondentes por faixa de porte de empregados

PORTE DE EMPREGADOS	N	%
Mais de 1000	14	3,2
250 a 999	95	22,0
50 a 249	191	44,2
20 a 49	129	29,9
Menos de 20	3	0,7

FONTE - Pesquisa "Formas Institucionais de Terceirização dos Hospitais do Sudeste", ESTAÇÃO DE PESQUISA DE SINAIS DE MERCADO - NESCON – FM - UFMG

Com relação ao porte de empregados, a faixa modal correspondeu aos estabelecimentos que possuíam entre 50 e 249 empregados, com 44,2% do total de respondentes.

Tabela 4
Distribuição dos respondentes por faixa de porte de leitos

PORTE DE LEITOS	N	%
Mais de 1000	1	0,2
500 a 999	7	1,6
250 a 499	21	4,9
100 a 249	136	31,5
50 a 99	131	30,3
20 a 49	105	24,3
Menos de 20	23	5,3
Sem Leitos	8	1,9

FONTE - Pesquisa "Formas Institucionais de Terceirização dos Hospitais do Sudeste", ESTAÇÃO DE PESQUISA DE SINAIS DE MERCADO - NESCON – FM - UFMG

Com relação à capacidade instalada em leitos, conforme se pode ver, mais de 62% dos estabelecimentos respondentes possuíam entre 50 a 249 leitos.

Tomando em conta a natureza jurídica dos estabelecimentos, dos 432 estabelecimentos que responderam à pesquisa 58% eram constituídos por entidades de natureza privada não lucrativa; 40% por entidades privadas com fins lucrativas e apenas 2,1% eram hospitais públicos. Considerando os índices de participação de 48%, 44,4% e 7,6% respectivamente correspondentes aos hospitais não lucrativos, lucrativos e públicos na moldura original de amostragem (constituída pelos 1.718 hospitais da região sudeste com mais de 20 empregados) pode-se dizer que os resultados da pesquisa são representativos do setor hospitalar privado e que propiciam inferências válidas para os segmentos não-lucrativo e lucrativo da rede. Não se pode fazer inferências válidas para os hospitais do setor público.

A maior parte dos hospitais (87%) tinham convênios com planos e seguros de saúde para atendimento de pacientes; 75% atendiam pelo Sistema Único de

Saúde (SUS) e um índice expressivo de hospitais (20,1%) revelaram operar planos de saúde do próprio estabelecimento (microplanos).

Dos hospitais que operavam planos de saúde próprios, 63,2% eram filantrópicos ou beneficentes e 32,2% eram estabelecimentos privados lucrativos. Observou-se que 22 % dos hospitais filantrópicos e beneficentes operavam planos de saúde próprios, proporção que atingiu 16,3% dos privados lucrativos. Com relação à localização geográfica dos hospitais que operavam micro-planos 56% concentravam-se no estado de São Paulo e 31% em Minas Gerais.

Com relação à fonte principal de receita, 67% indicaram o SUS como a primeira fonte de receita; os convênios com planos e seguros de saúde figuraram em 27% dos casos como a principal fonte de receita. Em 3,9% dos hospitais pesquisados os planos de saúde próprios se constituíam como principal fonte de receitas. Somente 1,4% dos estabelecimentos tinham no desembolso direto dos pacientes a primeira fonte de receita.

Caracterização das Modalidades de Contratação e Formas Institucionais da Terceirização

A maioria esmagadora dos estabelecimentos (97%) tinham administração geral própria. Somente oito estabelecimentos informaram terceirizar a gerência geral dos hospitais, sendo 4 deles sociedades filantrópicas, 3 hospitais privados

lucrativos especializados e uma fundação pública municipal. Destes 5 localizavam-se em São Paulo, 2 no Rio de janeiro e 1 em Minas Gerais.

Situação de Oferta de Serviços

As tabelas do grupo 5 referem-se à oferta de serviços por tipo nos estabelecimentos. Considera-se que existe oferta quando o serviço é prestado ao paciente, seja através de serviços próprios ou pessoal assalariado do estabelecimento seja por intermédio de terceiros contratados pelo estabelecimento.

Com relação à oferta de especialidades médicas os dados da tabela 5.1 revelam que os maiores índices de oferta correspondem a clínica geral (92,6%), seguida pela clínica cirúrgica (83,1%). É interessante observar que 1/5 dos estabelecimentos não disponibilizam serviços de anestesia e de pronto atendimento. Apenas 1/5 dos estabelecimentos oferecem serviços de psiquiatria e 40% dos estabelecimentos possuem médicos de CTI.

Tabela 5.1
Oferta de Especialidades Médicas
Set/Dez – 1999

ESPECIALIDADES MÉDICAS	SERVIÇO N=432	
	TEM	NÃO TEM
	(%)	(%)
Médico Clínico Geral	92,6	7,4
Médico Cirurgião	83,1	16,9
Médico Plantonista (Pronto Atendimento)	80,6	19,4
Médico Anestesista	79,9	20,1
Médico Ginecologista e Obstetra	79,4	20,6
Médico Pediatra	75,2	24,8
Médico Ortopedista	67,8	32,2
Médico de CTI	39,4	60,6
Médico Psiquiatra	22,9	77,1

FONTE - Pesquisa "Formas Institucionais de Terceirização dos Hospitais do Sudeste", ESTAÇÃO DE PESQUISA DE SINAIS DE MERCADO - NESCON - FM – UFMG

Com relação às demais profissões de saúde os maiores índices de oferta correspondem ao pessoal de enfermagem. Apenas 1,6% dos estabelecimentos não contam com enfermeiros e 2% não contam com auxiliares de enfermagem. Em proporção semelhante à da oferta das especialidades médicas de maior freqüência, 85,2% contratavam farmacêuticos. A contratação de serviços de fisioterapeutas é presente em 66,4% dos estabelecimentos (índice semelhante ao encontrado para médicos ortopedistas e fisiatras). As demais ocupações apresentam menores índices de contratação. As menores ofertas correspondem a dentistas e fisioterapeutas com menos de 20% dos estabelecimentos oferecendo serviços destes profissionais.

Tabela 5.2
Oferta de Outras Profissões de Saúde
Set/Dez - 1999

OUTRAS PROFISSÕES	SERVIÇO N=432	
	TEM	NÃO TEM
	(%)	(%)
Enfermeiro	98,4	1,6
Auxiliar de Enfermagem	97,9	2,1
Farmacêutico	85,2	14,8
Fisioterapeuta	66,4	33,6
Psicólogo	34,5	65,5
Fonoaudiólogo	23,6	76,4
Dentista	19,7	80,3
Terapeuta Ocupacional	19,2	80,8

FONTE - Pesquisa "Formas Institucionais de Terceirização dos Hospitais do Sudeste", ESTAÇÃO DE PESQUISA DE SINAIS DE MERCADO - NESCON - FM – UFMG

A tabela 5.3 apresenta dados relativos à oferta de serviços de apoio terapêutico nos estabelecimentos. Os menores índices de oferta correspondem à radioterapia e quimioterapia. Cerca de 1/5 dos estabelecimentos contavam com oferta de serviços de hemodiálise e hemoterapia e 42% tinham CTI ou UTI. Serviços de farmácia são oferecidos em 90% dos hospitais pesquisados que declaram possuir farmácia.

Tabela 5.3
Oferta de Serviço de Apoio Terapêutico
Set/Dez - 1999

SERVIÇO DE APOIO TERAPÊUTICO	SERVIÇO N=432	
	TEM	NÃO TEM
	(%)	(%)
Farmácia	89,8	10,2
Quimioterapia	16,9	83,1
Radioterapia	8,8	91,2
Hemodiálise	21,8	78,2
Hemoterapia	21,8	78,2
CTI/UTI	42,1	57,9

FONTE - Pesquisa "Formas Institucionais de Terceirização dos Hospitais do Sudeste", ESTAÇÃO DE PESQUISA DE SINAIS DE MERCADO - NESCON - FM - UFMG

Com relação aos serviços de apoio diagnóstico (tabela 5.4), os serviços de laboratório são oferecidos em 91,9% dos hospitais. Serviços de radiologia são oferecidos por 83,8% dos estabelecimentos e 80,8% oferecem serviços de eletrocardiografia. Serviços de ultrassonografia são oferecidos em 74,3% dos hospitais. Cerca de 60% oferecem serviços de endoscopia digestiva e 33% dos hospitais oferecem tomografia computadorizada. Por outro lado o serviço de ressonância magnética, presente em apenas 10% dos hospitais e os serviços de hemodinâmica, em 13,2% são os que apresentaram os mais baixos índices de oferta nos hospitais pesquisados.

Tabela 5.4
Oferta de Serviço De Apoio Diagnóstico
Set/Dez - 1999

SERVIÇO DE APOIO DIAGNÓSTICO	SERVIÇO N=432	
	TEM	NÃO TEM
	(%)	(%)
Anatomia Patológica	67,8	32,2
Radiologia	83,8	16,2
Eletroencefalograma	33,6	66,4
Eletrocardiograma	80,8	19,2
Ultra-som	74,3	25,7
Tomografia	33,1	66,9
Ressonância Magnética	10,0	90,0
Hemodinâmica	13,2	86,8
Ecocardiograma	31,5	68,5
Endoscopia	58,6	41,4
Laboratório	91,9	8,1

FONTE - Pesquisa "Formas Institucionais de Terceirização dos Hospitais do Sudeste", ESTAÇÃO DE PESQUISA DE SINAIS DE MERCADO - NESCON - FM - UFMG

A Tabela 5.5 apresenta a situação da presença de alguns tipos de serviços administrativos. Serviços de contabilidade/ pagamento existem em 100% dos estabelecimentos e 97% contam com estruturas para compra e organização de material. A presença de serviços de informática é observada em 83,3% dos estabelecimentos ao passo que as atividades de desenvolvimento de recursos

humanos (especialmente treinamento) se encontram mais ou menos estruturadas (ou seja com assignação dessas tarefas a pessoas ou grupos) em 62,7 % dos estabelecimentos que responderam à pesquisa.

Tabela 5.5
Presença de Contratação de Serviço Administrativo
Set/Dez – 1999

SERVIÇO ADMINISTRATIVO	SERVIÇO N=432	
	TEM	NÃO TEM
		(%)
Contabilidade		100,0
Desenvolvimento de RH.	62,7	37,3
Administração Financeira	91,0	9,0
Informática	83,3	16,7
Compra e Organização de Material	97,0	3,0

FONTE - Pesquisa "Formas Institucionais de Terceirização dos Hospitais do Sudeste", ESTAÇÃO DE PESQUISA DE SINAIS DE MERCADO - NESCON - FM – UFMG

Formas de contratação de Serviços

As tabelas do grupo 6 apresentam os dados sobre as formas institucionais de contratação dos serviços. Para o caso da contratação dos profissionais médicos especialistas, a tabela 6.1 revela que a vinculação do médico ao hospital como autônomo, ou seja como pessoa física que recebe por serviços sem configuração de vínculo empregatício formal, prevalece amplamente. Mais de 60% dos hospitais respondentes “contratam” o trabalho autônomo de cirurgiões, anestesistas, pediatras e gineco-obstetras. A forma do emprego assalariado, apesar de não predominar, é significativa entre os psiquiatras, plantonistas e médicos de CTI. Os maiores índices de terceirização registrados são observados, respectivamente, para a contratação de médicos de CTI (28,4%), anestesistas (22,7%) e ortopedistas 22,6%. Em média, em cerca de

5% dos casos, os médicos são co-proprietários cotistas dos estabelecimentos onde trabalham.

Tabela 6.1. Formas de Contratação de Especialidades Médicas
Set/Dez - 1999

ESPECIALIDADES MÉDICAS	N	TERCEIRIZADO	ASSALARIADO	AUTÔNOMO	COTISTA	OUTROS
Médico Anestesista	361	22,7	6,9	60,1	5,0	5,3
Médico Cirurgião	379	15,8	11,6	62,0	6,3	4,2
Médico Clínico Geral	416	15,6	18,8	56,5	5,3	3,8
Ginecologista e Obstetra	357	15,7	11,2	62,7	5,6	4,8
Médico Ortopedista	296	22,6	7,1	59,5	5,4	5,4
Médico Pediatra	334	15,9	12,9	62,3	4,5	4,5
Médico Plantonista	369	15,2	24,7	50,1	4,6	5,4
Médico Psiquiatra	108	17,6	26,9	45,4	1,9	8,3
Médico de CTI	183	28,4	23,5	37,7	6,0	4,4

FONTE - Pesquisa "Formas Institucionais de Terceirização dos Hospitais do Sudeste", ESTAÇÃO DE PESQUISA DE SINAIS DE MERCADO - NESCON - FM - UFMG

A tabela 6.2 refere-se às formas de contratação de outros profissionais de saúde. A contratação assalariada é a forma predominantemente praticada para as profissões de enfermeiros (95,6%), auxiliares de enfermagem (96,8%), farmacêuticos (84,2%), psicólogos (56,3%) e terapeutas (51,2%). A contratação via organizações terceiras é significativa para fisioterapeutas (33,6%), fonoaudiólogos (28,4%) e terapeutas ocupacionais, (17.9%). A vinculação como autônomo prevalece para as categorias de fonoaudiólogos e fisioterapeutas.

Tabela 6.2
Formas de Contratação de Outras Profissões
Set/Dez - 1999

OUTRAS PROFISSÕES	N	TERCEIRIZADO	ASSALARIADO	AUTÔNOMO	COTISTA	OUTROS
Farmacêutico	368	4,6	84,2	8,4	0,8	1,9
Dentista	86	11,6	40,7	33,7	1,2	12,8
Psicólogo	151	9,3	56,3	29,8	0,7	4,0
Fisioterapeuta	289	33,6	25,3	34,6	1,4	5,2
Fonoaudiólogo	102	28,4	26,5	40,2	1,0	3,9
Terapeuta Ocupacional	84	17,9	51,2	28,6	0,0	2,4
Enfermeiro	427	1,2	95,6	1,6	0,0	1,6
Auxiliar de Enfermagem	437	2,1	96,8	0,7	0,0	0,5

FONTE - Pesquisa "Formas Institucionais de Terceirização dos Hospitais do Sudeste", ESTAÇÃO DE PESQUISA DE SINAIS DE MERCADO - NESCON - FM - UFMG

A tabela 6.3 apresenta dados relativos às formas de contratação de serviços de apoio terapêutico pelos estabelecimentos. Evidenciam-se maiores índices de contratação terceirizada para os serviços de hemodiálise (49,5%), hemoterapia (39%), radioterapia (34%) e para os serviços de quimioterapia (31,2%). Por outro lado, na quase totalidade dos casos, a farmácia do hospital era própria, à exceção de 1,9% de casos onde a farmácia era terceirizada.

Tabela 6.3
Formas de Contratação de Serviço de Apoio Terapêutico
Set/Dez - 1999

SERVIÇO DE APOIO TERAPÊUTICO	N	TERCEIRIZADO	ASSALARIADO	AUTÔNOMO	COTISTA	PRÓPRIOS	OUTROS
Farmácia	374	1,9	0,0	0,0	0,0	98,1	0,0
Quimioterapia	93	31,2	6,5	11,8	1,1	27,9	21,6
Radioterapia	47	34,0	10,6	6,4	0,0	36,1	12,8
Hemodiálise	93	49,5	0,0	0,0	0,0	26,8	23,7
Hemoterapia	200	39,0	4,0	8,5	0,0	17,5	31,0
CTI/UTI	187	19,8	0,0	0,0	2,7	44,3	33,2

FONTE - Pesquisa "Formas Institucionais de Terceirização dos Hospitais do Sudeste", ESTAÇÃO DE PESQUISA DE SINAIS DE MERCADO - NESCON - FM – UFMG

Uma parcela considerável dos serviços de apoio terapêutico constituem-se como serviços próprios ao estabelecimento (44,1% das unidades de CTI/UTI; 36,1% dos serviços de radioterapia; 27,9% dos serviços de quimioterapia; 26,8% dos serviços de hemodiálise).

A tabela 6.4 apresenta os resultados para os serviços de apoio diagnóstico. A exceção do serviço de eletrocardiograma onde predomina a contratação direta

de profissionais autônomos (32%) e o emprego assalariado (27,3%), todos os outros serviços de apoio diagnóstico são predominantemente terceirizados, com destaque para anatomia patológica terceirizada em 81,3% dos casos.

Tabela 6.4
Formas de Contratação de Serviço de Apoio Diagnóstico
Set/Dez - 1999

SERVIÇO DE APOIO DIAGNÓSTICO	N	TERCEIRIZADO	ASSALARIADO	AUTÔNOMO	COTISTA	OUTROS
Anatomia Patológica	300	81,3	6,0	5,0	0,3	7,3
Radiologia	366	38,0	23,2	19,1	2,7	16,9
Eletroencefalograma	143	37,1	25,2	17,5	3,5	16,8
Eletrocardiograma	355	17,2	27,3	32,1	3,4	20,0
Ultra-som	318	49,4	11,3	25,2	3,1	11,0
Tomografia	145	61,4	6,2	16,6	2,1	13,8
Ressonância Magnética	47	70,2	4,3	8,5	0,0	17,0
Hemodinâmica	63	54,0	4,8	17,5	1,6	22,2
Ecocardiograma	142	52,1	5,6	20,4	5,6	16,2
Endoscopia	260	45,8	7,7	27,7	3,1	15,8
Laboratório	405	63,0	16,3	8,6	0,5	11,6

FONTE - Pesquisa "Formas Institucionais de Terceirização dos Hospitais do Sudeste", ESTAÇÃO DE PESQUISA DE SINAIS DE MERCADO - NESCON - FM - UFMG

A tabela 6.5 refere-se às formas de contratação dos serviços administrativos nos hospitais.

Tabela 6.5
Presença de Contratação de Serviço Administrativo
Set/Dez - 1999

SERVIÇO ADMINISTRATIVO	N	TERCEIRIZADO	ASSALARIADO	AUTÔNOMO	COTISTA	OUTROS
Contabilidade	480	34,8	40,4	2,9	0,0	21,9
Desenvolvimento de RH.	305	10,5	60,7	2,0	0,0	26,9
Administração Financeira	438	3,0	65,1	1,1	1,4	29,5
Informatica	391	18,4	61,1	0,5	0,0	19,9
Compra e Organização de Material	429	0,9	77,4	0,0	0,2	21,4

FONTE - Pesquisa "Formas Institucionais de Terceirização dos Hospitais do Sudeste", ESTAÇÃO DE PESQUISA DE SINAIS DE MERCADO - NESCON - FM - UFMG

A predominância de assalariamento dos profissionais pelo próprio estabelecimento nos tipos de serviços administrativos pesquisados é a regra. A contratação terceirizada revela-se mais significativa nos serviços de contabilidade (34,8%) e informática (18,4%). É interessante observar que em10,5% dos casos existe contratação de terceiros para execução de serviços de treinamento e desenvolvimento de recursos humanos.

As Formas de contratação predominantes segundo a natureza jurídica dos estabelecimentos

As tabelas dos grupos 7, 8 e 9 informam, respectivamente, sobre os índices de terceirização, assalariamento e contratação de profissionais como autônomos levando em conta a natureza jurídica dos estabelecimentos. Em síntese, pode-se dizer:

(i) são os hospitais privados lucrativos os que apresentam maiores índices de terceirização de atividades profissionais, seja para as especialidades médicas seja para as demais profissões;

(ii) o assalariamento é a forma característica de contratação de serviços profissionais de especialistas médicos e demais profissionais de saúde nos estabelecimentos do setor público;

(iii) os maiores índices de contratação de profissionais como autônomos são observados nos hospitais filantrópicos e beneficentes.

Tabela 7.1
Contratação Terceirizada de Especialidades Médicas, segundo Natureza Jurídica
Set/Dez - 1999

ESPECIALIDADES MÉDICAS	TERCEIRIZADO					
	PRIV LUCRATIVOS		PRIV NÃO LUCRATIVOS		PÚBLICO	
	N	%	N	%	N	%
Médico Anestesista	136	38,2	216	13,4	6	16,7
Médico Cirurgião	139	28,1	232	8,6	6	16,7
Médico Clínico Geral	162	28,4	245	7,3	7	14,3
Ginecologista e Obstetra	122	28,7	224	8,9	9	11,1
Médico Ortopedista	108	41,7	179	11,7	8	12,5
Médico Pediatra	111	31,5	213	8,0	9	11,1
Médico Plantonista	146	26,7	214	7,5	8	12,5
Médico Psiquiatra	42	26,2	61	13,1	5	0,0
Médico de CTI	86	40,7	92	18,5	4	0,0

FONTE - Pesquisa "Formas Institucionais de Terceirização dos Hospitais do Sudeste", ESTAÇÃO DE PESQUISA DE SINAIS DE MERCADO - NESCON - FM - UFMG

Tabela 7.2
Contratação Terceirizada de Outras Profissões, segundo Natureza Jurídica
Set/Dez - 1999

OUTRAS PROFISSÕES	TERCEIRIZADO					
	PRIV LUCRATIVOS		PRIV NÃO LUCRATIVOS		PÚBLICO	
	N	%	N	%	N	%
Farmacêutico	140	7,1	219	3,2	8	0,0
Dentista	25	32,0	55	3,6	6	0,0
Psicólogo	62	14,5	84	6,0	5	0,0
Fisioterapeuta	111	49,5	170	24,1	7	0,0
Fonoaudiólogo	53	41,5	44	13,6	4	0,0
Terapeuta Ocupacional	42	21,4	38	13,2	3	0,0
Enfermeiro	168	1,8	249	0,8	8	0,0
Auxiliar de Enfermagem	176	4,0	251	0,8	8	0,0

FONTE - Pesquisa "Formas Institucionais de Terceirização dos Hospitais do Sudeste",
ESTAÇÃO DE PESQUISA DE SINAIS DE MERCADO - NESCON - FM - UFMG

Tabela 8.1
Contratação Assalariada de Especialidades Médicas, segundo Natureza Jurídica
Set/Dez - 1999

ESPECIALIDADES MÉDICAS	ASSALARIADO					
	PRIV LUCRATIVOS		PRIV NÃO LUCRATIVOS		PÚBLICO	
	N	%	N	%	N	%
Médico Anestesista	136	2,9	216	7,9	6	66,7
Médico Cirurgião	139	10,8	232	10,3	6	83,3
Médico Clínico Geral	162	19,8	245	16,7	7	71,4
Ginecologista e Obstetra	122	9,0	224	10,3	9	66,7
Médico Ortopedista	108	3,7	179	6,7	8	62,5
Médico Pediatra	111	12,6	213	10,8	9	66,7
Médico Plantonista	146	22,6	214	24,3	8	62,5
Médico Psiquiatra	42	26,2	61	21,3	5	100,0
Médico de CTI	86	19,8	92	22,8	4	100,0

FONTE - Pesquisa "Formas Institucionais de Terceirização dos Hospitais do Sudeste",
ESTAÇÃO DE PESQUISA DE SINAIS DE MERCADO - NESCON - FM - UFMG

Tabela 8.2
Contratação Assalariada de Outras Profissões, segundo Natureza Jurídica
Set/Dez - 1999

OUTRAS PROFISSÕES	ASSALARIADO					
	PRIV LUCRATIVOS		PRIV NÃO LUCRATIVOS		PÚBLICO	
	N	%	N	%	N	%
Farmacêutico	140	85,7	219	82,6	8	87,5
Dentista	25	40,0	55	36,4	6	83,3
Psicólogo	62	53,2	84	57,1	5	80,0
Fisioterapeuta	111	19,8	170	27,1	7	71,4
Fonoaudiólogo	53	26,4	44	22,7	4	75,0
Terapeuta Ocupacional	42	54,8	38	44,7	3	100,0
Enfermeiro	168	97,0	249	95,2	8	87,5
Auxiliar de Enfermagem	176	95,5	251	98,0	8	100,0

FONTE - Pesquisa "Formas Institucionais de Terceirização dos Hospitais do Sudeste", ESTAÇÃO DE PESQUISA DE SINAIS DE MERCADO - NESCON - FM - UFMG

Tabela 9.1
Contratação Autônoma de Especialidades Médicas, segundo Natureza Jurídica
Set/Dez - 1999

ESPECIALIDADES MÉDICAS	AUTÔNOMO					
	PRIV LUCRATIVOS		PRIV NÃO LUCRATIVOS		PÚBLICO	
	N	%	N	%	N	%
Médico Anestesista	136	44,1	216	71,8	6	16,7
Médico Cirurgião	139	43,9	232	74,6	6	0,0
Médico Clínico Geral	162	38,9	245	69,4	7	14,3
Ginecologista e Obstetra	122	47,5	224	73,2	9	11,1
Médico Ortopedista	108	39,8	179	73,2	8	12,5
Médico Pediatra	111	44,1	213	73,7	9	11,1
Médico Plantonista	146	38,4	214	59,8	8	12,5
Médico Psiquiatra	42	38,1	61	54,1	5	0,0
Médico de CTI	86	27,9	92	48,9	4	0,0

FONTE - Pesquisa "Formas Institucionais de Terceirização dos Hospitais do Sudeste", ESTAÇÃO DE PESQUISA DE SINAIS DE MERCADO - NESCON - FM - UFMG

Tabela 9.2
Contratação Autônoma de Outras Profissões, segundo Natureza Jurídica
Set/Dez - 1999

OUTRAS PROFISSÕES	AUTÔNOMO					
	PRIV LUCRATIVOS		PRIV NÃO LUCRATIVOS		PÚBLICO	
	N	%	N	%	N	%
Farmacêutico	140	4,3	219	11,4	8	0,0
Dentista	25	24,0	55	41,8	6	0,0
Psicólogo	62	0,0	84	0,0	5	0,0
Fisioterapeuta	111	27,0	170	40,6	7	14,3
Fonoaudiólogo	53	30,2	44	54,5	4	25,0
Terapeuta Ocupacional	42	21,4	38	39,5	3	0,0
Enfermeiro	168	1,2	249	2,0	8	0,0
Auxiliar de Enfermagem	176	0,6	251	0,8	8	0,0

FONTE - Pesquisa "Formas Institucionais de Terceirização dos Hospitais do Sudeste",
ESTAÇÃO DE PESQUISA DE SINAIS DE MERCADO - NESCON - FM - UFMG

Formas Institucionais da Terceirização

As tabelas 10.1 a 10.4 apresentam os dados sobre as formas institucionais sob as quais os hospitais da região sudeste vêm praticando a terceirização dos serviços profissionais e técnicos.

Em linhas gerais, os resultados da pesquisa indicam que a terceirização de serviços de especialistas médicos e de outras profissões (com exceção da enfermagem) se dá preferencialmente através de sociedades ou empresas de profissionais liberais ao passo que na terceirização de serviços de complementação diagnóstica e apoio terapêutico prevalecem as outras formas de empresa com propriedade não necessariamente vinculada a profissionais de saúde.

De fato, os dados da tabela 10.1 demonstram que as empresas de profissionais liberais representam a forma institucional de terceirização predominante para as especialidades médicas variando sua participação entre 51,8% a 73,7% dos casos de terceirização. As cooperativas despontam como a segunda forma mais freqüente de contratação terceirizada de médicos respondendo, em média, por cerca de 30% dos contratos terceirizados. Por

último pode-se afirmar que a terceirização via “outras formas” de empresa é hoje a forma institucional menos utilizada na contratação desses profissionais.

Entre as empresas de profissionais liberais predominam as que atuam exclusivamente em um único estabelecimento (que chamamos de internas) Com relação às cooperativas prevalecem as que prestam serviços a mais de um estabelecimento.

Tabela 10.1
Contratação Terceirizada de Especialidades Médicas, segundo Formas Instituciuonais
Set/Dez - 1999

ESPECIALIDADES MÉDICAS	FORMA INSTITUCIONAL							N
	COOPERATIVA			EMPRESA DE PROFISSIONAL LIBERAL			OUTRA EMPRESA	
	INTERNA	EXTERNA	TOTAL	INTERNA	EXTERNA	TOTAL		
Médico Anestesista	8,5	25,6	34,1	34,1	23,2	57,3	8,5	82
Médico Cirurgião	8,3	23,3	31,7	36,7	21,7	58,3	10,0	60
Médico Clínico Geral	6,2	24,6	30,8	35,4	18,5	53,8	15,4	65
Ginecologista e Obstetra	8,9	25,0	33,9	30,4	21,4	51,8	14,3	56
Médico Ortopedista	9,0	17,9	26,9	37,3	19,4	56,7	16,4	67
Médico Pediatra	7,5	22,6	30,2	41,5	18,9	60,4	9,4	53
Médico Plantonista	8,9	25,0	33,9	39,3	10,7	50,0	16,1	56
Médico Psiquiatra	5,3	15,8	21,1	52,6	21,1	73,7	5,3	19
Médico de CTI	5,8	25,0	30,8	44,2	11,5	55,8	13,5	52

FONTE - Pesquisa "Formas Institucionais de Terceirização dos Hospitais do Sudeste", ESTAÇÃO DE PESQUISA DE SINAIS DE MERCADO - NESCON - FM - UFMG

A tabela 10.2 evidencia, a exemplo da tabela anterior, que as empresas de profissionais liberais atualmente se despontam como a via mais comum de terceirização na contratação dos profissionais de saúde não-médicos. À exceção de enfermeiros e auxiliares de enfermagem, que nos raros casos de contratação terceirizada apresentam índices superiores a 60% de contratação por via de cooperativa externa, as demais profissões de saúde, quando terceirizadas são predominantemente contratadas através de empresas de profissionais liberais. Pode-se afirmar ainda em relação a essas profissões, que somente para os psicólogos os índices de contratação via empresa de profissionais liberais não exclusivas superam os índices de contratação por meio das empresas de profissionais liberais internas.

Tabela 10.2
Contratação Terceirizada de Outros Profissionais, segundo Formas Institucionais
Set/Dez - 1999

OUTRAS PROFISSÕES	FORMA INSTITUCIONAL							N
	COOPERATIVA			EMPRESA DE PROFISSIONAL LIBERAL			OUTRA EMPRESA	
	INTERNA	EXTERNA	TOTAL	INTERNA	EXTERNA	TOTAL		
Farmacêutico	0,0	11,8	11,8	35,3	17,6	52,9	35,3	17
Dentista	0,0	10,0	10,0	50,0	10,0	60,0	30,0	10
Psicólogo	8,9	22,4	31,3	8,9	56,0	64,9	7,1	14
Fisioterapeuta	2,1	5,2	7,2	42,3	25,8	68,0	24,7	97
Fonoaudiólogo	13,8	10,3	24,1	37,9	20,7	58,6	17,2	29
Terapeuta Ocupacional	6,7	6,7	13,3	40,0	20,0	60,0	26,7	15
Enfermeiro	0,0	60,0	60,0	20,0	0,0	20,0	20,0	5
Auxiliar de Enfermagem	0,0	66,7	66,7	11,1	0,0	11,1	22,2	9

FONTE - Pesquisa "Formas Institucionais de Terceirização dos Hospitais do Sudeste", ESTAÇÃO DE PESQUISA DE SINAIS DE MERCADO - NESCON - FM - UFMG

As tabelas 10.3 e 10.4 demonstram que na terceirização dos serviços de apoio diagnóstico e terapêutico prevalecem as “outras” formas de empresas. Aparentemente a questão da escala de uso de força de trabalho e da complexidade de instalações, equipamentos e tecnologias bem como dos custos operacionais envolvidos na prestação dos serviços são fatores determinantes da escolha da “forma institucional” de terceirização. De fato, conforme demonstram os dados das tabelas 10.3 e 10.4, os hospitais terceirizam mais via “outra forma de empresa” os serviços de laboratório (91,4%), anatomia patológica (88,9%), hemoterapia (89,7%), ressonância magnética (78,8%) e tomografia (73%).

Tabela 10.3
Contratação Terceirizada de Serviços de Apoio Terapêutico segundo Forma Institucional

	Cooperativa	Empresa de Prof. Liberal	Outra Empresa	N
Farmácia	12,5	0,0	87,5	8
Quimioterapia	3,3	33,3	63,3	30
Radioterapia	6,3	25,0	68,8	16
Hemodiálise	0,0	34,0	66,0	50
Hemoterapia	0,0	10,3	89,7	78
CTI/UTI	20,0	35,0	45,0	40

Tabela 10.4
Contratação Terceirizada de Serviços de Apoio Diagnóstico segundo Forma Institucional

	Cooperativa de	Empresa de Prof. Liberal	Outra Empresa	N
Anat. Patológica	0,0	11,1	88,9	244
Radiologia	4,3	30,9	64,7	139
Eletroencefalografia	11,3	35,8	52,8	53
Eletrocardiografia.	13,1	37,7	49,2	61
Ultra-som	3,8	35,0	61,1	157
Tomografia	4,5	22,5	73,0	89
Resson. Magnética	0,0	21,2	78,8	33
Hemodinâmica	2,9	35,3	61,8	34
Ecocardiografia	5,4	27,0	67,6	74
Endoscopia	5,0	42,9	52,1	119
Laboratório	0,4	8,2	91,4	255

Opinião dos Gestores sobre as Vantagens e Desvantagens da Terceirização

Nesta sessão apresentamos a opinião dos gerentes acerca das vantagens e desvantagens da terceirização. Os gestores foram incitados a emitir sua opinião geral sobre as vantagens e desvantagens da terceirização tendo em vista seus impactos nos seguinte parâmetros:

- custo dos serviços;
- produtividade dos trabalhadores/profissionais;
- qualidade dos serviços;
- conflitos trabalhistas (litígios judiciais trabalhistas).

Os gerentes eram estimulados a emitir sua opinião a despeito do tipo e grau de terceirização de serviços praticados em seu estabelecimento e mesmo naqueles casos em que o estabelecimento não praticava qualquer sorte de

contratação de terceiros. Os resultados podem ser conferidos nas tabelas 11, 12, 13 e 14.

Têm opinião favorável à terceirização 31,3% dos entrevistados com relação ao parâmetro custos; 43,4% com relação à produtividade; 47,2% com relação ao parâmetro qualidade dos serviços e 11,2% acham a terceirização vantajosa no que diz respeito aos conflitos trabalhistas.

Emitem opinião desfavorável à terceirização, com relação ao parâmetro custos 12,9% dos entrevistados; 3,1% dos entrevistados com relação ao parâmetro produtividade; 3,3% com relação ao parâmetro qualidade e 2,6% dos entrevistados acham que a terceirização aumentou os conflitos trabalhistas.

Não têm opinião ou não sabem informar sobre as vantagens da terceirização 37,2% dos respondentes com relação aos parâmetros de custos dos serviços, proporção que atinge 33,5% dos respondentes a respeito dos parâmetros de produtividade; 31,5% com relação à qualidade dos serviços e 66,8% com relação aos conflitos trabalhistas.

Consideram, por fim, 18,6% dos entrevistados informam que a terceirização manteve inalterados os parâmetros de custo; 20% acham que a terceirização não alterou a produtividade; 17,9% pensam que não houve alteração dos parâmetros de qualidade e 19,5% dos entrevistados acham que a terceirização não alterou o nível dos conflitos trabalhistas.

Tabela 11
Atribuição de Impacto da Terceirização sobre Custos

OPINIÃO	%
Cresceu Muito	8,1
Cresceu Pouco	4,8
Manteve-se Inalterado	18,6
Diminuiu Muito	19,8
Diminuiu Pouco	11,5
Não tem opinião / Não Sabe	37,2

FONTE – Pesquisa "Formas Institucionais de Terceirização dos Hospitais do Sudeste", ESTAÇÃO DE PESQUISA DE SINAIS DE MERCADO - NESCON - FM – UFMG

Tabela 12
Atribuição de Impacto da Terceirização sobre Produtividade

OPINIÃO	%
Cresceu Muito	29,8
Cresceu Pouco	13,6
Manteve-se Inalterado	20,0
Diminuiu Muito	1,9
Diminuiu Pouco	1,2
Não tem opinião / Não Sabe	33,5

FONTE – Pesquisa "Formas Institucionais de Terceirização dos Hospitais do Sudeste", ESTAÇÃO DE PESQUISA DE SINAIS DE MERCADO - NESCON - FM – UFMG

Tabela 13
Atribuição de Impacto da Terceirização sobre Qualidade dos Serviços

OPINIÃO	%
Cresceu Muito	33,4
Cresceu Pouco	13,8
Manteve-se Inalterado	17,9
Diminuiu Muito	1,4
Diminuiu Pouco	1,9
Não tem opinião / Não Sabe	31,5

FONTE – Pesquisa "Formas Institucionais de Terceirização dos Hospitais do Sudeste", ESTAÇÃO DE PESQUISA DE SINAIS DE MERCADO - NESCON - FM – UFMG

Tabela 14
Atribuição de Impacto da Terceirização sobre Conflitos Trabalhistas

OPINIÃO	%
Cresceu Muito	1,4
Cresceu Pouco	1,2
Manteve-se Inalterado	19,5
Diminuiu Muito	8,3
Diminuiu Pouco	2,9
Não tem opinião / Não Sabe	66,8

FONTE – Pesquisa "Formas Institucionais de Terceirização dos Hospitais do Sudeste", ESTAÇÃO DE PESQUISA DE SINAIS DE MERCADO - NESCON – FM – UFMG

DISCUSSÃO

A escassez de estudos abrangentes do fenômeno da terceirização no setor saúde no Brasil é um fator que dificulta uma discussão mais rigorosa dos resultados da pesquisa através de comparações pertinentes. Com exceção de alguns estudos realizados em amostras de hospitais no estado de São Paulo, publicados no Boletim de Indicadores do PROAHSA, não existem dados quantitativos sistemáticos suficientemente abrangentes publicados sobre o tema para o setor saúde no Brasil (Cherchiglia, 1999) 8. A discussão realizada a seguir apresenta, portanto, esta limitação.

Os resultados da pesquisa confirmam a hipótese mais geral aventada inicialmente de que a prática da terceirização da contratação de trabalho e de serviços nos hospitais do sudeste brasileiro ultrapassa as áreas não finalísticas de apoio de serviços gerais de limpeza, vigilância, manutenção,

[8] Cherchiglia M.L (1999), Terceirização do Trabalho nos serviços de saúde: alguns aspectos conceituais, legais e pragmáticos, in Capacitação em Desenvolvimento de Recursos Humanos de Saúde (Santana JP e Castro JL, orgs.), Natal: EDUFRN.

alimentação etc., para atingir áreas (também não finalísticas) da administração/ contabilidade e, inclusive, de forma importante, os serviços profissionais e técnicos de saúde. A pesquisa demonstrou que a prática da terceirização mostrou-se relevante seja para a obtenção de serviços de especialistas médicos como anestesiologistas, ortopedistas e mesmo pediatras, cirurgiões e clínicos gerais seja para a obtenção de serviços de apoio diagnóstico (como laboratório, radiologia etc.) ou terapêutico especializados (a exemplo da hemodiálise e da hemoterapia, entre outros).

Conforme os estudos publicados pelo PROAHSA para o estado de São Paulo, a prática da terceirização mostra-se mais freqüente em hospitais de grande porte - 49% da mão-de-obra dos grandes hospitais (com 151 a 300 leitos) eram terceirizados contra 3% de terceirizados em hospitais de pequeno porte (até 50 leitos)[9]. Nossa pesquisa também apontou que os hospitais de maior porte são os que mais contratam serviços de especialistas médicos, serviços de apoio diagnóstico e serviços de apoio terapêutico a terceiros.

Com relação aos serviços técnicos e profissionais encontramos que 49,5% dos hospitais do sudeste pesquisados terceirizavam os serviços de diálise; 81,3% terceirizavam os serviços de anatomia patológica; 22,7% obtinham serviços de anestesiologia de forma terceirizada; 22,6% e 33,6% dos hospitais contratavam respectivamente médicos ortopedistas e fisioterapeutas por terceirização. A proporção de utilização da prática de terceirização cresce quando se consideram apenas os hospitais privados lucrativos (49,5% para fisioterapeutas; 41,5% para fonoaudiólogos; 41,7% para ortopedistas; 40,7%

para médicos de CTI/UTI e 38,2% para anestesiologistas). Debruçando-se sobre o caso norteamericano, Cherchiglia (1999:373) revela que naquele país destacam-se entre os serviços profissionais e técnicos terceirizados, os serviços de diálise (com 58%); os serviços de patologia (com 39%), a anestesiologia (com 33%) e a fisioterapia/reabilitação (com 31%).

O crescimento da terceirização e a entrada de empresas com fins lucrativos em serviços vitais como os serviços de transfusão de sangue nos Estados Unidos é um aspecto de preocupação crescente. Autores como Sazama (1999) recomendam que avaliações acerca da qualidade dos serviços de transfusão deveriam ser realizadas antes decisão da adoção dessas novas formas relacionais. Para o autor, preocupações com a viabilidade fiscal não deveriam minimizar considerações sobre a segurança e a disponibilidade dos serviços oferecidos aos pacientes [10]. No nosso estudo, encontramos que 17,5% dos hospitais mantinham serviços próprios de hemoterapia; 31% obtinham estes serviços através de parcerias e convênios com organizações não lucrativas e 39% dos estabelecimentos pesquisados utilizavam o expediente da contratação de terceiros.

Os baixíssimos índices de terceirização de profissionais da área de enfermagem corroboram alguns achados anteriores. Numa pesquisa telefônica realizada em 3.406 hospitais cobrindo todas as regiões do país encontramos que apenas 1,7% e 1,5% dos hospitais contratavam, respectivamente,

[9] Cf. Cherchiglia, op.cit.

10 Sazama K (1999), The changing relationships in transfusion medicine, **Arch Pathol Lab Med**; 123(8):668-71, Aug 1999

enfermeiros e auxiliares de enfermagem via terceiros (Girardi, 1999)11. Na presente pesquisa da região sudeste encontramos que 1,2% e 2,1% dos estabelecimentos hospitalares contratavam respectivamente o trabalho de enfermeiros e auxiliares de enfermagem de forma terceirizada. Mesmo entre os hospitais lucrativos estes índices eram baixos: 1,8% para enfermeiros e 4,0% para auxiliares de enfermagem.

A essa altura impõe-se uma primeira conclusão com implicações evidentes para a gerência dos serviços de saúde. A existência de padrões claramente diferenciados para a contratação de serviços de pessoal da área de enfermagem e para a contratação do corpo médico parece-nos um fato irrefutável. No primeiro caso a condição salarial é a regra ao passo que para os serviços médicos prevalecem a condição autônoma com participação importante e provavelmente crescente da condição terceirizada. A pergunta que fica é sobre a adequação dos costumeiros instrumentos e métodos da gestão de pessoal e da chamada administração salarial que se adequada para a "gerência" do pessoal da área de enfermagem não pareceria pertinente para o caso dos serviços médicos tendo em vista as aludidas condições que cercam a "contratação" da maior parte destes profissionais. Aparentemente seria necessário combinar aspectos da administração de pessoal com instrumentos da gerência de contratos.

Se são raros os estudos que quantificam de forma satisfatória, mesmo que em linhas genéricas, o fenômeno da terceirização em serviços de saúde no Brasil, praticamente inexistentes são os estudos que informam sobre aspectos mais

[11] Girardi, SN (1999) "Dossiê Mercado de Trabalho em Enfermagem no Brasil", Brasília: PROFAE – Ministério da Saúde. Parte do estudo correspondeu a um *survey* telefônico aplicado em 3406 hospitais.

específicos, a exemplo dos formatos institucionais da terceirização. Pode-se dizer que sob esse aspecto a presente pesquisa constitui um esforço pioneiro e malgrado suas falhas metodológicas e conceituais[12], que impõem cautela na interpretação dos resultados, alguns achados mereceriam discussão.

Os resultados da pesquisa indicaram, por exemplo, que a terceirização dos serviços de especialistas médicos e de outros profissionais se dá preferencialmente via contratação de sociedades ou empresas de profissionais "liberais" e cooperativas enquanto que a contratação dos serviços de complementação diagnóstica e de apoio terapêutico se dá via outras formas de empresa. Até quando a escolha da "forma institucional" de terceirização seria determinada pela escala de uso de força de trabalho e pela complexidade e escala de custos de instalações e equipamentos envolvidos na prestação do serviço? Qualquer resposta mais definitiva a essa questão depende de investigações posteriores.

Outro ponto que merece discussão: a importância das sociedades ou empresas de profissionais liberais na intermediação do fornecimento do trabalho de especialistas médicos para os hospitais. Conforme vimos, em média, cerca de 60% dos hospitais pesquisados declararam que quando terceirizam serviços de anestesistas, cirurgiões, pediatras, clínicos ou ortopedistas utilizam as sociedades de profissionais liberais. Mais ainda: cerca de 1/3 das

[12] As referidas falhas estiveram ligadas, por um lado a dificuldades ligadas à complexidade do tema e por outro a limitações da própria pesquisa. Informações sobre a natureza jurídica mais específica dos serviços terceirizados, como por exemplo se o serviço em questão é uma sociedade de quotas de responsabilidade limitada, uma sociedade anônima, uma sociedade em nome coletivo, uma firma mercantil individual etc., nem sempre estão imediatamente disponíveis para serem prestadas pelo gerente. Ademais, limites de recursos e o curto espaço de tempo da pesquisa impossibilitaram um tratamento estatístico adequado dos resultados.

terceirizações desses especialistas se dá através de empresas de profissionais médicos que atuam exclusivamente em um único estabelecimento. Em geral, a contratação dessas sociedades obtém a preferência dos hospitais em detrimento da contratação de cooperativas ou de outras formas de empresa[13]. Este é outro fator que mereceria uma investigação mais aprofundada. Existiria uma tendência ao crescimento sustentado dessas formas institucionais no mercado de serviços médicos? Em caso positivo, isto se daria em detrimento da redução da redução da participação das cooperativas de trabalho médico e da "condição de autonomia"? A resposta a esta questão depende de uma série de fatores, incluindo variáveis que vão da evolução da legislação tributária a aspectos relacionados com as formas de regulação dos "negócios" médicos. Do ponto de vista da "cultura" da profissão médica – se é que é pertinente o uso da expressão - esse tipo de evolução, ou seja, a proliferação dessas sociedades médicas quase-empresariais ou semi-autônomas pareceria preferível pelo menos à condição salarial.

Na verdade, para esclarecer este ponto seria necessário "baixar" a investigação para além dos hospitais aos próprios grupos profissionais. Somente uma investigação que tenha como unidade de informação o próprio agente "terceiro" seria capaz de esclarecer devidamente aspectos relativos à sua natureza jurídica, dimensões, "clientes" (hospitais, planos e seguros de saúde etc), formas de relação mais ou menos exclusivas com os clientes, normas de remuneração de seus associados etc.

[13]Na verdade, no segmento dos hospitais de grande porte (mais de 250 leitos) a contratação de especialistas médicos via cooperativas supera as empresas de profissionais liberais.

Finalmente restaria discutir o significado dos resultados da pesquisa no que diz respeito à opinião dos gerentes dos hospitais acerca das vantagens e desvantagens da terceirização. Conforme relatamos, segundo a opinião dos gerentes, as vantagens da terceirização variam segundo o parâmetro pesquisado. Poucos (11,2%) acham a terceirização vantajosa no que diz respeito à redução dos conflitos trabalhistas ao passo que cerca da metade dos entrevistados vêm vantagens no que diz respeito aos aspectos relacionados à qualidade dos serviços. Quanto ao parâmetro custos cerca de 1/3 opinam que a terceirização redunda em sua diminuição. Nos pareceu significativo que cerca de 40% dos entrevistados não tenham opinião sobre o impacto da terceirização sobre os custos e que cerca de 20% achem que a terceirização não afete os custos dos serviços. Estes achados parecem contrastar com os resultados de um *survey* conduzido nos Estados Unidos que demonstrou que a terceirização, apesar da tendência à estabilização nos próximos anos, mantém sua popularidade intocada entre executivos da saúde preocupados com o controle de custos[14].

[14]Sunseri R (1998) Outsourcing loses its 'MO'. Our annual survey points to a plateau for most contract services. **Hosp Health Netw**; 72(22):36, 38, 40, 1998 Nov 20.