



Tema IV

Qualidade do Gasto Público

Qualidade do Gasto Público – Primeiro Lugar

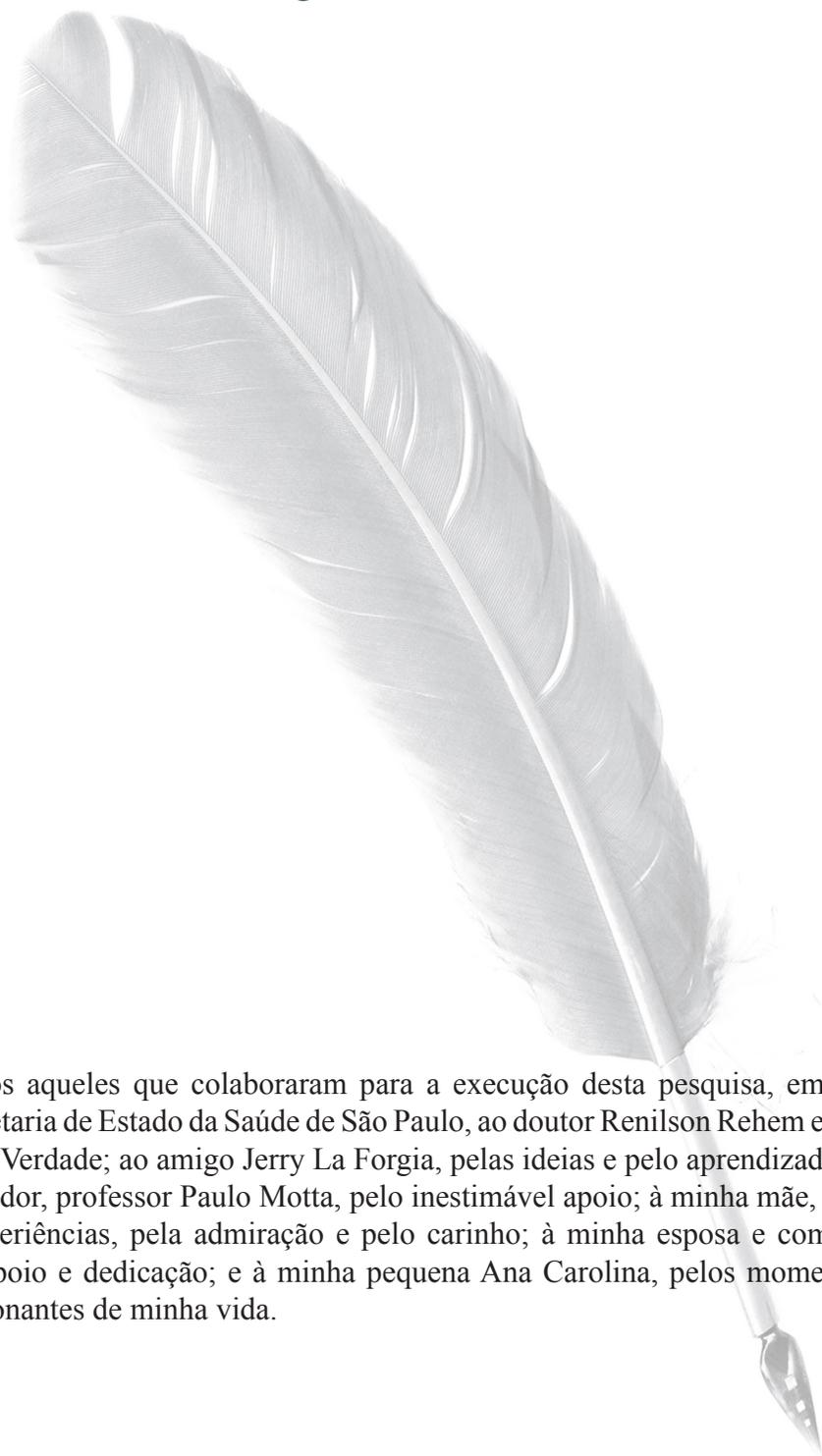
*Trajano Augustus Tavares Quinhões**



*O Modelo de Governança das Organizações
Sociais de Saúde (OSS) e a Qualidade do
Gasto Público Hospitalar Corrente*

** Doutor em Administração pela Escola Brasileira de Administração Pública e de Empresas (Ebape/FGV) e Especialista em Políticas Públicas e Gestão Governamental do Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão (MPOG).*

Agradecimentos



A todos aqueles que colaboraram para a execução desta pesquisa, em especial: à Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, ao doutor Renilson Rehem e à senhora Eliane Verdade; ao amigo Jerry La Forgia, pelas ideias e pelo aprendizado; ao meu orientador, professor Paulo Motta, pelo inestimável apoio; à minha mãe, pela troca de experiências, pela admiração e pelo carinho; à minha esposa e companheira, pelo apoio e dedicação; e à minha pequena Ana Carolina, pelos momentos mais emocionantes de minha vida.

Resumo

Esta monografia analisa a implantação do modelo de governança das Organizações Sociais de Saúde (OSSs) para a provisão de serviços hospitalares no Estado de São Paulo e como isso afetou a qualidade do gasto corrente e as características das transações, segundo a Abordagem dos Custos de Transação (TCA). O trabalho defende que a escolha do modelo de governança mais adequado para a provisão de serviços hospitalares contribuiu para uma melhor qualidade do gasto corrente e sustenta a tese de que essa decisão deve basear-se na capacidade de o modelo escolhido promover o melhor nível de eficiência e não exclusivamente em sua capacidade de minimizar os custos de transação existentes. Foram investigadas as características das transações referentes à provisão de serviços hospitalares pela Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, os custos decorrentes dessas características associados aos problemas típicos de governança e o desempenho das organizações após a implantação do modelo das OSSs. Para verificar as relações propostas pelo estudo, realizou-se um estudo de caso múltiplo, comparativo entre três hospitais públicos estaduais governados por OSSs e três hospitais segundo o modelo da administração direta, com portes e perfis assistenciais similares, todos localizados na região metropolitana de São Paulo. A análise do desempenho dos hospitais públicos estaduais, comparando os hospitais OSSs com os hospitais públicos tradicionais, baseia-se nos dados oficiais do Ministério da Saúde, oriundos dos dados do SIA/SIH SUS e do CNES. Concluiu-se que a governança das OSSs incrementou os custos de transação em cerca de 1% dos gastos totais, mas os hospitais que atuam segundo esse modelo apresentaram um desempenho significativamente mais satisfatório em comparação com o grupo de hospitais da administração direta, auferindo maior eficiência geral (20% mais altas hospitalares por leito operacional e 160% mais atendimentos ambulatoriais por sala), produzindo mais serviços por pessoal disponível (10% mais internações por médico e 1,6% menos funcionários por leito), maior eficiência técnica e alocativa, e, em termos da qualidade da atenção, apesar de os hospitais OSSs analisados terem uma clientela um pouco mais velha e de prestarem atendimentos com maiores requisitos de complexidade de atenção, a taxa de mortalidade geral foi 1% inferior à verificada nos hospitais da administração direta. A pesquisa também identificou que o modelo das OSSs reduziu os níveis de incerteza comportamental e ambiental, que ficaram mais baixos do que os percebidos pelos hospitais da administração direta, e que, contrariamente ao apontado pela literatura, o custo de transação relativo à implantação da governança das OSSs foi muito afetado pela incerteza comportamental e pouco influenciado pela característica da especificidade dos ativos.

O estudo contribui com a identificação de mecanismos que possibilitam a melhoria na qualidade do gasto corrente na área da atenção hospitalar e com elementos para aprimorar os modelos de governança das unidades de saúde, atendendo aos três níveis de governo em seus esforços para o aumento da eficiência na alocação dos recursos públicos e do aumento no acesso aos serviços no âmbito do Sistema Único de Saúde.

Palavras-chave: eficiência alocativa; modelos de governança; governança hospitalar; abordagem dos custos de transação; Organizações Sociais de Saúde.

Sumário

1	INTRODUÇÃO,	8
2	O SEGMENTO PÚBLICO HOSPITALAR BRASILEIRO,	10
3	A REFORMA DA GOVERNANÇA DE HOSPITAIS PÚBLICOS ESTADUAIS EM SÃO PAULO,	14
4	A ESTRUTURA DE GOVERNANÇA E A ABORDAGEM DOS CUSTOS DE TRANSAÇÃO (TCA),	19
5	METODOLOGIA,	24
6	RESULTADOS DA PESQUISA,	25
	<i>6.1 A governança hospitalar das OSSs e da administração direta,</i>	<i>25</i>
	<i>6.2 A especificidade dos ativos, a incerteza ambiental e a incerteza comportamental nos hospitais OSSs e nos da administração direta,</i>	<i>26</i>
	<i>6.3 A frequência das transações,</i>	<i>28</i>
	<i>6.4 Os custos de transação do modelo OSS,</i>	<i>29</i>
	<i>6.5 A eficiência dos hospitais OSSs e da administração direta,</i>	<i>31</i>
7	CONCLUSÃO,	34
	REFERÊNCIAS,	36

Lista de quadros

QUADRO 1. ORIGENS E TIPOS DE CUSTOS TRANSACIONAIS, 21

QUADRO 2. QUALIDADE DA ATENÇÃO NOS HOSPITAIS OSSs E DA ADMINISTRAÇÃO DIRETA, 33

1 Introdução

Esta monografia realiza uma análise do modelo híbrido de governança das OSSs e verifica se esse modelo é mais eficiente do que o da administração direta, bem como se é adequado para governar a provisão de serviços públicos hospitalares na grande São Paulo. Outras questões são abordadas pelo estudo no intuito de aprimorar a decisão governamental de escolha do modelo de governança mais adequado à transação de provisão de serviços hospitalares, tais como: a importância da estimação do aumento nos custos transacionais; como se dá essa apuração; quais custos estão localizados no principal (Secretaria de Estado) e quais nos agentes (hospitais); e se esses custos são compensados pelo ganho de eficiência proporcionado pelos hospitais OSSs.

Há consenso quanto à inadequação dos modelos de governança hospitalar atualmente adotados (tais como os da administração direta, das fundações públicas e privadas, das empresas públicas e das cooperativas) em face das demandas da sociedade – atendimento de alta qualidade com baixos custos – pelo governo em suas três esferas, no intuito de melhorar a qualidade do gasto público.

Os hospitais, sobretudo os que pertencem ao âmbito público, são organizações que traduzem os arranjos institucionais expressos pelas leis, pelas instituições políticas e pelas normas para a provisão de bens e serviços públicos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2003). Dessa forma, os eventos que se verificam no plano organizacional refletem o ambiente institucional no qual os hospitais estão imersos: leis e instituições ordenadoras do SUS e seus princípios operacionais, leis e instituições ordenadoras dos governos locais, a quem os hospitais respondem diretamente, e outros elementos de caráter institucional que influenciam a dinâmica organizacional, tais como Lei Orçamentária, Lei de Licitações e Lei de Gestão de Pessoal.

Para aumentar a eficiência da rede hospitalar do SUS e melhorar a qualidade do gasto realizado nesse setor são sugeridas várias mudanças na governança hospitalar pública, tais como: o aumento da autonomia decisória dos dirigentes hospitalares; a alteração na forma como os hospitais são financiados, eliminando distorções e gerando incentivos para uma atuação eficiente; o monitoramento do desempenho das organizações prestadoras de serviços; o aprimoramento dos sistemas de informação; a análise de temas estratégicos como a escala de operação e os fatores determinantes da eficiência interna; e a promoção de uma melhor integração entre os hospitais e outros níveis do sistema de saúde.

A Abordagem dos Custos de Transação (TCA) é um instrumento muito útil para auxiliar na escolha do modelo de governança mais adequado às características das transações envolvidas e de seus atores. A contratação, os relacionamentos

interorganizacionais e os problemas de agência – aspectos refletidos no modelo de governança –, podem ser estudados com grande riqueza pela TCA, que, comparada a outras abordagens, tem um caráter mais sistêmico, é não prescritiva e normativa e dedica-se à compreensão das variáveis organizacionais bem próximas do nível das transações. A literatura sobre custos transacionais é abundante em aplicações em integração vertical e no setor privado, mas também é muito utilizada para explicar as formas de organização do setor público (HORN, 1995).

A TCA pertence ao paradigma da Nova Economia Institucional (NEI), que tem suplantado a economia neoclássica tradicional, e à área da organização econômica ou economia das organizações. Seus questionamentos à teoria neoclássica limitam-se ao equilíbrio perfeito do mercado, consideram que há falhas nos seus mecanismos, mas que as organizações são capazes de usar instrumentos, como os contratuais, e mecanismos de governança para se resguardar das incertezas e alcançar maiores níveis de eficiência. O foco da interpretação deslocou-se para a observação das conexões entre os custos de transação e a teoria das organizações, analisando as relações econômicas no universo organizacional.

A corrente dos custos de transação considera que as firmas e os mercados são formas alternativas de governança, e que as transações são organizadas para minimizar os custos de manutenção dos contratos. O foco da teoria está, portanto, primordialmente nas relações contratuais, e seu objetivo é implantar uma estrutura de transação entre a empresa e seus fornecedores, clientes e empregados que propicie uma alocação mais eficiente dos recursos envolvidos.

As instituições suprem as falhas de mercado, baixam os custos de transação e tornam eficientes os sistemas econômico e político. O apego de North (1995) à eficiência do mercado e à natureza cultural do processo econômico pode ser demonstrado por dois elementos centrais: o direito de propriedade e a dependência do percurso (*path dependency*). O direito de propriedade define as regras do jogo, tornando possível o estabelecimento de uma matriz institucional eficiente. O segundo elemento significa que as instituições de hoje guardam forte conexão com as de ontem, daí a importância da trajetória institucional.

Nas duas últimas décadas, Williamson (1985, 1979) estendeu o modelo original de Coase e acrescentou-lhe precisão, identificando os tipos de negócios mais apropriados a serem conduzidos dentro de uma firma e aqueles a serem realizados no âmbito do mercado. Nos enunciados de Williamson, destacam-se quase totalmente as instituições econômicas no nível empresarial. A premissa básica da TCA é que se os custos de adaptação, de avaliação de *performance* e de salvaguardas são ausentes, os agentes econômicos favorecerão a governança de mercado. Se forem altos o bastante para exceder as vantagens dos custos de produção do mercado, as firmas escolherão a organização interna.

Esta monografia está organizada em sete seções. A primeira é esta introdução. Na seção 2 é realizada uma sintética localização do segmento hospitalar no Sistema Único de Saúde, destacando a importância de se aprimorar a governança dos hospitais públicos e como isso impacta sobre a qualidade do gasto com saúde. A seção 3 refere-se a uma descrição do modelo de governança das Organizações Sociais de Saúde (OSSs) e do processo de reforma da governança de hospitais públicos estaduais em São Paulo na última década. A seção 4 corresponde a uma descrição da Abordagem dos Custos de Transação (TCA) e de como essa teoria é utilizada para análise da governança de hospitais públicos no contexto brasileiro. Na seção 5 é descrita a metodologia empregada para a realização do estudo. Na seção 6 são apresentados os resultados da pesquisa, sendo abordados os aspectos da governança hospitalar das OSSs e da administração direta, das características das transações de provisão de serviços hospitalares segundo os dois modelos de governança estudados, o aspecto da frequência das transações, os custos de transação do modelo OSS e a eficiência dos hospitais governados segundo o modelo das OSSs e da administração direta. Na seção 7, última parte da monografia, desenvolvemos nossas conclusões.

2 O segmento público hospitalar brasileiro

Os hospitais dominam a dimensão organizacional do Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil e, surpreendentemente, têm recebido pouca atenção dos políticos. O setor consiste em 7.400 estabelecimentos com mais de 471 mil leitos, 35% destes em hospitais públicos e os demais em privados. São providas 19,15 milhões de internações anualmente, a uma taxa razoável de 119 por mil habitantes. Os gastos hospitalares correspondem a cerca de 2/3 dos gastos públicos de saúde e a 60% da despesa total em saúde. O SUS financia a maioria dos cuidados hospitalares para os mais pobres: 90% no quintil mais baixo e 82% no seguinte.

O gasto público em média e alta complexidades, a maior parte oferecida em hospitais, está aumentando em uma proporção mais elevada do que os outros níveis de cuidados. Os gastos federais em hospitais por meio de transferências orçamentárias (fundo a fundo) aumentaram 25% em 2003, comparado a 10% no cuidado primário. Hospitais também se têm expandido irracionalmente; entre 1995 e 2001, o gasto federal nos hospitais da rede SUS aumentou 56% em termos reais, enquanto as admissões caíram 5%. No mesmo período, o número de hospitais aumentou 2% (de 6.367 para 6.507), e o de leitos caiu 16% (de 420.168 para 487.004) (LA FORGIA, 2005).

O fenômeno de elevação de gastos e custos nesse setor é mundial. Entre 1950 e 1991, o custo médio diário por paciente septuplicou em termos reais, com o setor saúde apresentando a maior taxa de inflação da economia americana (EASTAUGH, 1992). Os gastos em serviços médicos nos EUA mais do que decuplicaram entre 1970 e 1993, saltando de US\$ 13,6 bilhões para US\$ 171 bilhões (HOSPITALS AND HEALTH NETWORKS, 1995). Os altos custos do cuidado em saúde em face de recursos públicos cada vez mais escassos têm ocasionado um intenso exame do setor hospitalar e do sistema sanitário.

Apesar das elevadas verbas já destinadas ao setor hospitalar e ao sistema sanitário, deverá ser crescente a distância entre os recursos disponíveis e os requeridos. Há uma tendência irrevogável de elevação nos gastos hospitalares e em saúde devido a questões estruturais, tais como: i) maior demanda por serviços em vista do aumento da população e de seu envelhecimento – segundo a OMS um idoso tende a utilizar cinco vezes mais os cuidados de saúde do que um adulto; ii) utilização de procedimentos mais caros de diagnose e terapia; iii) requisição de cada vez mais recursos tecnológicos na medicina; e iv) surgimento de novas doenças que requerem mais cuidados em saúde (QUINHÕES, 1997).

A menor parte dos hospitais – com exceção de alguns grandes estabelecimentos privados e de alguns hospitais públicos gerenciados sob contratos de gestão com entes privados sem fins lucrativos – implementou arranjos organizacionais, técnicas modernas de administração e práticas de melhoria de qualidade que os tornam centros de excelência na gestão hospitalar. Entretanto, a maioria deles, em particular os que atendem à população pobre, tem baixo desempenho. Apenas 55 dos 7.400 hospitais brasileiros são acreditados, a maior parte é privada, com finalidade lucrativa. Um diagnóstico de licenciamento aplicado em hospitais financiados pelo SUS em um dos estados da Federação concluiu que nenhum dos estudados preencheu as estruturas mínimas e os processos padronizados para prover cuidado de internação (LA FORGIA, 2005). A maioria deles não registra dados de gastos e de qualidade dos serviços.

Os problemas enfrentados pelos hospitais não estão delimitados apenas em suas próprias fronteiras. Essas organizações fazem parte de um sistema, de uma rede de atendimento composta por unidades de saúde com missões específicas, com especialidades e complexidades distintas. Quando uma dessas unidades não trabalha bem, causa problemas para toda a rede, como o encaminhamento de pacientes a locais equivocados, a falta de meios de apoio à diagnose e à terapia no tempo necessário, a ausência de insumos para a atenção hospitalar (hemoderivados e outros).

De modo geral, as unidades de saúde no Brasil são geridas de forma pouco profissional, e isso se reflete na deterioração da rede ambulatorial/hospitalar e na

má qualidade dos serviços prestados. Os modelos gerenciais são ultrapassados; os processos decisórios, confusos e burocratizados; as rotinas organizacionais não são padronizadas; há baixo nível de responsabilização e autonomia; as decisões são centralizadas na alta direção e no nível central de governo e há carência dos mais básicos instrumentos de planejamento e controle. É comum encontrar hospitais sem plano de gestão, sistema de informações, sem estimar seus custos e seu faturamento, que não conhecem sua produção de serviços, seu quadro de funcionários etc. Os gestores dessas organizações, tanto dos níveis hierárquicos mais altos quanto da baixa gerência, contam majoritariamente apenas com a experiência prática.

Esse quadro de maus resultados na rede pública é fruto de outros fatores além da baixa qualificação dos gerentes, como o reduzido grau de autonomia decisória, a falta de políticas de pessoal adequadas e de recursos financeiros, limitações legais, modelos gerenciais inadequados, etc. Apesar dessa complexidade, o setor público e o privado têm realizado esforços crescentes na qualificação dos recursos humanos como forma de modernizar a gestão e avançar na mudança de cultura no setor saúde, mas tais esforços têm sido ineficazes pelo fato de não se buscar de fato a construção de um modelo de governança que concilie os interesses do Estado em termos das políticas de saúde e atenda aos anseios da população, desejosa de receber serviços de saúde de qualidade, dos gestores hospitalares e dos profissionais de saúde.

Em um estudo inédito sobre custos, eficiência e mecanismos de pagamento no Brasil, Couttolenc (2004), tendo como base uma amostra de 588 hospitais da rede SUS, verifica que a taxa de ocupação é pequena em 40% dos hospitais do SUS; os custos hospitalares variam imensamente entre as unidades de saúde, mesmo que mantidas proporções razoáveis; e a eficiência média total das unidades de saúde é baixa em termos do nível de resultados para os insumos empregados, tendo sido calculada em apenas 0,341. Esse dado é altamente sugestivo de que há um grande potencial de melhoria da eficiência na maioria das unidades hospitalares. Couttolenc (2004) estimou ainda que a ineficiência média dos hospitais brasileiros era de 0,301 e que há excesso de pessoal e de capital, podendo-se reduzir em 51% o número de médicos, 44% o de enfermeiros, 36% o de equipamentos e de camas e em 45% o de ambulatórios, mantendo-se a mesma produção de serviços. De 428 hospitais, apenas 25 foram considerados eficientes. Em outro estudo, ao avaliar a taxa de mortalidade geral e o tempo médio de permanência em 19 hospitais no Estado do Rio de Janeiro, o autor cita que a taxa de mortalidade e o tempo de permanência deveriam cair 19% e 10,2 dias respectivamente.

Os hospitais, sobretudo os que pertencem à rede pública, são organizações que traduzem os arranjos institucionais expressos pelas leis, pelas instituições políticas e pelas normas para a provisão de bens e serviços públicos (MINISTÉRIO

DA SAÚDE, 2003). Dessa forma, os eventos que se verificam no plano organizacional refletem o ambiente institucional no qual os hospitais estão imersos: leis e instituições ordenadoras do SUS e seus princípios operacionais, leis e instituições ordenadoras dos governos locais, a quem os hospitais respondem diretamente, e outros elementos de caráter institucional que influenciam a dinâmica organizacional, tais como Lei Orçamentária, Lei de Licitações e Lei de Gestão de Pessoal. Isso não quer dizer que as organizações hospitalares são uma expressão direta dos arranjos institucionais que as permeiam, pois possuem mecanismos de aceitação e de renúncia que, uma vez bem-sucedidos, podem ser capazes de alterar o ambiente institucional (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2003).

Couttolenc (2004), para melhorar a eficiência da rede hospitalar do SUS, sugere várias mudanças na governança hospitalar pública: i) fornecer ao gerente dos hospitais públicos capacidade e autonomia de efetivamente gerenciar sua unidade; ii) mudar as relações contratuais entre agentes e prestadores do SUS; iii) alterar a forma como os hospitais são financiados, eliminando distorções e gerando incentivos para uma atuação eficiente; iv) desenvolver um sistema de informação para apoiar as mudanças propostas; v) aprofundar a análise de temas estratégicos, como a escala de operação e os fatores determinantes da eficiência interna; e vi) promover uma operação mais eficiente e efetiva da rede de unidades de saúde, melhorando a qualidade e a efetividade da rede primária de assistência e promovendo melhor integração entre os hospitais e outros níveis do sistema de saúde.

Há certo consenso com respeito à inadequação dos modelos de governança hospitalar em face das demandas que se fazem presentes na sociedade – a requisição de um atendimento de alta qualidade com baixos custos, os interesses corporativos e governamentais – e do desenvolvimento da ciência e da tecnologia médicas. O gerente frequentemente é incapaz de entender e até de fazer sobreviver as unidades pelas quais é responsável. No entanto, a mudança organizacional nas unidades de saúde é complexa¹ e raramente é encarada como instrumento de reforma do sistema sanitário e de aumento do acesso e de universalização dos serviços de saúde.

As discussões e as iniciativas de reforma, sobretudo do setor público, normalmente são direcionadas à dimensão macro-organizacional, à gestão do sistema, enfatizando elementos como o planejamento da oferta dos serviços, o foco na atenção básica, a coordenação entre os diferentes níveis de complexidade da atenção em saúde, as ações preventivas de saúde e outros. Os poucos esforços

1 Mudar organizações parece consumir tempo e ser complicado, pois os acontecimentos são inesperados e a realidade das mudanças em organizações é mais complexa do que os modelos acadêmicos e as receitas que os consultores predizem. Na literatura sobre o tema, observa-se, geralmente, que uma parcela importante das tentativas de mudança organizacional fracassa ou falha em alcançar os objetivos esperados. Champagne (2002) cita dois dos maiores especialistas em mudança organizacional: John P. Kotter, da Harvard Business School, e Paul Strebel, que afirmam não terem os esforços corporativos de mudança sido bem-sucedidos. Segundo o autor, líderes práticos de reengenharia corporativa radical reportavam que a taxa de sucesso nas mil companhias da listagem da Fortune era de 50% a até 20% do total de tentativas.

desenvolvidos nos estabelecimentos de saúde para a modernização do gerenciamento em geral são direcionados ao aspecto tecnológico, como a aquisição de computadores, sistemas de gerenciamento e consultorias. Esses investimentos são elevados, e não há recursos para a sustentabilidade de tais ações, por isso os benefícios costumam ser descontínuos.

Os três níveis de governo e o setor privado de saúde têm explorado diversos caminhos para equacionar os desajustes entre receitas e despesas incorridas no segmento hospitalar, tais como: alocar novos financiamentos; reduzir custos e gastos em saúde; reduzir a cobertura de serviços; planejar a oferta de serviços; restringir o acesso, sobretudo a serviços de maior complexidade; aumentar as contribuições; estabelecer o pagamento direto pelo atendimento, co-pagamentos e co-seguros; profissionalizar o gerenciamento hospitalar, entre outros. Muitos desses artifícios, todavia, comprometem a universalidade e a equidade no acesso aos serviços de saúde, pilares fundamentais para o SUS.

Dentre as alternativas experimentadas nas iniciativas de reforma sanitária, a ênfase na governança hospitalar pública e a melhoria gerencial das unidades de saúde são as que mais facilmente poderiam permitir um aumento da efetividade dos serviços sem reduzir sua eficiência e eficácia.

3 A reforma da governança de hospitais públicos estaduais em São Paulo

Após quase vinte anos de reformas sanitárias e dos muitos avanços alcançados,² as políticas nacionais de saúde ainda são omissas no que diz respeito ao segmento hospitalar, ao gerenciamento dessas unidades e à promoção da eficiência e da qualidade dos serviços, para os quais têm sido realizadas apenas ações pontuais, muitas vezes descontínuas e focalizadas. Mas, nos últimos anos, os altos gastos e os custos do cuidado em saúde em contraposição a recursos públicos cada vez mais escassos têm ocasionado um intenso exame do setor hospitalar e do sistema sanitário. Entretanto, a adoção de um modelo de governança³

2 A saúde da população brasileira melhorou significativamente nos últimos 15 anos, e diversos indicadores comprovam isso: a mortalidade infantil decresceu 47% em 14 anos (de 47,5 por 1.000 nascidos vivos em 1990 para 25,3 em 2004); as taxas de mortalidade infantil por doenças preveníveis por vacinação são quase negligenciáveis; e as doenças diarreicas são a causa de menos de 7% de todas as mortes de crianças até 5 anos de idade. O número de novos casos de HIV/Aids está estabilizado há quatro anos, em parte devido a uma efetiva prevenção, à promoção à saúde e ao sistema de tratamento.

3 Governança é o “exercício da autoridade, controle, administração, poder de governo” (BANCO MUNDIAL, 1992; in GONÇALVES, 2006). No domínio privado, a governança é entendida como o governo da organização, as formas como esta interage com as expectativas dos *stakeholders*. A governança corporativa ou empresarial envolve aspectos como

corporativa hospitalar pública que promova maiores níveis de eficiência, eficácia e efetividade⁴ e de um arcabouço capaz de promover uma mudança institucional nos hospitais brasileiros da rede pública surpreendentemente não tem recebido a atenção necessária.

Em termos gerais, o Brasil ainda não está em posição de obter os benefícios potenciais da descentralização dos cuidados em saúde por causa das precárias capacidades institucionais e de governança que caracterizam os governos subnacionais e suas organizações de saúde, que não encorajam a boa *performance* e a transparência de resultados. Isso significa que para a maioria dos governos estaduais a agenda prioritária deveria ser justamente o desenvolvimento de sua capacidade institucional, organizacional e de recursos humanos.

O setor público realizou nos últimos dez anos importantes esforços na qualificação profissional,⁵ na informatização de hospitais públicos e na contratação de consultorias, como formas de modernizar a gestão, obter melhores resultados e avançar na mudança de cultura no setor saúde. No entanto, essas iniciativas têm sido ineficazes pelo fato de não se buscar a adoção de um modelo de governança que possa ao mesmo tempo atender aos interesses do Estado e suas políticas de saúde, aos anseios da população, dos gestores hospitalares e dos profissionais de saúde. O bom desempenho e a transparência no setor dependem de um conjunto de fatores institucionais⁶ e estruturais, que deem forma a um modelo de governança capaz de atender às necessidades dos *stakeholders* e que disponha de incentivos adequados a cada ator.

No final dos anos 1990, o Estado de São Paulo introduziu uma importante novidade na governança de parte da rede hospitalar própria, firmando contratos

o ativismo dos investidores, a relação dos proprietários e dos gestores e os mecanismos institucionais que conferem legitimidade à organização (FONTES FILHO, 2003). O conceito provém da teoria econômica tradicional com o intuito de superar o chamado conflito da agência, que aparece quando ocorre a separação entre a propriedade e a gestão da organização. Outras definições mais abrangentes apresentam-no como arranjos institucionais que regem as relações entre acionistas (ou outros grupos) e as administrações das empresas.

- 4 Eficiência significa fazer algo de maneira adequada, com os menores custos possíveis. Eficácia é agir corretamente, alcançando os objetivos preestabelecidos. Efetividade é realizar uma tarefa ou atividade combinando eficiência e eficácia.
- 5 O Ministério da Saúde, em 2002 e 2003, por meio do Projeto Reforsus, financiou diversos cursos na área gerencial para mais de 28 mil profissionais da rede SUS de todo o país. Foram realizados cinco cursos de pós-graduação em administração hospitalar para o total de 170 dirigentes dos maiores hospitais da rede e também três treinamentos a distância – administração hospitalar, educação ambiental e gerenciamento de resíduos de serviços de saúde e gerenciamento de equipamentos médico-hospitalares –, oferecidos a profissionais indicados por mais de 1.000 estabelecimentos de saúde, segundo o critério de que os cursistas fossem responsáveis pelo gerenciamento de algum serviço na unidade de saúde. Mais de 15 mil pessoas concluíram os cursos e receberam os devidos certificados.
- 6 As instituições são as regras do jogo na sociedade ou, mais formalmente, as restrições elaboradas pelo homem que estruturam a interação humana, consistem nas regras formais (leis, estatutos e regulamentos), nas informais (convenções, regras morais e normas sociais) e nas características de sua aplicação. De um ponto de vista externo, as instituições são as regularidades comportamentais ou as rotinas compartilhadas entre a população. Um de seus efeitos é a provisão de incentivos para criar organizações. As organizações são os jogadores, e as instituições são as regras do jogo (MANTZAVINOS, 2003).

de gestão com ONGs qualificadas na forma de Organizações Sociais de Saúde (OSSs). Essa mudança institucional⁷ implantada pela Secretaria Estadual de Saúde de São Paulo (SES/SP) é um dos esforços mais inovadores e a maior e mais duradoura experiência de contratualização da gestão pública hospitalar no Brasil nos últimos dez anos. O governo do Estado de São Paulo criou um modelo de governança para hospitais públicos, híbrido entre o mercado e a hierarquia, e o implantou em 12 hospitais recém-construídos. Esse processo expandiu-se desde então, até que, no final de 2007, 23 hospitais públicos, três ambulatorios, um Centro de Referência ao Idoso e três laboratórios de análises clínicas estaduais, que totalizaram um orçamento de R\$ 1,2 bilhão, eram administrados em bases contratuais (BARATA, 2007).

A nova figura jurídica adotada nesses hospitais foi chamada de Organização Social em Saúde (OSS). Sob esse modelo, o governo transfere recursos para cobrir os custos de manter o hospital, mas a responsabilidade por seu gerenciamento, pela gestão de pessoas, de materiais e de recursos financeiros é delegada a uma organização não lucrativa pré-certificada. A Secretaria de Estado da Saúde (SES) negocia e firma um contrato de gestão com uma OSS para cada hospital, assegurando maior flexibilidade decisória, em comparação aos tradicionais hospitais públicos estaduais, para que isso lhes garanta condições para alcançarem melhor desempenho.

A reforma administrativa da SES de São Paulo teve início após a reforma constitucional de 1998, quando foi aprovada a Emenda Constitucional n. 19, que estabeleceu um marco legal para as organizações sociais autônomas, chamadas de OSs. Em 1998, o governo do Estado de São Paulo sancionou sua própria lei de OS para o setor saúde, a Lei n. 846/1998, baseada na Lei Federal n. 9.637/1998, estabelecendo que somente uma organização não lucrativa pode qualificar-se como uma OSS; somente novos serviços de saúde podem ser disponibilizados para a administração de OSSs; um hospital administrado por uma OSS pode prover serviços unicamente para o SUS; o patrimônio (equipamentos e instalações) permanece pertencendo ao governo do Estado, e os servidores públicos que continuam trabalhando nessas unidades receberão apenas o salário do vínculo público.

A criação das OSSs para administrar os hospitais públicos é uma forma de introduzir os incentivos de mercado, quando factíveis, na gestão dessas organizações, em contraste com os incentivos da hierarquia. Os controles procedimentais (*ex-ante*) são reduzidos e simultaneamente são direcionados esforços e atenção gerencial e de transparência sobre os resultados (*ex-post*). A característica-chave

7 Segundo Champagne (2002), a literatura dos anos 1970 sugeria que as falhas nos processos de mudança eram mais frequentes nas organizações públicas e, portanto, o processo de mudança nessas organizações seria de uma sofisticação maior. Ainda de acordo com o autor, contrariamente ao esperado, a literatura recente parece indicar que há mais sucesso na implantação da mudança organizacional nas organizações de saúde do que em outras.

desse processo é a separação entre o financiamento e a provisão. O modelo adotado de organização social preconiza uma relação contratualizada entre o chamado núcleo estratégico do Estado e as organizações públicas e periféricas para a provisão de serviços sociais. Além da propriedade estatal do prédio e dos equipamentos, o controle estatal sobre o hospital é observado em itens como a definição de objetivos, metas e resultados. Dessa forma, o governo assegura ao hospital uma posição não contestada de provedor de serviços hospitalares para determinada região, veta políticas de captação de recursos adicionais, define metas e exerce forte controle orçamentário.

A implantação do modelo das OSSs foi acompanhada pela criação da Coordenadoria de Contratação de Serviços de Saúde (CGCSS), que tem como principais finalidades: a contratação de serviços de saúde; a gestão administrativa e financeira dos contratos de gestão; a avaliação dos provedores, do impacto e dos resultados dos serviços de saúde contratados; o planejamento e a implantação de estratégias de saúde e serviços; e a autorização da transferência de bens móveis de uma unidade subordinada para outra. Até 2007, o orçamento e a estrutura da coordenadoria de contratação estavam vinculados à coordenadoria de serviços de saúde, responsável pelos hospitais da administração direta, porém a partir daquele ano adquiriu *status* próprio e, em 2008, recebeu orçamento de aproximadamente R\$ 1,5 bilhão.

Contudo, a decisão do governo paulista de delegar a gestão dos 12 hospitais públicos às OSSs em 1998 também foi motivada pelo fato de que durante a gestão Mário Covas (1995-2001) o estado terminou a construção de vinte novos hospitais, mas colocá-los em operação era inviabilizado pela Lei Federal n. 82/1995, chamada de Lei Camata, e depois pela Lei Complementar n. 96/1999, que estabeleciam que os estados podiam comprometer até 60% das receitas correntes com pagamento de salários. Se um estado alcançasse 95% do teto estabelecido pela Lei n. 96/1999, seria bloqueado qualquer aumento de salário ou de empregos. Se o teto fosse excedido, as transferências voluntárias e os créditos do governo federal seriam suspensos.

Para assumir a gestão de um hospital público, uma organização sem fins lucrativos deve, em primeiro lugar, solicitar ao governo estadual um certificado de Organização Social em Saúde, sendo necessária a experiência de no mínimo cinco anos na administração de programas ou serviços de saúde. O próximo passo é a negociação do contrato de gestão com a SES, que é baseado no alcance de resultados e especifica o volume mensal de diferentes serviços a serem prestados em troca de um orçamento. Uma vez assinados, os contratos de gestão são válidos por cinco anos. Ajustes são feitos anualmente após o primeiro ano de vigência, mas também consensualmente em qualquer momento.

As OSSs são remuneradas por orçamento global, composto da seguinte forma: 75% do valor corresponde ao custeio das despesas com o atendimento de internação; 15% refere-se ao custeio do atendimento ambulatorial; 3%, ao custeio do atendimento de urgências, e 7%, ao custeio do Serviço de Apoio à Diagnose e Terapia (SADT). Do orçamento anual acordado entre a SES e a administração do hospital, 90% é transferido em prestações mensais. Esses desembolsos, dependendo do tipo da atividade de assistência (internação, urgência, emergência e SADT), são reduzidos em 10% se a quantidade de serviços prestados ficar entre 75% e 84,9% das metas negociadas, e em 30% se os resultados forem menores que 75%.

Quanto aos salários e aos benefícios, os hospitais OSSs estão obrigados, segundo o contrato de gestão, a limitar seus gastos anuais com pessoal em até 70% dos gastos totais, e a remuneração de cada categoria profissional não deve superar a média de mercado para uma amostra de 24 hospitais no estado. Em um estudo realizado pelo Banco Mundial em 2006, verificou-se que os salários nos hospitais OSSs eram basicamente iguais em termos de horas trabalhadas em comparação com os hospitais da administração direta.

A contratualização das OSSs em São Paulo permitiu avançar em um modelo alternativo de governança pública hospitalar nos seguintes aspectos: i) incorporação de instrumentos para alinhar expectativas e reduzir a assimetria informacional entre o agente e o principal; ii) incorporação de instrumentos mais capazes de incentivar o desempenho dos agentes; iii) incorporação de instrumentos mais flexíveis de gestão dos recursos materiais, financeiros e humanos, passando a seguir as regras que regem o direito comercial privado em contraposição às do direito administrativo e do direito público; e iv) alteração dos papéis desempenhados pelo Estado e pelo setor privado na provisão dos serviços de saúde.

Todavia, a contratualização de serviços não tem resultados garantidos. Em um estudo do Banco Mundial de 1995 sobre a contratualização de empresas estatais em países em desenvolvimento identificaram-se três fatores para que os contratos de gestão obtenham bons resultados: i) enfrentar o problema da assimetria de informação para monitorar e medir os esforços do agente e seus resultados; ii) desenhar mecanismos de recompensa e de punição; e iii) construir um comprometimento de forte credibilidade para honrar o contrato. Com o estudo também se concluiu que foram raras as melhorias mensuradas de *performance* operacional de empresas públicas contratualizadas e que muitas vezes houve até uma piora após a introdução dos contratos de gestão. Uma explicação é que os gerentes manipulam informações e acordam metas de desempenho conservadoras.

Ao avaliar-se a experiência das OSSs e de seus primeiros resultados, comparando 12 hospitais OSSs a dez hospitais públicos estaduais de São Paulo, com tamanho e complexidade similares, realizada pelo Banco Mundial em 2004 e

2005, concluiu-se que os hospitais que operam com o modelo OSS são mais eficientes do que os de governança tradicional (WORLD BANK, 2006). Os primeiros obtiveram melhor desempenho do que o outro grupo em vários aspectos: oferecem mais internações; os leitos ficam vagos por um período menor; a taxa de ocupação hospitalar é maior; a permanência geral dos pacientes é mais curta; o índice de mortalidade geral é menor, e também o de duas das três clínicas analisadas; há uma distribuição mais econômica de profissionais, com mais enfermeiros e menos médicos; e têm menor número de empregados por leito.

4 A estrutura de governança e a Abordagem dos Custos de Transação (TCA)

Ronald Coase foi quem primeiro buscou responder o que determina quais transações são efetivadas por meio dos mercados e quais são feitas sob direção centralizada em uma organização formal, argumentando que há custos para efetuar transações, e que estes diferem dependendo tanto da natureza da transação quanto da forma como é organizada.

O mercado apresenta mecanismos mais poderosos de controle e monitoramento por sua habilidade para medir e recompensar o comportamento, assim como seus resultados; é hábil para prover recompensas de longo prazo, como oportunidades de promoção; e, por fim, pode criar objetivos convergentes entre as partes e reduzir o oportunismo (RINDFLEISCH; HEIDE, 1997). Mas a integração vertical também apresenta vantagens, tais como: economia de escala vertical; economia de cadeia vertical/escopo horizontal; e inovação na cadeia vertical.

O modelo original de análise dos custos transacionais⁸ coloca a questão da governança mais adequada para um negócio como uma escolha discreta entre a esfera de mercado e a organização interna, mas a percepção atual desse campo teórico é que os aspectos da organização interna podem ser alcançados sem a propriedade ou a completa integração vertical. Uma variedade ampla de mecanismos híbridos tem sido identificada na literatura, desde mecanismos formais, como provisões contratuais e arranjos jurídicos, até os mais informais, como compartilhamento de informações e planejamento conjunto.

8 A Análise dos Custos de Transação (TCA) tem atraído interesse em várias áreas acadêmicas – como a sociologia, a ciência política, o direito corporativo, a estratégia, as finanças empresariais e o *marketing* –, apesar de ser mais conhecida pelas contribuições de economistas como Oliver Williamson e Paul Joskow. Com origem interdisciplinar em direito, economia e organizações, a TCA é aplicável a uma ampla variedade de problemas da organização econômica e possui grande uso empírico. Qualquer problema formulado em termos de contratação pode ser investigado com vantagem por meio de custos transacionais.

Segundo a TCA, a estrutura de governança de um negócio deve estar alinhada a quatro fatores (WILLIAMSON, 1985), que são os três atributos das transações – a especificidade dos ativos, a incerteza ambiental, a incerteza comportamental –, e um quarto elemento, que é a frequência das transações. Este último fator, apesar de ter sido descrito por Williamson, raramente é incluído nos estudos empíricos sobre decisões de governança, mas Milgron (1992) aprofunda-se nesse aspecto. Se um tipo de transação ocorre frequentemente de formas similares, pessoas desenvolvem rotinas para gerenciá-lo. Se, ao contrário, uma transação não é usual, as partes precisam barganhar seus termos, elevando os custos de realizá-la.

Os custos transacionais estão associados aos custos relativos ao planejamento, à adaptação e ao monitoramento da execução de ações em diferentes estruturas de governança; aos custos para medir os atributos do que está sendo negociado e aos custos de proteger os direitos de propriedade e monitorar e implantar acordos (NORTH, 1995).

A TCA assume que o alcance de maiores níveis de eficiência produtiva depende dos custos de transação, cuja origem está em falhas que o processo produtivo pode apresentar, todavia seria possível corrigi-las ou minimizá-las. Os custos de transação estão relacionados a falhas nas três características das transações: a especificidade dos ativos, a incerteza ambiental e a incerteza comportamental. A especificidade dos ativos gera a necessidade de salvaguardas para as transações. Sem salvaguardas apropriadas, as firmas enfrentam os riscos da expropriação (*ex-post*) ou perdas de produtividade devido a investimentos em ativos especializados (*ex-ante*). A incerteza ambiental cria um problema de adaptação do contrato a novas situações. O custo de oportunidade ante a má-adaptação do contrato é também um tipo de custo de transação. Por sua vez, o terceiro fator exige a avaliação de desempenho, pois pode ser necessário efetuar custos diretos de mensuração de resultados ou de comportamentos.

Segundo o princípio da eficiência, adota-se o modo de governança mais econômico nos custos de transação, de modo que as transações tendem a ocorrer no mercado quando for mais eficiente ou são trazidas para a firma quando isso minimizar os custos de fazê-las externamente. Entretanto, se a estrutura e o desenho organizacional são determinados para a minimização dos custos de transação, estes, por sua vez, também afetam a alocação da atividade entre as formas organizacionais (MILGROM, 1992).

A Análise dos Custos de Transação tem como hipótese implícita o teorema de Coase, segundo o qual as pessoas buscam eficiência em suas atividades e nas formas de organizar seus negócios, alcançando um acordo em que não há a possibilidade de elevar o ganho mútuo. Suas preferências não apresentam efeitos de riqueza, e é possível inferir que as atividades de criação de valor que as partes acordam independem do

poder de barganha ou de quais ativos cada uma possuía quando a barganha começou. A organização eficiente é a que minimiza os custos de transação.

O conceito de custos transacionais persistiu com falta de clareza desde Coase e mesmo após Williamson (1985). Mas o campo se desenvolveu muito nas últimas décadas, e a natureza desses custos hoje é muito mais bem entendida. O Quadro 1 sumariza as origens e os tipos dos custos transacionais.

	Especificidade dos ativos	Incerteza comportamental	Incerteza ambiental
A. Origem dos custos transacionais			
Natureza do problema de governança	Salvaguardas	Avaliação de performance	Adaptação
B. Tipos de custos transacionais			
B.1. Custos diretos	Custos de criação de salvaguardas	Custos de testagem e seleção (ex-ante) Custos de mensuração (ex-post)	Custos de comunicação, negociação e coordenação
B.2. Custos de oportunidade	Falha em investir em ativos produtivos	Falha em identificar parceiros apropriados (ex-ante) Perdas de produtividade por ajustes de esforços (ex-post)	Má adaptação; falha em adaptação

QUADRO 1

ORIGENS E TIPOS DE CUSTOS TRANSACIONAIS

Fonte: RINDFLEISCH; HEIDE (1997)

A Análise dos Custos de Transação sugere que se os gerentes operarem de maneira eficiente, a hierarquia somente será observada quando a especificidade for alta, a *performance* for difícil de ser acessada e a especificidade e a imprevisibilidade ambiental ocorrerem em conjunto. Porém, Williamson (1981a) concorda que, além da frequência das transações, outros fatores também influenciam, como o tamanho da companhia, a atratividade de uma linha de produto e o horizonte temporal.

A taxonomia proposta por Williamson (1985) para a análise das transações, que possibilitou um aprofundamento nas dimensões microanalíticas da economia, está sendo pavimentada de operacionalizações e de referências empíricas que lhe deem maior sustentação. Não obstante, as operacionalizações e as propostas de medidores já desenvolvidas se mostraram inadequadas para serem aplicadas à gestão pública e de hospitais. A maior parte refere-se à área de vendas ou manufaturas.

A seguir é apresentado o modelo empregado para a realização do estudo ora proposto a respeito da governança de hospitais públicos, identificando e definindo seus constructos e respectivas variáveis.

O constructo governança. Refere-se aos arranjos institucionais que governam a organização, regendo as relações entre o principal e seus administradores. Tem como ponto de partida dois polos diametralmente opostos e excludentes, que são a hierarquia e o mercado, mas há um *continuum* entre eles que estabelece situações intermediárias. O construto foi operacionalizado com base em sete variáveis estabelecidas em um estudo relativo à governança hospitalar realizado por Costa e Ribeiro (2005) e por Palay (1984): a autonomia decisória; a gestão de pessoas; a gestão de materiais; a gestão financeira; o planejamento estratégico; o controle externo e a competição.

O constructo da especificidade dos ativos. Refere-se à transferibilidade dos ativos que apoiam uma dada transação (WILLIAMSON, 1985). Ativos com um alto grau de especificidade representam custos perdidos (*sunk costs*) que possuem pouco ou nenhum valor fora da relação particular de negócio. Os ativos humanos específicos são os mais pesquisados e empregados, tanto nos estudos empíricos quanto nas aplicações de TCA em geral. Conforme Rindfleisch e Heide (1997), essa popularidade deve-se a: i) muitos estudos de TCA envolvem contextos nos quais os investimentos humanos representam um substancial custo de fazer o negócio; e ii) os ativos específicos humanos levam a uma ampla variedade de modelos de mensuração. Williamson (1985) caracteriza a especificidade dos ativos em seis tipos principais: especificidade de lugar, de ativo físico, de ativo humano e temporal; capital da marca registrada; e ativos dedicados.

O constructo da incerteza ambiental. Refere-se às mudanças não antecipadas em circunstâncias que margeiam o negócio, o que evidencia a capacidade do principal e do agente de preverem as condições ambientais necessárias durante a vigência do contrato entre ambos.

Dentre os constructos da TCA, a incerteza ambiental é a mais problemática para mensuração. Segundo Rindfleisch e Heide (1997), há duas operacionalizações opostas para esse constructo. A primeira, e mais utilizada, enfatiza sua natureza imprevisível, e a segunda, tanto sua imprevisibilidade quanto sua complexidade. O autor cita o estudo de Anderson (1985) – que usa uma escala de nove itens e endereça elementos relacionados tanto à instabilidade associada à turbulência ambiental (complexidade e volatilidade) quanto aos perigos de se aventurar em atividades novas (outros mercados e vendas) – e o de Heide e John (1990), e também especifica dois tipos de imprevisibilidade: de volume e de tecnologia.

Para fins desta monografia, o constructo da incerteza ambiental é estabelecido por meio de duas variáveis: i) desvio em relação à demanda por serviços de saúde, à morbimortalidade e aos custos; e ii) influência política externa no processo decisório, na gestão de pessoas, no processo de aquisições e na gestão financeira. A

escolha dessas variáveis segue a operacionalização descrita por Rindfleisch e Heide (1997) relativa ao aspecto da incerteza e baseia-se nos estudos de Heide e John (1990) e de Anderson e Schmittlein (1984), que sugerem medidas da incerteza que incluem desvios entre certos parâmetros esperados e os realizados.

O constructo da incerteza comportamental. Surge das dificuldades associadas ao monitoramento da *performance* contratual dos parceiros de negócio ou da capacidade de avaliação da *performance* do agente pelo principal. Tem bem menos operacionalizações do que as outras variáveis das transações. Esse conceito é muito próximo à discussão teórica de Williamson (1985) sobre incerteza comportamental, mas muitos estudos utilizam a visão de Anderson (1985), cuja origem foi a análise da dificuldade de avaliação da *performance* da força de vendas e que utiliza, para acessar esse constructo, uma escala de sete itens, focando em fatores como o grau das vendas do time e a exatidão dos registros de venda.

O constructo em questão foi estabelecido com base em quatro variáveis, também inspiradas pelo estudo de Anderson (1985), mas adaptadas ao contexto da gestão pública em saúde: a acuidade dos registros do agente; a disponibilidade de protocolos para a prestação de serviços pelo agente; o desvio entre o esperado do uso dos protocolos e o realizado e a capacidade de avaliação pelo principal dos serviços prestados pelo agente.

Os custos de transação. São os custos requeridos para negociar, monitorar e controlar as trocas entre as organizações, os indivíduos e os agentes econômicos. Para identificar os custos de transação relacionados ao novo modelo de governança das OSSs, os do tipo *ex-ante*, para desenhar e negociar os contratos, e os *ex-post*, que compreendem os custos de monitoramento e cumprimento dos acordos, foram levantados os custos relativos aos problemas de estabelecimento de salvaguardas contratuais e os decorrentes do grau de incerteza nos três atributos estudados das transações.

O constructo performance. É dado pela relação entre os resultados obtidos e a quantidade de recursos usados para alcançá-los. São analisados dois grupos de variáveis: quanto à produção obtida de serviços (*outputs*) e quanto aos insumos utilizados (*inputs*). As subvariáveis relativas ao primeiro grupo são o número de altas hospitalares e o de atendimentos de emergência. O segundo grupo refere-se ao total de leitos em operação e ao número de médicos (e residentes), de enfermeiros (e residentes de enfermagem), de pessoal não médico e não enfermeiro, de consultórios ambulatoriais e de consultórios da emergência.

Não é abordada com maior profundidade a quarta variável, frequência das transações, por ser ela bidimensional e diretamente observada, dispensando uma

construção mais elaborada. Para este estudo, são consideradas apenas duas sub-variáveis para compor a frequência das transações: o número de altas hospitalares e o de atendimentos de emergência.

5 Metodologia

A metodologia utilizada é um estudo de caso múltiplo com dois grupos de hospitais públicos estaduais localizados na Região Metropolitana de São Paulo (três hospitais governados segundo o modelo OSS e três pelo modelo tradicional de administração pública direta), similares em termos de porte (número de leitos e de consultórios ambulatoriais), perfil assistencial e papéis de referência de atendimento para a rede de saúde. O grupo de hospitais da administração direta serve como comparação para as análises relativas à percepção dos dirigentes dos hospitais OSSs a respeito das características das transações realizadas e do desempenho dos hospitais OSSs. Além disso, também permite verificar se houve interferência de efeitos ambientais sobre a rede estadual e sobre a população.

Os seis hospitais selecionados apresentam características típicas de um hospital SUS de média complexidade em um grande centro urbano, em tamanho, complexidade tecnológica e perfil de atendimento. Os hospitais estudados, apesar de não serem estatisticamente representativos, são significativos, pois correspondem a 13% das unidades hospitalares públicas próprias da SES/SP, a 15% dos leitos operacionais e a 21% das internações. Os três hospitais OSSs correspondem a 25% dos leitos, 27% das internações e a cerca de um terço das consultas ambulatoriais, dos atendimentos de emergência e dos serviços externos de apoio à diagnose e à terapia realizados pelos 14 hospitais OSSs existentes no final de 2007. Por sua vez, os três hospitais da administração direta correspondem a 10,5% dos leitos operacionais e a 16,4% das internações efetuadas pelos hospitais com esse modelo de governança. Os seis hospitais selecionados localizam-se no município de São Paulo ou na região metropolitana: dois na zona sul, dois na zona norte, um no município de Guarulhos e outro no de Taboão da Serra.

A opção pela metodologia de caso múltiplo deve-se à sua capacidade de reunir uma diversidade de situações, de padrões e de contingências, para os dois modelos de governança estudados, que permitisse um entendimento aprofundado dos atores, das interações e dos comportamentos ocorridos para o processo estudado e ao mesmo tempo trouxesse maior confiabilidade para a compreensão dos eventos estudados, sobretudo os relacionados à teoria. Essa metodologia foi escolhida visando a explorar sua capacidade de descrever, compreender e prever ou controlar o fenômeno em questão, de maneira que fosse possível generalizar

seus significados e descobertas a outras situações, o que constitui uma perspectiva mais ampla do que a defendida por Yin (1994) para estudos de caso.

Em termos metodológicos, foram empregados: a visita a hospitais dos dois grupos; a aplicação de questionários semiestruturados a pessoas-chave, como os dirigentes dos dois grupos de hospitais; a consulta a documentos oficiais dos hospitais e da SES; a coleta de dados dos hospitais nos sistemas de informação oficiais do Ministério da Saúde, como o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) e os sistemas ambulatorial e hospitalar SIA/SIH do Sistema Único de Saúde; e, por fim, a coleta dos dados orçamentários relativos aos hospitais pesquisados.

Foram estimados: quatro constructos – governança, especificidade dos ativos, incerteza ambiental e incerteza comportamental; dois conceitos – eficiência e custos de transação; e uma variável unidimensional – a frequência das transações.

6 Resultados da pesquisa

6.1 A governança hospitalar das OSSs e da administração direta

O modelo de governança da administração direta, que está implantado em 32 hospitais públicos estaduais, é quase idêntico ao que se considera como o modelo hierarquizado ideal. Segundo a escala proposta neste estudo, que vai de zero (mercado) até um (hierarquia), o modelo da administração direta atingiu 0,97, e só não alcançou a pontuação máxima pelo fato de esses hospitais contarem com um sistema de incentivos financeiros para a premiação do bom desempenho, um artifício característico do ambiente de mercado.

O modelo de governança das OSSs alcançou uma pontuação de 0,647. Isso o classifica como um híbrido entre a governança pelo mercado e a governança pela hierarquia, que apresenta muitas características típicas de relações hierárquicas, tais como: a impossibilidade de o hospital obter outras fontes de financiamento da venda de serviços além do orçamento estadual;⁹ a impossibilidade de o hospital fixar os preços e a quantidade de serviços que deseja prestar; a incapacidade do hospital de definir objetivos e metas e de planejar-se com autonomia; sua capacidade de ser submetido a monitoramento e avaliação permanente pelos órgãos federais e estaduais públicos de controle; ter exclusividade na provisão de serviços na região em que se situa; e a capacidade da SES de interferir no mandato da diretoria do hospital em qualquer situação, e não só diante de mau desempenho.

⁹ Além da receita da SES, os hospitais OSSs estudados possuem apenas rendimentos financeiros da aplicação de seus recursos monetários, que corresponderam a 0,01% e 1,5% da receita operacional bruta anual de 2006.

Apesar das críticas do Conselho Regional de Medicina de São Paulo e do Sindicato dos Médicos no que tange à introdução desse modelo para a governança de hospitais públicos como uma forma de privatizar e terceirizar serviços, é possível afirmar que o modelo é bastante distante de uma governança realmente de mercado e que guarda a maior parte dos elementos característicos do modelo hierarquizado.

6.2 A especificidade dos ativos, a incerteza ambiental e a incerteza comportamental nos hospitais OSSs e nos da administração direta

Nesta subseção há uma análise das percepções dos dirigentes dos hospitais OSSs, dos hospitais da administração direta e da Coordenação de Gestão de Contratos de Serviços (CGCSS) sobre as três características mais importantes referentes à transação da provisão de serviços hospitalares pela SES segundo a TCA. Os três constructos apresentados variam em uma escala contínua de zero a um, consistindo a pontuação zero no menor grau de especificidade do ativo ou de incerteza, e o grau um significando o maior grau desses atributos.

A especificidade dos ativos. Para mensurar a percepção dos atores que participam mais diretamente da contratação dos hospitais OSSs, foi entrevistada a direção de três hospitais e a direção da CGCSS e, em seguida, foi construído um índice calculado pela média das percepções apuradas. Também foi investigada a percepção dos dirigentes dos hospitais da administração direta quanto à especificidade de seus ativos.

A análise da percepção dos atores indica que os ativos dessa transação apresentam baixa especificidade (média geral de 0,310), o que também sugere uma baixa necessidade de salvaguardas para os ativos empregados na transação. Outro aspecto é que a percepção dos três grupos de atores sobre os ativos variou muito pouco, sobretudo entre os dirigentes dos hospitais OSSs (0,306) e os da administração direta (0,314). As diferenças entre esses dois grupos devem-se ao maior treinamento antes do início das atividades profissionais e a um uso ligeiramente maior de ativos dedicados pelos hospitais OSSs.

O fato de o índice da especificidade dos ativos para os hospitais OSSs ser quase idêntico ao da administração direta indica que os hospitais dos dois grupos estão submetidos a características muito semelhantes quanto à provisão dos serviços, que são: boa disponibilidade de recursos humanos; baixa necessidade de requalificação da mão de obra; baixo uso de ativos dedicados; dificuldades de encaminhamento de pacientes para outras unidades e dificuldade de remanejamento dos serviços.

A incerteza ambiental. O índice para mensuração desse constructo foi dividido em dois componentes. O primeiro consiste na capacidade de os atores preverem o comportamento de aspectos relevantes de suas atividades. O segundo consiste nos aspectos institucionais presentes nos hospitais que os permitem dar respostas às mudanças ambientais.

A análise do primeiro componente permite inferir que não há pressão ambiental significativa sobre os dois grupos de hospitais. Verificamos que: a diferença em termos do planejado e do realizado foi pequena para os hospitais OSSs, indicando que a incerteza e a mudança no contexto ambiental são baixas (0,11); os hospitais OSSs relataram diferenças sempre inferiores a 10% na quantidade e no tipo das internações e nos custos hospitalares; e os hospitais da administração direta reportaram uma variação de 15% no item custos hospitalares referentes ao ano de 2007 com relação ao projetado, enquanto os hospitais OSSs informaram uma diferença de 7% em face do planejado.

A análise do segundo componente do índice permite identificar que o grau de incerteza ambiental é muito maior para os hospitais da administração direta (1,0) do que para os hospitais OSSs (0,50). Isso é explicado pelo fato de a governança dos hospitais da administração direta possuir vários intensificadores institucionais da incerteza ambiental, tais como: falta de autonomia do dirigente para compor sua diretoria; impossibilidade de gerenciar os recursos humanos; dificuldade de remanejar as aquisições do hospital e para proceder à sua gestão financeira; além da inexistência de compromissos entre o hospital e o governo para a prestação de serviços com metas e padrões de qualidade.

No caso das OSSs, a incerteza ambiental é alimentada pela inexistência de mecanismos contratuais que possibilitem uma mediação independente dos conflitos entre as partes e pela ausência de cláusulas de adaptação caso aconteçam mudanças não esperadas. Os hospitais OSSs contornam a falta dos mecanismos contratuais citados renegociando as metas de produção e seu orçamento nas reuniões trimestrais realizadas pela CGCSS.

O cálculo do índice global revelou que os hospitais OSSs ofereceram um grau de incerteza ambiental de 0,392, enquanto os hospitais da administração direta apresentaram 0,74. Isso significa que o modelo das OSSs delinea aspectos institucionais que ocasionam um menor grau de incerteza ambiental, traduzindo-se em baixos custos de transação por falhas nesse aspecto.

A incerteza comportamental. Da análise do constructo, constatou-se o baixo nível de incerteza para os hospitais OSSs (0,157), explicado pela combinação do uso de protocolos clínicos e cirúrgicos e da baixa reportagem de desvios de uso, pelo elevado nível de informatização dos hospitais e pela existência de diversas rotinas de auditoria e de controle efetuadas por diferentes órgãos governamentais,

estaduais e federais. O nível de incerteza comportamental para os hospitais da administração direta não é alto (0,321), em virtude da informatização e do uso de protocolos clínicos e cirúrgicos (mesmo que limitados a determinados serviços e especialidades no hospital). Nenhum dos hospitais da administração direta soube estimar o desvio do uso dos protocolos, nem mesmo referente às clínicas onde estes estão estabelecidos.

6.3 A frequência das transações

Observou-se que nos últimos anos houve uma significativa manutenção do volume de produção de serviços. Na maior parte das vezes, a quantidade de procedimentos hospitalares realizados nos seis hospitais analisados teve uma variação inferior a 7% de um ano para outro, e quando isso não ocorreu, deveu-se a fatores relacionados à oferta, como a abertura de um novo serviço no hospital, uma reforma, a substituição de equipamentos e outros.

Outro aspecto identificado é que não há, nos seis hospitais, uma margem expressiva de encaminhamento a outros locais de pacientes que necessitem de cuidados que são de sua responsabilidade no âmbito da região em que se encontram, e isso se deve a dois fatores. O primeiro está relacionado à característica da prestação dos serviços hospitalares – o caráter emergencial e inadiável do serviço (SHORTELL; KALUZNY, 1988). O segundo refere-se à falta de outros provedores públicos para o atendimento de pacientes SUS na região de atendimento dos hospitais estudados. Cada um dos seis hospitais estudados é referência de atendimento na sua populosa e adensada região de abrangência, que variou de 600 mil a mais de 1 milhão de habitantes para uma ampla gama de serviços de complexidade secundária e em certos casos até terciária.

As características relativas à frequência das transações, de manutenção do mesmo patamar de demanda por serviços, com bom nível de previsibilidade desse quantitativo, apontam para uma governança de mercado. Entretanto, a baixa capacidade de deslocamento dessa demanda em termos espaciais e intertemporais, em função tanto da gravidade e da urgência dos serviços quanto da centralização do atendimento em um número reduzido e específico de prestadores, sugere uma governança hierarquizada. A resultante dessas duas forças é insuficiente para determinar sozinha a governança da transação de contratação de serviços nos hospitais estudados, mas, se vista isoladamente, favorece uma estrutura de governança híbrida.

6.4 Os custos de transação do modelo OSS

O modelo OSS apresenta custos de transação subdivididos em dois tipos: os localizados na estrutura administrativa da SES (na CGCSS) e os existentes em cada hospital OSS. Nesta subseção são mostrados os custos de transação advindos da introdução do modelo das OSSs, conforme a classificação apresentada no Quadro 1. Não obstante, não é escopo deste estudo levantar os custos de transação referentes aos hospitais OSSs e, sim, levantar os custos de transação novos, assumidos com a introdução desse modelo pela SES, exclusivamente associados ao modelo das OSSs e que não estão presentes no modelo hierarquizado.

Os custos transacionais incorridos no âmbito da SES relativos ao modelo das OSSs. Procurou-se identificar os custos transacionais diretos, incorridos na SES, relativos aos três hospitais analisados, segundo os tipos de custos considerados (especificidade dos ativos, incerteza comportamental e incerteza ambiental). Os custos de oportunidade não foram computados em virtude da dificuldade de estimá-los.

Para o cálculo dos custos transacionais diretos, considerou-se o custo administrativo total da equipe responsável pela realização das funções de planejamento, julgamento, seleção, negociação, contratação, monitoramento e avaliação dos serviços contratados. Caso não existissem contratações, os serviços estariam sendo providos segundo a governança da administração direta, e os dirigentes dos hospitais estariam subordinados à coordenadoria.

Segundo o projeto de lei referente ao orçamento estadual para 2008, o gasto previsto com o suporte administrativo da Coordenadoria de Gestão de Contratos de Serviços de Saúde, em termos da coordenação e da administração geral, é de R\$ 1,166 milhão para o custeio de uma equipe de 17 pessoas. Esse montante equivale a menos de 0,1% do orçamento total dos trinta serviços administrados segundo a égide da contratualização (R\$ 1,335 bilhão).

Uma estimativa direta do custo de transação no âmbito da SES para a contratualização de cada serviço poderia ser obtida pela divisão do orçamento relativo à administração geral pelo número de serviços contratualizados, o que daria um valor de R\$ 38.866,66 por serviço. A contratualização de serviços de acordo com o modelo das OSSs (os 14 hospitais, os três ambulatorios e o centro de referência do idoso) difere basicamente pelo tipo de auditoria dos órgãos de controle.

Os custos transacionais incorridos no âmbito dos hospitais OSSs relativos ao seu modelo de governança. A principal constatação da pesquisa no que diz respeito aos custos transacionais incorridos nos hospitais OSSs decorrentes de

seu modelo de governança é que estes são pouco expressivos. Os únicos itens que chamam a atenção são a contratação de um serviço de auditoria contábil e de um serviço de assistência jurídica pagos com recursos oriundos de cada hospital. Esse custo foi estimado em R\$ 50 mil por hospital OSS por mês, ou R\$ 600 mil anuais, que correspondem a 0,9% do orçamento total médio de cada unidade.

Os dois serviços supramencionados atendem à correção de problemas de governança para os três tipos de características das transações (especificidade dos ativos e incertezas comportamental e ambiental). Os demais custos das OSSs relativos à criação de salvaguardas, à avaliação de desempenho e à adaptação a mudanças ambientais – que são exclusivamente relacionados ao modelo híbrido e, portanto, não deveriam fazer parte da planilha de custos de hospitais da administração direta – são marginais.

No que tange à criação de salvaguardas para as organizações contratadas gerirem os hospitais, uma das questões identificadas na pesquisa é o baixo risco dessa operação e sua pouca necessidade para as organizações OSSs. Isso ocorre porque: i) as organizações contratadas não realizam investimentos no hospital com recursos próprios, dependendo totalmente dos recursos transferidos mensalmente pela SES; ii) todas as aquisições do hospital pertencem ao patrimônio da SES, mesmo que obtidas pela OSS; iii) a OSS não pode fazer retiradas ou transferências para sua controladora a título de dividendos e lucros, posto ser uma instituição sem fins lucrativos; e iv) caso haja rompimento do contrato pela SES, não decorrente de má gestão, culpa ou dolo da contratada, o Estado arcará com os custos da dispensa do pessoal contratado.

Há outros motivos que também fazem com que cada OSS não despenda muitos recursos financeiros no desenho de salvaguardas contratuais para se proteger: um deles é que o contrato de gestão é padrão e somente varia no que diz respeito às metas assistenciais e aos recursos financeiros. Outro fator é a flexibilidade do contrato e de sua gestão pela CGCSS, possibilitando que se firmem termos aditivos para a realização de investimentos durante a vigência do contrato a fim de garantir seu custeio e de corrigir desequilíbrios na relação entre as partes.

Com respeito à avaliação de desempenho pelos hospitais, não há, no modelo OSS, a requisição de um esforço que seja muito diferente dos procedimentos usuais de gestão de um hospital que se organiza para ter as informações necessárias para uma gestão mais qualificada.

Os requisitos estabelecidos pela CGCSS – como a prestação trimestral de contas, a avaliação anual de metas e a renegociação contratual – são poderosos e muito úteis para que o hospital avalie seu desempenho, revise procedimentos e realize um replanejamento. Mas não foram identificados em nenhum dos três hospitais OSSs uma estrutura formal ou funcionários dedicados integralmente ao

atendimento da prestação de contas, da avaliação e da renegociação contratual com a SES.

Quanto à incerteza ambiental e aos custos correspondentes de adaptação contratual, de comunicação das novas diretrizes, de negociação e de coordenação, um dos aspectos verificados no estudo foi justamente que o modelo das OSSs avança na redução dessa incerteza. O contrato de gestão tem vigência de cinco anos, prazo razoavelmente longo na administração pública, que, somado aos mecanismos de proteção, às influências políticas e às interrupções na gestão, proporcionam uma estabilidade e um nível de continuidade administrativa muito altos se comparados ao modelo hierarquizado.

Em virtude dessa dupla conjugação de fatores – uma estrutura organizacional que favorece a estabilidade e a continuidade e um ambiente pouco incerto no curto prazo –, não há gastos exagerados dos hospitais OSSs em comparação com os da administração direta.

6.5 A eficiência dos hospitais OSSs e da administração direta

Nesta subseção são apresentados os resultados de uma análise comparada da eficiência dos três hospitais OSSs e dos três hospitais da administração direta, o que permitiu compor quatro perspectivas de análise, a saber: eficiência geral, eficiência técnica, eficiência alocativa e qualidade da atenção hospitalar. Os dados utilizados foram coletados da base do SIA/SIH SUS, do CNES, ambos do Datasus/MS, da CGCSS e da SES/SP e referem-se ao ano de 2006, com alguns, eventualmente, se referindo ao segundo trimestre de 2007.

Eficiência geral. Os hospitais OSSs produziram relativamente mais serviços, utilizando uma composição de profissionais com mais médicos e menos funcionários por leito; realizaram, em 2006, 10% mais internações por médico; utilizaram 9% mais médicos por leito operacional e 1,6% menos funcionários por leito do que os hospitais da administração direta.

Os hospitais OSSs, apesar de não contarem com muita diferença em termos de especialidades em comparação com o outro grupo de hospitais, apresentam maior complexidade na atenção prestada. Isso pode ser confirmado: i) por terem atendido 33% mais pacientes internados acima de 60 anos; ii) pelo valor médio das autorizações gerais de internação hospitalar (AIHs) e pelo valor médio das AIHs relativas à clínica cirúrgica serem, respectivamente, 28% e 22% superiores às realizadas pelos hospitais da administração direta; e iii) pelo valor médio do repasse federal para o custeio do atendimento ambulatorial (SIA/SUS) ter sido

52% superior no caso dos hospitais OSSs. Esses fatores indicam o uso de mais insumos médicos e tecnológicos e de procedimentos de maior complexidade por internação e por atendimento ambulatorial.

Os hospitais OSSs possuem 29% mais leitos, 41% mais médicos, 27% mais funcionários, 17% menos consultórios ambulatoriais e gastam 54% mais do que os três hospitais selecionados da administração direta.

Apesar de os hospitais OSSs estudados terem apresentado uma despesa média total 54% acima da incorrida pelos hospitais da administração direta, o gasto médio por leito operacional foi 18% acima, e o gasto médio por internação teve um comportamento oposto, 1,7% menor do que o verificado nos hospitais da administração direta. O fato de terem incorrido em menores gastos por internação, mesmo diante de um quadro característico de realização de procedimentos de maior complexidade, deve-se ao processamento de 20% mais AIHs emitidas por leito operacional e a 114% mais atendimentos ambulatoriais por sala do que os da administração direta.

Eficiência técnica. Mede a capacidade de se produzir o máximo de resultados com uma dada quantidade de insumos. Já foi evidenciado na seção metodologia que os hospitais dos dois grupos estudados apresentam condições similares de estrutura e operam com parâmetros assistenciais, profissionais, tecnologias, ambientes e custos similares.

Os hospitais OSSs são significativamente mais eficientes do que os da administração direta, efetuando mais atendimentos de internação e ambulatoriais por leito e por consultório disponível. Isso pode ser constatado pelo fato de que cada leito dos hospitais OSSs proporcionou, em média, 61,1 altas, enquanto nos hospitais da administração direta foram 51 altas, ou seja, um quantitativo 20% inferior. No caso dos leitos cirúrgicos, a diferença do índice de renovação entre os dois grupos de hospitais foi muito maior, com 60,5% mais altas para cada leito dos hospitais OSSs.

No sentido oposto, quanto menor tiver sido a complexidade do serviço hospitalar, menor terá sido a diferença observada no índice de renovação de leitos entre os dois grupos de hospitais. Os OSSs tiveram 10,8% e 3,5% mais altas por leito, respectivamente na clínica médica e na pediatria, apenas na obstetria houve um melhor aproveitamento dos leitos pelos hospitais da administração direta, com 17% mais altas. Há de se ressaltar, nesse caso, que o valor médio da AIH obstétrica para os hospitais OSSs foi 7,2% superior ao realizado pelos hospitais da administração direta, indicando a necessidade de maior tempo médio de permanência das pacientes obstétricas atendidas.

Eficiência alocativa. As variáveis de eficiência alocativa que medem as condições de utilização dos insumos também possibilitam uma aproximação comparativa do desempenho das organizações.

Percebeu-se, em primeiro lugar, a significativa diferença entre os dois grupos de hospitais quanto ao giro de leito. Cada leito dos hospitais OSSs, em média, apresenta 20% mais internações. Mesmo com tempo médio de permanência muito próximo, com uma diferença inferior a 1% entre os dois grupos, a eficiência na gestão de leitos pelos hospitais OSSs está refletida, por exemplo, na taxa de ocupação, 21,4% superior aos hospitais da administração direta, e no intervalo de substituição de leito: nesses hospitais, leva-se menos de um dia para substituir um paciente internado, enquanto na administração direta gasta-se quase dois dias para realizar a mesma tarefa (1,979 dias), ou seja, 2,72 vezes mais tempo.

Qualidade. Há uma ampla gama de indicadores relativos à qualidade hospitalar. Escolheram-se, então, os mais agregadores, que captassem os efeitos de uma boa gestão tanto do leito quanto da clínica e que, ao mesmo tempo, fossem sensíveis e coerentes com os indicadores escolhidos para a análise da eficiência. Por esse motivo, optou-se por trabalhar com os indicadores de mortalidade geral e os de mortalidade pelas especialidades mais relevantes nesses hospitais.

A primeira descoberta é que, apesar de os hospitais OSSs terem uma clientela um pouco mais velha e de haver um indicativo de atendimentos que requerem maior complexidade de atenção, a taxa de mortalidade geral foi quase idêntica à verificada nos hospitais da administração direta e até inferior (1%). Como pode ser observado no Quadro 2, a diferença entre os dois grupos é expressiva no caso da clínica cirúrgica, sendo 32% maior a taxa de mortalidade para os hospitais OSSs. Essa diferença é de 10% na clínica pediátrica, e na clínica médica as taxas são praticamente idênticas.

Qualidade da atenção (ano 2006, por mil)	Hospitais OSSs	Hospitais admn. direta
Mortalidade geral	4,25	4,28
Mortalidade cirúrgica	1,94	1,47
Mortalidade clínica médica	14,64	14,65
Mortalidade clínica pediátrica	2,65	2,40

QUADRO 2

QUALIDADE DA ATENÇÃO NOS HOSPITAIS OSSs E DA ADMINISTRAÇÃO DIRETA

Fonte: SIH/SUS/Datasus, CNES/Datasus e CGCSS/SES/SP

7 Conclusão

Esta pesquisa analisou o modelo híbrido de governança das Organizações Sociais de Saúde (OSSs), verificando se este contribui para uma melhor qualidade do gasto corrente e se é adequado para governar a provisão pública de serviços hospitalares na grande São Paulo. Além disso, sustentou a tese de que essa decisão deve basear-se na capacidade do modelo escolhido de promover o melhor nível de eficiência e não exclusivamente em sua capacidade de minimizar os custos de transação existentes.

Por meio da experiência de implantação pela Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (SES/SP) do modelo de governança híbrido das OSSs, pôde-se confirmar, em primeiro lugar, que o diferencial de desempenho dos hospitais OSSs foi um fator relevante para a expansão do modelo de governança das OSSs para outros hospitais e para um aumento na eficiência do gasto público hospitalar. Com base nos dados coletados a respeito da prestação de serviços hospitalares pelos dois grupos de hospitais em 2006 e 2007, é possível inferir que os hospitais OSSs foram mais eficientes do que os da administração direta, efetuando mais atendimentos de internação e ambulatoriais por leito e por consultório disponível. Isso pode ser constatado pelo fato de que cada leito dos hospitais OSSs proporcionou, em média, 20% mais altas hospitalares, sendo essa diferença muito maior para os leitos cirúrgicos, com 60,5% mais altas para cada leito. A taxa de ocupação hospitalar foi 21,4% superior, e o intervalo de substituição de leito – que nesses hospitais foi inferior a um dia para substituir um paciente internado – na administração direta foi de quase dois dias (1,979 dias), ou seja, 2,72 vezes mais tempo. Os hospitais OSSs também produziram mais serviços por pessoal disponível. Foram realizadas 10% mais internações por médico; foram utilizados 9% mais médicos por leito operacional e 1,6% menos funcionários por leito. Os melhores indicadores de eficiência não foram obtidos à custa de uma piora na qualidade do atendimento. Apesar de os hospitais OSSs terem uma clientela um pouco mais velha e conseqüentemente haver um indicativo de atendimentos que requerem maior complexidade de atenção, a taxa de mortalidade geral foi quase idêntica à verificada nos hospitais da administração direta e até inferior (1%).

O estudo também permitiu a identificação dos custos transacionais advindos da introdução da governança das OSSs, que foi apenas de cerca de 1% do valor dos custos totais. Caso os custos de transação fossem bem mais significativos, superando o impacto proporcionado pelo ganho de eficiência advindo do novo modelo de governança, talvez a continuidade e a expansão do modelo tivessem enfrentado obstáculos mais sérios. Foi verificado no estudo que os custos de transação correspondentes à introdução do modelo das OSSs não foram estudados,

estimados ou considerados na decisão da SES, em 1998, para sua implantação em um grupo inicial de 12 hospitais e, mesmo depois da expansão do modelo, permaneciam desconhecidos. Outra constatação do estudo é que, ao contrário do que a TCA afirma, os baixos custos de transação não foram suficientes para direcionar a governança dos hospitais recém-inaugurados para um modelo puramente de mercado. Os fatores políticos e conjunturais e principalmente a legitimação via eficiência de resultados foram os motivos para a escolha do modelo híbrido das OSSs, sua continuidade e sua expansão para outros serviços de saúde da SES/SP.

Contrariamente ao que foi sugerido por Williamson (1981a; 1981b; 1985; 2002), verificou-se a importância de outros fatores além dos custos de transação para a escolha do modelo de governança mais apropriado, sobretudo o desempenho auferido pela governança das OSSs. Outra descoberta do estudo, também contrariando a literatura, é que o custo de transação relativo à implantação da governança das OSSs foi pouco influenciado pela característica da especificidade dos ativos e muito afetado pela incerteza comportamental.

A criação das OSSs, que chegou a ser considerada uma verdadeira reforma no campo da gestão pública hospitalar pelo fato de introduzir um modelo novo e alternativo à gestão tradicional, tem forte apelo sobre as políticas públicas em saúde que buscam a melhoria da eficiência hospitalar pela mudança dos modelos de governança dessas instituições.

Verificou-se neste estudo que os hospitais OSSs foram mais eficientes do que os da administração direta, que os custos de transação adicionais são muito pequenos e que a introdução do modelo das OSSs reduziu os níveis de incerteza comportamental e ambiental, os quais ficaram significativamente mais baixos do que os percebidos pelos hospitais da administração direta.

Essas considerações podem ser úteis para que os gestores públicos de saúde reflitam sobre os modelos alternativos de governança hospitalar híbridos como forma mais eficiente de provisão de serviços, melhorando a qualidade do gasto público sem abrir mão de seus instrumentos de controle, das prerrogativas de atendimento e de responsabilização sobre a comunidade e do cumprimento de seus deveres com a SES/SP. Outra possibilidade que tem sido explorada em São Paulo é a utilização dos hospitais OSSs como *benchmarking* para o restante da rede e indutores de melhores práticas de gestão.

No que diz respeito ao modelo das OSSs, existem algumas oportunidades para seu aprimoramento, como a introdução de cláusulas de adequação automática do contrato diante de mudanças ambientais e a introdução de um mediador neutro para solucionar conflitos que não conseguiram ser contornados apenas pelo principal e pelo agente.

Encerra-se esta monografia com o incentivo aos gestores públicos da saúde nos três níveis de governo a ousarem na governança das unidades de saúde sob suas responsabilidades, buscando implantar mecanismos institucionais que tenham maior capacidade de alcançar seus objetivos precípuos de aprimorar a qualidade do gasto público, ampliar o acesso à saúde, aumentar e melhorar o atendimento e obter níveis mais elevados de satisfação no trabalho. Investir esforços nesse sentido é uma forma de consolidar o Sistema Único de Saúde e de torná-lo acessível a todos. O Brasil ainda não está em posição de obter os benefícios potenciais da descentralização dos cuidados em saúde em virtude das precárias capacidades institucionais e de governança que caracterizam as organizações de saúde, que não encorajam o bom desempenho e a transparência de resultados. Uma análise cuidadosa dos aspectos discutidos aqui pode revelar um caminho viável para reformas no segmento hospitalar e nos processos gerenciais e organizacionais dos três níveis de governo.

Referências

ACKROYD, S.; THOMPSON, P. **Organizational misbehaviour**. London: Sage publications Ltd., 1999.

ANDERSON, Erin. The salesperson as outside agent or employee: a transaction cost analysis. **Marketing Science**, v. 4, n. 3, p. 234-254, 1985.

ANDERSON, E.; SCHMITTLEIN, D. Integration of the sales force: an empirical examination. **Hand Journal of Economics**, v.15, p. 385-395, 1984.

BARATA, Luiz Roberto Barradas; MENDES, José Dínio Vaz. **Organizações sociais de saúde: a experiência exitosa de gestão pública de saúde do Estado de São Paulo**. São Paulo, jul. 2007. Mimeografado.

BARBOSA, Pedro Ribeiro. Gestão em saúde: o desafio dos hospitais como referência para inovações em todo o sistema de saúde”. In: FLEURY, Sônia. **Saúde e democracia: a luta do Cebes**. São Paulo: Lemos Editorial, 1997.

_____. **O processo de desenvolvimento de sistemas de gestão em organizações hospitalares e a importância da profissionalização de seus dirigentes: considerações a partir de um processo de consultoria no Hospital Evandro Chagas/Fundação Oswaldo Cruz**. Dissertação de mestrado. Rio de Janeiro, Ebap/FGV, 1996.

BARNEY, Jay B. The debate between traditional management theory and organizational economics: substantive differences or intergroup conflict? **The Academy of Management Review**, v. 15, n. 3, p. 382-393, July 1990.

BITTAR, Olímpio J. Nogueira V. Indicadores de qualidade e quantidade em saúde. **Revista de Administração em Saúde**, São Paulo, v. 3, n. 12, jul.-set. 2001.

BORYS, Bryan; JEMISON, David B. Hybrid arrangements as strategic alliances: theoretical issues in organizational combinations. **The Academy of Management Review**, v. 14, n. 2, p. 234-249, Apr. 1989.

BRASIL. Lei Federal n. 82, de 27 de março de 1995.

BRASIL. Presidência da República. **Plano diretor da reforma do aparelho de Estado**. Brasília: Presidência da República, Câmara da reforma do Estado, Ministério da Administração e da Reforma do Estado, 1995.

BRYANT, Melanie; COX, Julie Wolfram. Future perfect? Conversion stories and the narration of organizational change. **Working paper 47/04**. Monash University, Business and Economics, Sept. 2004.

CARVALHO, Cristina Amélia; VIEIRA, Marcelo Milano Falcão; GOULART, Sueli. A trajetória conservadora da teoria institucional. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 39, n. 4, p. 849-874, jul.-ago. 2005.

CHAMPAGNE, François. **The ability to manage change in health care organizations**. Discussion paper n. 39. Commission on the Future of Health Care in Canada. Montreal: University of Montreal, Nov. 2002.

COMMONS, John R. Institutional economics. **The American Economic Review**, v. 26, n. 1, p. 237-249, 1936.

COSTA, Nilson do Rosário; RIBEIRO, José Mendes. **Estudo comparativo do desempenho de hospitais em regime de organização social**. Programa de pesquisas – Em busca da excelência: fortalecendo o desempenho hospitalar no Brasil. Relatório final. Ministério da Saúde/Banco Mundial, maio 2005.

COUTTOLENC, Bernard F. (Coord.). **Estudo de custos, eficiência e mecanismos de pagamento**. Fase II: eficiência e mecanismo de pagamento. Programa de pesquisas - Em busca da excelência: fortalecendo o desempenho hospitalar no Brasil. Relatório final. Ministério da Saúde/Banco Mundial, nov. 2004.

DAS, Jishnu; HAMMER, Jeffrey. **Money for nothing**: the dire straits of medical practice in Delhi, India. World Bank Policy Research Working paper 3669, July 2005.

DAS, Jishnu; SOHNESEN, Thomas Pave. **Patient satisfaction, doctor effort and interview location**: evidence from Paraguay. World Bank Policy Research Working paper 4086, Dec. 2006.

DONABEDIAN, A. **The definition of quality and approaches to its assessment.** Ann Arbor, Michigan: Health Administration Press, 1980.

DOOREWAARD, Hans; BENSCHOP, Yvonne. HRM and organizational change: an emotional endeavor. **Journal of Organizational Change Management**, v. 16, n. 3, Sept. 2003.

EHRENHARD, Michel; MUNTSLAG, Dennis; WILDEROM, Celeste. **Implementation of managing for results: a structural analysis.** Interpretations of middle manager's behaviours in the dutch ministries. In: 20TH EGOS COLLOQUIM, University of Twente, Netherlands, July 1-3, 2004.

EASTAUGH, Steven R. **Health economics: efficiency quality and equity.** Westport, London: Auburn House, 1992.

FAURE-GRIMAUD, Antoine; LAFFONT, Jean-Jacques; MARTIMORT, David. **Transaction costs of collusion and organizational design.** Ecater for law, economics and organization research paper series. California: University of Southern California Laws School, Feb. 2001. Disponível em: <http://papers.ssrn.com/abstract_id=279523>. Acesso em: 01/03/2005.

FONTES Filho, Joaquim Rubens. **Governança organizacional aplicada ao setor público.** In: VIII CONGRESO INTERNACIONAL DEL CLAD SOBRE LA REFORMA DEL ESTADO Y DE LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA, Panamá, 29-31 oct. 2003.

_____. **Estudo da validade de generalização das práticas de governança corporativa ao ambiente dos fundos de pensão: uma análise segundo as teorias da agência e institucional.** Tese de doutorado apresentada à Escola Brasileira de Administração Pública e de Empresas, Rio de Janeiro, 2004.

GONÇALVES, Alcindo. **O conceito de governança.** In: ANAIS DO XV CONSELHO NACIONAL DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO EM DIREITO, Manaus, 2006. Disponível em: <<http://www.conpedi.org/manaus/arquivos/Anais/Alcindo%20Goncalves.pdf>>. Acesso em: 12/12/2006.

HEIDE, Jan B.; JOHN, George. Alliances in industrial purchasing: the determinants of joint action in buyer-supplier relationships. **Journal of Marketing Research**, v. 27, n.1, p. 24-36, Feb. 1990. Published by: American Marketing Association Stable URL. Disponível em: <http://www.jstor.org/stable/3172548>. Acesso em: 12/12/2006.

HEIDE, Jan B.; WATHNE, Kenneth H. Opportunism in interfirm relationships: forms, outcomes, and solutions. **Journal of Marketing**, v. 64, n. 4, p. 36-51, Oct. 2000.

HORN, Murray. **Advance praise for the political economy of public administration.** New York: Cambridge University Press, 1995.

HOSPITALS & HEALTH NETWORKS. 5 Aug.e 1995.

KISSIL, Marcos. **Em busca da excelência**: fortalecendo o desempenho hospitalar no Brasil. Relatório final do estudo sobre qualidade hospitalar. Programa de pesquisas – Ministério da Saúde/Banco Mundial, maio 2005.

KNIGHT, Frank H. Institutionalism and empiricism in economics. **The American Economic Review**, v. 42, n. 2. Papers and proceedings of the sixty-fourth annual meeting of the American Economic Association, p. 45-55, May 1952.

LA FORGIA, Gerard Martin. Analytic and technical assistance program for Brazilian hospitals. **Search for excellence**: strengthening hospital performance in Brazil (HOSPERFORM). World Bank, June 2005. Mimeografado.

MACHADO, André Gustavo Carvalho e outros. **Teoria dos custos de transação**: um estudo multicase de empresas integradas verticalmente. In: XI SIMPEP, Bauru, São Paulo, 8-10 de nov. 2004.

MANTZAVINOS, C.; DOUGLASS, C.; NORTH, Syed Shariq. **Learning, Institutions and economic performance**. n.13. Bonn: Max Planck Institute for Research on Collective Goods, 2003. Disponível em: <<http://ssrn.com/abstract=510902>>. Acesso em: 01/04/2006.

MILGROM, Paul; ROBERTS, John. **Economics, organization and management**. New Jersey: Prentice Hall, 1992.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Projeto Reforsus. **Relatório final do estudo de novos modelos de gerência de unidades hospitalares**. Por RIBEIRO, José Mendes e outros. Escola Nacional de Saúde Pública – ENSP/Fiocruz, 2003.

NASCIMENTO, Eliana Cassiano Verdade. **Programa de comunicação integrada de marketing para o modelo organização social de saúde implantado no Estado de São Paulo**. Monografia de conclusão do MBA Economia e Gestão de Organizações de Saúde. Pontifícia Universidade Católica, São Paulo, 2003.

NORTH, Douglas C. The Adam Smith address: economic theory in a dynamic world. **Business Economics**, v. 30, p. 7-15, Jan.1995.

PALAY, Thomas M. Avoiding regulatory constraints: contractual safeguards and the role of informal agreements. **Journal of Legal Studies**, p. 265-287, 13 June 1984.

PAGÉS, Max; BONETTI, Michel; GAULEJAC, Vincent de; DESCENDRE, Daniel. **O poder das organizações**. São Paulo: Atlas, 1993.

PEYSER, Alexandre A. M. **Revitalizando empresas maduras**. Dissertação apresentada ao curso MPA da Eaesp/FGV. São Paulo, Eaesp/FGV, 2003. 101 p.

PRATT, John W.; ZECKHAUSER, Richard J. Principals and agents: the structure of business. In: PRATT, John W.; ZECKHAUSER, Richard J. **Principals and agents**: na overview. Boston: Harvard Business School Press, 1985. p. 1-10.

QUINHÕES, Trajano A. T. **Uma experiência inovadora na gestão pública**: o caso do Hospital-Geral de Fortaleza. Dissertação de mestrado. Rio de Janeiro, Ebp/FGV, 1997.

RINDFLEISH, Aric; HEIDE, Jan B. Transaction cost analysis: past, present and future applications. **Journal of Marketing**, New York, v. 61, n. 4, Oct. 1997.

SÃO PAULO. Lei Complementar n. 846, de 4 de junho de 1998.

_____. Secretaria de Estado da Saúde. **Organizações Sociais de Saúde**: a experiência da Secretaria de Estado da Saúde, 2007.

_____. Secretaria de Estado da Saúde. **Relatório Contratos de Gestão – 2º trim. de 2007**. Ago. 2007b.

_____. Secretaria de Estado da Saúde. **Relatório Contratos de Gestão – 1º trim. de 2007**. Maio 2007c.

_____. Secretaria de Estado da Saúde. **Relatório Contratos de Gestão – 4º trim. de 2006**. Mar. 2007d.

_____. Secretaria de Estado da Saúde. **Relatório Contratos de Gestão – 3º trim. de 2006**. Dez. 2006.

_____. Secretaria de Estado da Saúde. **Relatório Contratos de Gestão – 2º trim. de 2006**. Ago. 2006b.

_____. Secretaria de Estado da Saúde. **Relatório Contratos de Gestão – 1º trim. de 2006**. Maio 2006c.

SCOTT, W. Richard. The adolescence of institutional theory. **Administrative Science Quarterly**, v. 32, n. 4, p. 493-511, 1987.

SELZNICK, Philip. Institutionalism “old” and “new”. **Administrative Science Quarterly**, v. 41, n. 2, p. 270-277, 1996.

SHORTELL, Stephen M.; KALUZNY, D. D. **Health care management**: a text in organization theory and behavior. 2. ed. New York: Delmar Publishers Inc., 1988.

SILVA, José de Souza. A mudança de época e o contexto global cambiante: implicações para a mudança institucional em organizações de desenvolvimento. In: LIMA, Suzana Maria Valle (Org.). **Mudança organizacional**: teoria e gestão. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2003.

SILVA, José Roberto Gomes; VERGARA, Sylvia Constant. O significado da mudança: as percepções dos funcionários de uma empresa brasileira diante da expectativa de privatização. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, FGV, 34 (1), jan.-fev. 2000.

_____. Sentimentos, subjetividade e supostas resistências à mudança organizacional. **Revista de Administração de Empresas**, São Paulo, FGV, 43 (3), jul.-set. 2003.

SIMON, Herbert A. Rational decision making in business organizations. **The American Economic Review**, v. 69, n. 4, p. 493-513, Sept. 1979.

SUTTON, Robert I.; STAW, Barry M. O que não é teoria? **Revista de Administração de Empresas**, São Paulo: FGV, 43 (3), jul.-set. 2003.

TEIXEIRA, José M. de C. Sistemas médicos, técnicos e administrativos do hospital moderno: sua ordenação. In: GONÇALVES, Ernesto Lima (Org.). **O hospital e a visão administrativa contemporânea**. São Paulo: Pioneira, 1983.

TIGRE, Paulo Bastos. Inovação e teoria da firma em três paradigmas. **Revista de Economia Contemporânea**, n. 3, jan.-jun. 1998.

THOMPSON, P.; O'CONNELL, DAVIDSON J. The continuity of discontinuity: managerial rhetoric in turbulent times. **Personnel Review**, v. 24, n. 4, p. 17-33, 1995.

WATHNE, Kenneth H.; HEIDE, Jan B. Opportunism in interfirm relationships: forms, outcomes and solutions. **Journal of Marketing**, v. 64, n. 4, p. 36-51, Oct. 2000.

WHETTEN, David A. O que constitui uma contribuição teórica? **Revista de Administração de Empresas**, São Paulo: FGV, 43 (3), jul.-set. 2003.

WILLIAMSON, Oliver E. Transaction cost economics: the governance of contractual relations. **Journal of Law and Economics**, p. 233-262, 22 Oct.1979.

_____. The economics of organization: the transaction cost approach. **American Journal of Sociology**, 87 (3), p. 548-577, 1981a.

_____. The modern corporation: origins, evolution, attributes. **Journal of Economic Literature**, v. 19, n. 4, p. 1537-1569, Dec. 1981b.

_____. **The economic institutions of capitalism: firms, markets, relational contracting**. New York: The Free Press, 1985.

_____. The theory of the firm as governance structure: from choice to contract. **Journal of Economic Perspectives**, v. 16, n. 3, p. 171-195, summer 2002.

WOODSIDE, Arch G.; WILSON, Elizabeth J. Case study research methods for theory building. **Journal of Business & Industrial Marketing**, v. 18, n. 6/7, p. 493-508, 2003.

WORLD BANK. **Enhancing performance in Brazil's health sector: lessons from innovations in the State of São Paulo and the city of Curitiba**. Report n. 35691-BR, 29 Oct. 2006.

WORLD BANK. **Improving the quality of health spending resource management in Brazil's unified health system (SUS)**. Report n. 36601-BR, 22 Jan. 2007.

YIN, R. K. **Case study research: design and methods**. London: Sage, 1994.

_____. **Estudo de caso: planejamento e métodos**. 2. ed. Porto Alegre: Brookman, 2003.