



# **AS ORGANIZAÇÕES SOCIAIS COMO ALTERNATIVA DE GERÊNCIA PARA ESTABELECIMENTOS PÚBLICOS DE SAÚDE**

1. Antecedentes
2. As Organizações Sociais
  - 2.1. Caracterização
  - 2.2. Avaliação
3. Considerações Finais

Anexos:

Anexo 1 - Artigo - REFORMA ADMINISTRATIVA E MARCO LEGAL DAS ORGANIZAÇÕES SOCIAIS NO BRASIL - As Dúvidas dos Juristas sobre o Modelo das Organizações Sociais - Prof. Paulo Modesto.

Anexo 2 – A Experiência Exitosa de Gestão Pública de Saúde do Estado de São Paulo – Luiz Roberto Barradas Barata e José Dino Vaz Mendes

Anexo 3 - Artigo - A EXPERIÊNCIA DA SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE SÃO PAULO - Márcio Cidade Gomes.

## Organizações Sociais de Saúde

### 1. Antecedentes

A autonomia administrativa para estabelecimentos públicos de saúde é uma temática recorrente na área da saúde pública no Brasil há muitos anos. Gestores das três esferas de governo com frequência buscaram no passado, no escopo do direito administrativo, formas de atenuar a rigidez dos ritos e processos próprios da administração pública em geral, tão avessos às práticas preconizadas para o sucesso na administração hospitalar. Foi assim, por exemplo, que nas décadas de 70 e 80 muitos hospitais da administração direta transformaram-se em fundações públicas ou a elas foram subordinados.

A criação e adoção de diferentes personalidades jurídicas para hospitais visaram sempre lhes proporcionar uma maior autonomia administrativa e financeira, permitindo a necessária flexibilidade para o cumprimento de suas atividades finalísticas, mantendo subordinadas suas metas às políticas estabelecidas para o sistema de saúde<sup>2</sup>. Embora condição necessária, a atribuição de nova personalidade jurídica não se mostrou suficiente, uma vez que, pouco a pouco, novas leis se encarregaram de equiparar os órgãos autônomos – autarquias, fundações, empresas públicas – àqueles da administração direta, no que se referia ao controle prévio normativo que enfatizava o *cumprimento de procedimentos formais em detrimento do desempenho e do eficiente uso dos recursos* (idem).

As justificativas para a aprovação dessas leis se relacionavam à necessidade dos governos de coordenação central de políticas mais amplas e de garantir a sua execução, evitando ainda *a utilização dessas entidades para fins outros que não aqueles que determinaram formalmente a sua configuração funcional* (idem). Na prática, elas impediam tais instituições de contratar / substituir recursos humanos, independentemente da natureza do trabalho desenvolvido e do “turn over” requerido para a manutenção da qualidade do serviço, e impunham restrições para a condução

---

<sup>2</sup> Relatório da Oficina de Trabalho OPS/MS, “Gestão de Estabelecimentos Públicos de Saúde”, realizada em 1991, de autoria de Déa Carvalho (Arruda) e Marcos Mandelli; 1991 (mimeo).

dos processos licitatórios, desconsiderando a dinâmica própria desses estabelecimentos.

Assim é que, embora essa discussão venha sendo feita há pelo menos duas décadas, as soluções encontradas continuam provocando polêmicas entre os atores setoriais da saúde. A terceirização progressiva de serviços em hospitais da administração direta é um exemplo de medida amplamente utilizada em todo o território nacional. O que inicialmente se restringia a áreas de apoio, como informática, segurança, limpeza e alimentação, vem cada vez mais se estendendo às áreas finalísticas, sendo já bastante comum a contratação de cooperativas de especialidades médicas (anestesiistas, p.ex.). Menos difundida, embora mais explícita, a transformação de hospitais em “organizações sociais” vem se configurando como uma alternativa mais abrangente, devendo ser contextualizada e entendida como integrante desse conjunto de iniciativas.

## **2. As Organizações Sociais**

### **2.1. Caracterização**

As Organizações Sociais (OS) foram concebidas no decorrer da Reforma da Administração Pública, liderada pelo então Ministro da Administração Federal e Reforma do Estado / MARE, Luiz Carlos Bresser Pereira, no primeiro governo do Presidente Fernando Henrique Cardoso, de 1995 a 1998. No texto do Plano Diretor da Reforma do Aparelho de Estado (PDRAE), este tipo de entidade foi caracterizado como de interesse social e de utilidade pública, uma associação civil sem fins lucrativos, com atividades nas áreas de ensino, pesquisa científica, desenvolvimento tecnológico, proteção e preservação do meio ambiente, cultura e saúde.

A proposição dessa nova “qualificação jurídica” era totalmente coerente com a reforma do Estado então em curso no Brasil, que, segundo o Professor de Direito Administrativo da Universidade Federal da Bahia (UFBA), Paulo Modesto<sup>3</sup>, guardava

---

<sup>3</sup> Paulo Modesto, “Reforma administrativa e marco legal das Organizações Sociais no Brasil - As Dúvidas dos Juristas sobre o Modelo das Organizações Sociais”; Revista Diálogo Jurídico Ano I n.º 9. Salvador / BA, 2001. Incluído na íntegra, como Anexo 1.

semelhança com outras reformas ocorridas em várias partes do mundo, cujos objetivos práticos podem ser sintetizados como a seguir.

*a) Objetivo econômico: diminuir o “déficit” público, ampliar a poupança pública e a capacidade financeira do Estado para concentrar recursos em áreas em que é indispensável a sua intervenção direta.*

*b) Objetivo social: aumentar a eficiência dos serviços sociais oferecidos ou financiados pelo Estado, atendendo melhor o cidadão a um custo menor, zelando pela interiorização na prestação dos serviços e ampliação do seu acesso aos mais carentes.*

*c) Objetivo político: ampliar a participação da cidadania na gestão da coisa pública; estimular a ação social comunitária; desenvolver esforços para a coordenação efetiva das pessoas políticas no implemento de serviços sociais de forma associada.*

*d) Objetivo gerencial: aumentar a eficácia e efetividade do núcleo estratégico do Estado, que edita leis, recolhe tributos e define as políticas públicas; permitir a adequação de procedimentos e controles formais e substituí-los, gradualmente, porém de forma sistemática, por mecanismos de controle de resultados (idem).*

Como acontece ainda hoje, a criação de OS deveria se dar através da qualificação de pessoas jurídicas de direito privado ou da substituição de órgão público de qualquer figura jurídica (pela extinção da instituição e dos cargos públicos vagos e em comissão, com inventário do patrimônio). Em outras palavras, a organização social não pode ser traduzida como uma qualidade inata, mas sim adquirida, resultado de um ato formal de reconhecimento do Poder Público, facultativo e eventual, semelhante em muitos aspectos à qualificação deferida às instituições privadas sem fins lucrativos quando recebem o título de utilidade pública. Esse título jurídico especial é conferido em vista do atendimento de requisitos gerais de constituição e funcionamento previstos expressamente em lei (ibidem).

Tais requisitos são de adesão voluntária por parte das entidades privadas e têm como finalidade assegurar uma relação de confiança e parceria entre o ente privado e o Poder Público. O instrumento de eleição para regular e garantir tal relação foi o “contrato de gestão”, a ser celebrado entre o poder público e a organização social. Em

documento específico<sup>4</sup> sobre essa modalidade de contrato, divulgado em 1995, o MARE traçou os compromissos institucionais e de apoio à modernização da gestão das entidades qualificadas, definindo as seguintes medidas para o realinhamento estratégico-estrutural: redefinição de sua missão; identificação precisa de produtos e clientes; objetivos e metas claramente definidos; definição de estrutura organizacional e tecnologia a serem utilizadas, além do desenvolvimento de metodologias na área de planejamento, informatização, recursos humanos, custos e regulamentação específica para investimentos<sup>5</sup>. Prevê ainda o prazo de duração do contrato, a remuneração de pessoal, os controles e critérios de avaliação e desempenho, direitos, obrigações e responsabilidades dos dirigentes; e as penalidades e recompensas cabíveis.

O projeto das OS elaborado pelo Poder Executivo Federal foi convertido em Medida Provisória e depois na Lei n.º 9.637, de 15 de maio de 1998, tendo sido adotado em alguns estados da Federação e transformado em lei estadual, com adaptações, notadamente no Pará (Lei n.º 5.980/96), na Bahia (Lei n.º 7.027/97, revogada e substituída pela lei 8.647/03 e o decreto 8.890/04), em São Paulo (Lei Complementar n.º 846/98) e, mais recentemente, em Santa Catarina (Lei nº 12.929, de 04 de Fevereiro de 2004, regulamentada pelo Decreto nº 4.272 de 28 de abril de 2006) e Goiás (Lei nº 15.503, de 28 de Dezembro de 2005). Embora existam Organizações Sociais na área da saúde (OSS), já há alguns anos, em pelo menos três desses estados, em São Paulo os hospitais por elas administrados são em maior número (17) e sua experiência é mais bem documentada.

## **2.2. Avaliação**

Uma pesquisa financiada pelo Banco Mundial, divulgada em 2004 / 2005<sup>6</sup>, comparando desempenho de 12 hospitais administrados pelas OS com 10 da administração direta,

---

<sup>4</sup> Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado, 1995. “Modelo padrão de contrato de gestão - poderoso instrumento de gestão institucional”. Brasília / DF.

<sup>5</sup> Nelson Ibañez & col., “Organizações sociais de saúde: o modelo do Estado de São Paulo”; Revista Ciência e Saúde Coletiva vol.6 no.2 Rio de Janeiro 2001.

<sup>6</sup> Nilson do Rosário Costa e José Mendes Ribeiro, “Estudo Comparativo do Desempenho de Hospitais em Regime de Organização Social”, mimeo, Rio de Janeiro, julho de 2004.

todos com mais de 100 leitos, situados no estado de São Paulo, obteve resultados francamente favoráveis aos primeiros.

Para tal comparação foram utilizados indicadores de eficiência técnica, eficiência alocativa, equidade e qualidade.

- Eficiência técnica – definida como *a capacidade de produzir o máximo de resultados com dada quantidade de insumos*, foi avaliada pelo indicador “total de altas no ano / número total de leitos”. Os resultados encontrados indicam que as OSS produziram 35% mais altas em geral em relação aos leitos que ofertaram com algumas variações entre as diferentes clínicas.
- Eficiência alocativa - mede as condições de utilização dos insumos. Para essa avaliação foi utilizado um maior número de indicadores, podendo ser citados: (i) intervalo de substituição - tempo médio decorrido em dias (ou horas) entre a saída de um paciente e a admissão de outro – que demonstrou que os leitos dos hospitais da administração direta ficam em média 3,9 dias desocupados entre um paciente e outro, enquanto esse intervalo para as OSS foi em média de 28,4 horas; (ii) taxa de ocupação de leitos, sendo encontrada a de 80,5% para as OSS e a de 63,2% para os da administração direta; (iii) tempo médio de permanência, de 4,8 dias para as OSS e de 5,9 para os estabelecimentos da administração direta, em geral, sendo observada diferenças entre clínicas; (iv) uso da força de trabalho, avaliado pelo número de horas contratadas por categoria profissional – médicos, enfermeiros e auxiliares -, sendo demonstrado que as OSS operam com 30% menos horas de trabalho médico e 33% mais horas de profissionais de nível superior de enfermagem do que o utilizado nas organizações da administração direta<sup>7</sup>.
- Equidade – indicadores utilizados para medir o quanto o processo de autonomização pode estar criando barreiras de acesso aos grupos mais vulneráveis da população. Os hospitais apresentam padrões semelhantes de cobertura (proporção de altas) das populações acima de 60 anos, grupo que

---

<sup>7</sup> Observação: segundo o relatório da pesquisa, *o custo médio do salário do profissional de enfermagem é substancialmente inferior ao custo do profissional médico pelas regras do mercado de trabalho predominantes no Estado de São Paulo.*

tende a demandar maior quantitativo de recursos em seu atendimento, gerando impacto sobre despesas.

- Qualidade – as OSS apresentaram indicadores de mortalidade geral ligeiramente mais baixos do que as unidades em regime de administração direta, com variações entre clínicas, conforme o quadro abaixo.

Variáveis de Qualidade	Média nas OSS	Média na Administração Direta	Coefficiente de Variação na OSS	Coefficiente de Variação na Administração Direta
Mortalidade geral	3,8	5,3	34%	80%
Mortalidade cirúrgica	2,61	3,6	22%	37%
Mortalidade clínica médica	11,64	11,96	13,5%	9,3%
Mortalidade clínica pediátrica	2,80	2,63	31%	45%

Fonte: DATASUS/SIH-SUS, 2003

Segundo os autores do relatório, professores Nilson do Rosário e José Mendes da ENSP / FIOCRUZ, esse conjunto de resultados indica *que sob as mesmas condições de oferta de leitos e disponibilidade de recursos financeiros, as OSS em 2003 produziram mais altas e menos óbitos ocorreram nos hospitais gerenciados por este modelo organizacional.*

Dados mais recentes, da Secretaria Estadual de Saúde de São Paulo, mostram que em 2005 muitas dessas diferenças persistiam, apesar de terem sido observadas melhoras no desempenho global dos estabelecimentos da administração direta. Ainda segundo essa fonte, o nível de satisfação dos usuários das OSS variou de 80% a 90% de aprovação naquele ano, quando foram entrevistados 33 mil pacientes internados e 53 mil ambulatoriais, conforme previsto no Contrato de Gestão<sup>8</sup>. Além disso, seis dos 17 hospitais gerenciados pelas OSS foram certificados pela Organização Nacional de Acreditação – ONA, sendo que três receberam o primeiro nível (o melhor) e os demais o segundo nível.

---

<sup>8</sup> São realizadas mensalmente pesquisas de satisfação dos usuários com, no mínimo, 10% dos pacientes internados e/ou seus acompanhantes e com 10% dos pacientes que são atendidos em primeira consulta no ambulatório.

As experiências mais pontuais de outros estados brasileiros vem demonstrando também um desempenho melhor dos hospitais administrados pelas OSS do que as metas para eles estabelecidas em seus contratos de gestão.

### **3. Considerações Finais**

É fato que a administração eficiente de hospitais públicos vem se mostrando um desafio para os gestores das três esferas de governo há muitos anos. Como ressaltado no relatório de pesquisa supracitado, *a escolha da proteção total ao funcionalismo e às organizações públicas ... baseou-se na tese (não desprezível) que o maior risco à eficiência e à qualidade está no uso pelo Executivo das organizações para obter vantagens de patronagem. Não foi considerada a possibilidade de que o elevado insulamento fosse também uma ameaça à eficiência ... por não deixar espaços residuais para a tomada de decisão ao nível dos processos (microeconômicos) de gestão e pelos problemas inerentes à baixa responsabilização. A instância diretiva das organizações realiza funções gerenciais quase simbólicas.*

Entre outras limitações apontadas pelos autores, os titulares de estabelecimentos da administração direta não podem, por iniciativa própria e / ou com a agilidade necessária: demitir e contratar de acordo com a necessidade da organização, definir quadro de pessoal (quantitativo e cargos), definir níveis de remuneração, benefícios e vantagens, bem como incentivos diferenciados para premiar desempenho e critérios para progressão e capacitação, definir procedimentos, limites, modalidades e prazos de aquisição, definir regras de gestão e negociação de contratos, obter disponibilidade de recursos segundo cronograma pré-definido, adotar contabilidade gerencial baseada em controle de custos, alienar inservíveis e promover atualização tecnológica, definir critérios e regras para manutenção de equipamentos e instalações.

A partir de 1995, após a aprovação da Lei Camata (Lei nº 82/2005), problemas de outra natureza passaram a se associar aos anteriores. Segundo essa lei, *as despesas totais com pessoal ativo e inativo da administração direta e indireta, inclusive fundações, empresas públicas e sociedades de economia mista, pagas com receitas correntes da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios* não poderiam, em cada exercício financeiro, exceder a sessenta por cento das respectivas receitas correntes líquidas da União, estados, Distrito Federal e municípios. A partir de 2000, a Lei de



Responsabilidade Fiscal - LRF (Lei Complementar nº 101, de 04 de maio de 2000) não só assimilou “o espírito” dessa lei, passando a ser a grande disciplinadora das despesas com pessoal, como fixou ainda limites para o endividamento público.

A LRF dispõe que a esfera de governo que chegar a 95% do limite das despesas total com pessoal não poderá aumentar salários, contratar horas extras, admitir funcionários (exceto em caso de aposentadoria ou morte), nem criar cargos. Atribui à Secretaria do Tesouro Nacional a função de criar normas para as três esferas de governo, tais como a Resolução 40, que estabelece que a dívida consolidada líquida (DCL) de cada Estado não pode ultrapassar duas vezes a sua receita corrente líquida (RCL). O desrespeito a qualquer das disposições da LRF, acarreta sanções institucionais, como a suspensão das transferências voluntárias da União, de contratação de operações de crédito e de concessão de garantias para a obtenção de empréstimos, e mesmo pessoais, podem levar titulares do executivo à prisão.

Ainda de acordo com a pesquisa, pelo menos sete estados brasileiros se mantiveram acima dos limites estabelecidos para endividamento no quadriênio 2000 a 2003, figurando entre eles os que mais contribuem para o PIB nacional, não por acaso os que apresentavam os maiores gastos com pessoal, em particular com inativos. As disposições dessa Lei, teriam assim levado à *adoção preferencial pelos gestores municipais do regime da terceirização para cooperativas e empresas, os contratos de autônomo e outros tipos indefinidos para expansão da força de trabalho, principalmente na atenção ambulatorial e nos novos programas de expansão de cobertura como os Programa de Saúde da Família e Programa de Agentes Comunitários* (idem).

Sem dúvida, a administração pública percebe-se “emparedada” e a alternativa da qualificação de entidades como organizações sociais é uma das saídas encontradas. A julgar pelas avaliações disponíveis, encontra-se entre as mais estruturadas e sustentáveis soluções para as dificuldades observadas. Apesar disso, é importante ressaltar que o sucesso não repousa na sua mera adoção formal. Tal iniciativa deve estar sempre associada ao fortalecimento do papel regulador do Estado. Na área da saúde isso significa ter clareza quanto ao papel do estabelecimento na rede assistencial em que está inserido, a organização dos fluxos de referência e contra referência, e o aperfeiçoamento dos instrumentos e processos de programação,

avaliação e controle. É também essencial o fortalecimento da participação social, inquestionável parceira da administração pública para a definição e garantia do cumprimento das finalidades e metas estabelecidas. Acima de tudo, a adoção de organizações sociais, como de qualquer outra modalidade gerencial, deve ser percebida como um ato decorrente da plena responsabilização do gestor pela atenção à saúde de sua população.

Encontram-se anexos a essa Nota Técnica, três importantes artigos que aprofundam e analisam as OSS no Brasil. **Anexo 1** - Artigo - REFORMA ADMINISTRATIVA E MARCO LEGAL DAS ORGANIZAÇÕES SOCIAIS NO BRASIL - As Dúvidas dos Juristas sobre o Modelo das Organizações Sociais - Prof. Paulo Modesto; **Anexo 2** – A Experiência Exitosa de Gestão Pública de Saúde do Estado de São Paulo – Luiz Roberto Barradas Barata e José Dino Vaz Mendes e **Anexo 3** - Artigo - A EXPERIÊNCIA DA SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE SÃO PAULO - Márcio Cidade Gomes.

## **ANEXO 1 - Artigo sobre as Organizações Sociais**

## **REFORMA ADMINISTRATIVA E MARCO LEGAL DAS ORGANIZAÇÕES SOCIAIS NO BRASIL - As Dúvidas dos Juristas sobre o Modelo das Organizações Sociais**

### **Prof. Paulo Modesto**

Professor de Direito Administrativo da Universidade Federal da Bahia (UFBA) e da Universidade Salvador (UNIFACS). Coordenador do Curso de Especialização em Direito Público da UNIFACS. Membro do Ministério Público da Bahia, do Instituto Brasileiro de Direito Administrativo (IBDA) e do Instituto dos Advogados da Bahia (IAB). Conselheiro Técnico da Sociedade Brasileira de Direito Público (SBDP). Vice-Presidente do Instituto de Direito Administrativo da Bahia (IDAB). E-mail: paulomodesto@yahoo.com

SUMÁRIO: 1. Reforma Administrativa e Reforma na Mentalidade Administrativa - O Papel dos Juristas. 2. As Dúvidas dos Juristas sobre as Organizações Sociais. 2.1.1. Organizações Sociais e Entidades Privadas de Utilidade Pública. 2.1.2. Serviços Privados de Interesse Público e Serviços Públicos. 2.1.3. Organizações Sociais e Terceirização: o caso do Sistema Único de Saúde (SUS). 3. Conclusão.

### **1. REFORMA ADMINISTRATIVA E REFORMA NA MENTALIDADE ADMINISTRATIVA - O PAPEL DOS JURISTAS**

A reforma administrativa do aparelho do Estado no Brasil tem na introdução e alteração de normas no âmbito da Constituição da República e das leis do país uma de suas etapas necessárias. Porém, a eficácia da reforma administrativa está condicionada ainda a uma concomitante reforma na mentalidade dos agentes públicos. É indispensável para a efetiva implementação da reforma pretendida que os agentes administrativos superem o tradicional vezo burocrático que vem convertendo a Administração, nas palavras de DROMI, numa cara “máquina de impedir”, fiel ao que o mesmo autor batizou como o “código do fracasso”, que dispõe: “artigo primeiro: não pode; artigo segundo: em caso de dúvida, abstenha-se; artigo terceiro: se é urgente, espere; artigo quarto, sempre é mais prudente não fazer nada” (1995:35).

A reforma administrativa iniciada no Brasil guarda semelhança com outras reformas do Estado ocorridas em várias partes do mundo, conforme se pode observar nas experiências relatadas por PALAZZO, SÉSIN e LEMBEYE no livro *La Transformación del Estado* (1992). De fato, são aspectos comuns às diversas reformas contemporâneas do Estado:

- a) aplicação de novas técnicas de coordenação de serviços e atividades entre esferas políticas diversas (consórcios intergovernamentais, acordos-programas, convênios de delegação ou descentralização);
- b) estímulo à privatização de serviços econômicos competitivos sustentáveis em regime de mercado;
- c) transferência de funções do poder central para entes intermediários e locais;
- d) ampliação dos controles de produtividade e de economicidade, vale dizer, do resultado do trabalho administrativo (controles de eficiência);
- e) fortalecimento da autonomia das entidades personalizadas da administração indireta;
- f) incentivo à gestão direta pela comunidade de serviços sociais e assistenciais, fora do aparato burocrático do Estado, porém com apoio direto dele e com sua assistência permanente (organizações não governamentais, associações de utilidade pública, escolas comunitárias);
- g) estímulo ao pessoal administrativo no desenvolvimento de atividades-fins, com a concomitante diminuição ou terceirização de atividades meio, acompanhada de valorização das carreiras exclusivas de Estado, inclusive mediante adequação do padrão remuneratório ao mercado de trabalho;
- h) capacitação de pessoal dirigente e criação de carreiras específicas para altos gestores;
- i) elaboração do conceito de planejamento estratégico e fortalecimento dos setores administrativos responsáveis pela formulação de políticas públicas;
- j) consolidação e simplificação de procedimentos e processos no interior da administração;

- l) estímulo ao desenvolvimento de habilitações gerenciais flexíveis do pessoal administrativo, fator a ser considerado no próprio recrutamento, mediante a ampliação do grau de generalidade das atribuições contempladas nos cargos públicos;
- m) definição de novas formas de responsabilização dos agentes públicos pela gestão administrativa;
- n) adoção de programas de desregulamentação ou de simplificação da legislação (consolidação e codificação legislativa);
- o) ampliação dos mecanismos de participação popular na atividade administrativa e de controle social da administração pública.

Essas tarefas, apenas mencionadas para formação de um quadro simplificado de referência, permitem também inferir os objetivos práticos que servem de base finalista aos projetos mais conhecidos de Reforma do Estado:

- a) objetivo econômico: diminuir o “déficit” público, ampliar a poupança pública e a capacidade financeira do Estado para concentrar recursos em áreas em que é indispensável a sua intervenção direta;
- b) objetivo social: aumentar a eficiência dos serviços sociais oferecidos ou financiados pelo Estado, atendendo melhor o cidadão a um custo menor, zelando pela interiorização na prestação dos serviços e ampliação do seu acesso aos mais carentes;
- c) objetivo político: ampliar a participação da cidadania na gestão da coisa pública; estimular a ação social comunitária; desenvolver esforços para a coordenação efetiva das pessoas políticas no implemento de serviços sociais de forma associada;
- d) objetivo gerencial: aumentar a eficácia e efetividade do núcleo estratégico do Estado, que edita leis, recolhe tributos e define as políticas públicas; permitir a adequação de procedimentos e controles formais e substituí-los, gradualmente, porém de forma sistemática, por mecanismos de controle de resultados .

É manifesto que este amplo quadro de tarefas e objetivos somente é alcançável com a ação cooperativa dos envolvidos no processo de implementação das reformas, em especial com a colaboração dos juristas, responsáveis imediatos pela interpretação do direito reformado.

Nesse sentido, recorde-se PONTES DE MIRANDA: “Fez-se cânon da Crítica moderna ser-lhe indispensável a simpatia. Interpretar a lei não é só criticá-la: é inserir-se nela, e

fazê-la viver. A exigência, portanto, cresce de ponto, em se tratando de Constituição. Com a antipatia não se interpreta, —ataca-se; porque interpretar é por-se do lado que se interpreta, numa intimidade maior do que permite qualquer anteposição, qualquer contraste, por mais consentinte, mais simpático, que seja, do intérprete e do texto. Portanto, a própria simpatia não basta. É preciso compenetrar-se do pensamento que esporta nas regras jurídicas escritas; e, penetrando-se nelas, dar-lhes a expansão doutrinária e prática, que é o comentário jurídico. Só assim se executa o programa do jurista, ainda que, de quando em vez, se lhe juntem conceitos e correções de lege ferenda” (1987: 5)(Grifo nosso).

Com efeito, parece possível interpretar e refletir sobre o que representa o programa das organizações sociais para a redefinição do modo de intervenção do Estado no âmbito social apenas se adotarmos uma atitude de abertura, de ânimo desarmado, negação da mentalidade burocrática antes referida, que desconfia do novo e o renega de plano, adulterando o seu sentido próprio a partir de antigos esquemas conceituais.

Na verdade, a atitude oposta à de abertura, a atitude de bloqueio “a priori”, é impensável e inaceitável entre juristas, que são profissionais do diálogo, acostumados a tratar cotidianamente com novas demandas políticosociais. O saber dos juristas é um saber de protagonistas, pois mediante o discurso dos juristas são estabelecidas decisões ou condições para a tomada de decisões jurídicas. Enquanto a maior parte das ciências opera com um objeto dado, que o cientista pressupõe como uma unidade estável, o objeto do jurista é um objeto lingüístico, socialmente condicionado, que se elabora e apresenta ao domínio público mediante a decisão interpretativa, amplamente influenciada pelo instrumental elaborado pela ciência do direito. Esta é a razão de se dizer, não sem algum exagero, que o objeto do saber do jurista não é algo dado ao seu conhecimento, mas o resultado do seu labor.

Essa interferência da doutrina jurídica na definição e avaliação do direito vigente aumenta a responsabilidade social da dogmática jurídica e dos próprios juristas individualmente. Da dogmática jurídica, pois cabe-lhe estabelecer os limites do conhecimento jurídico válido (as condições de validação científica do labor dos juristas), restringindo o arbitrário interpretativo, estabelecendo métodos de trabalho que neutralizem ao máximo as puras inclinações subjetivas ou pessoais. Dos juristas, pois

como agentes sociais que monopolizam o discurso técnico sobre as normas da coletividade, têm condições de antecipar as conseqüências negativas e positivas da aplicação das normas jurídicas aprovadas, propor novas pautas de solução de conflitos, bem como capacidade de enquadrar de forma argumentativa os novos conflitos no interior do direito já existente, enfraquecendo ou eliminando temporariamente conflitos. Sobre tema da função social da dogmática jurídica, v. FERRAZ JR (1994: 280-1; 1980:149 e segs).

O desafio de pensar juridicamente as organizações sociais faz crescer de importância a vocação de protagonista dos juristas, pois estes são convidados a co-participar da constituição desta nova “figura jurídica”, sem reservas e sem temor de pensar o novo.

## **2. AS DÚVIDAS DOS JURISTAS SOBRE AS ORGANIZAÇÕES SOCIAIS**

São basicamente duas as dúvidas levantadas pelos juristas durante o processo de discussão do modelo de organizações sociais apresentado pelo Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado do Brasil. A primeira, de caráter geral, diz respeito à própria identificação do que sejam as organizações sociais e o papel que cumpririam perante a administração pública. Em termos técnicos, ao fim e ao cabo, esta primeira indagação diz também sobre a possibilidade e natureza jurídica das organizações sociais.

Discute-se aqui sobre se as organizações sociais desenvolveriam atividades de serviço público ou atividades privadas, sobre se constituiriam formas de privatização de entes públicos, bem como sobre quais os traços diferenciais que as apartariam das tradicionais entidades privadas de utilidade pública. Na segunda questão, de caráter especial, indaga-se sobre se será cabível a exigência de realização de processo licitatório para a cessão de bens e recursos públicos às entidades reconhecidas como organizações sociais, o regime jurídico do apoio que lhes emprestará o Poder Público, bem como sobre o que as distinguirá das entidades privadas que prestam serviços à Administração Pública mediante contratos de terceirização.

## 2.1. ORGANIZAÇÕES SOCIAIS E ENTIDADES PRIVADAS DE UTILIDADE PÚBLICA

Não existe uma definição legal das organizações sociais no plano federal no Brasil. O projeto elaborado pelo Poder Executivo Federal, convertido em Medida Provisória e depois em lei (Lei n. 9.637, de 15 de maio de 1998,) adotado em diversos Estados da Federação e transformado em lei estadual, com algumas alterações (v. g., Pará, Lei n.º 5.980/96; Bahia, Lei n.º 7.027/97) não contempla conceituação sintética de organização social.

É importante saber que o projeto federal ao longo do tempo sofreu reformulações, de conteúdo e forma, que lhe alteraram profundamente a compostura, sem embargo de uma continuidade firme nos propósitos básicos. O texto final da Lei n. 9.637, de 15 de maio de 1998 servirá de fundamento para as definições e afirmações adiante expostas. Uma definição operacional das organizações sociais pode ser formulada nos termos seguintes. As organizações sociais são pessoas jurídicas de direito privado, sem fins lucrativos, voltadas para atividades de relevante valor social, que independem de concessão ou permissão do Poder Público, criadas por iniciativa de particulares segundo modelo previsto em lei, reconhecidas, fiscalizadas e fomentadas pelo Estado. Em sentido abrangente, as organizações sociais representam uma forma de parceria do Estado com as instituições privadas de fins públicos (perspectiva *ex parte principis*) ou, sob outro ângulo, uma forma de participação popular na gestão administrativa (perspectiva *ex parte populi*).

No aspecto da parceria, as organizações sociais definem-se como instituições do terceiro setor (pessoas privadas de fins públicos, sem finalidade lucrativa, constituídas voluntariamente por particulares, auxiliares do Estado na persecução de atividades de relevante interesse coletivo), pois possuem o mesmo substrato material e formal das tradicionais pessoas jurídicas privadas de utilidade pública. Não são um novo tipo de pessoa jurídica privada nem entidades criadas por lei e encartadas na estrutura da administração pública.

São pessoas jurídicas estruturadas sob a forma de fundação privada ou associação sem fins lucrativos. Ser organização social, por isso, não significa apresentar uma estrutura jurídica inovadora, mas possuir um título jurídico especial, conferido pelo Poder Público em vista do atendimento de requisitos gerais de constituição e



funcionamento previstos expressamente em lei. Esses requisitos são de adesão voluntária por parte das entidades privadas e estão dirigidos a assegurar a persecução efetiva e as garantias necessárias a uma relação de confiança e parceria entre o ente privado e o Poder Público.

A denominação organização social é um enunciado elíptico. Denominam-se sinteticamente organizações sociais as entidades privadas, fundações ou associações sem fins lucrativos, que usufruem do título de organização social. Essa qualidade jurídica conferida pelo Poder Público faz incidir sobre as instituições reconhecidas um plexo de disposições jurídicas especiais, que asseguram vantagens e sujeições incomuns para as tradicionais pessoas jurídicas qualificadas pelo título de utilidade pública. Em qualquer dos dois títulos referidos, porém, dá-se um plus à personalidade jurídica das entidades privadas, que passam a gozar de benefícios especiais não extensíveis às demais pessoas jurídicas privadas (benefícios tributários e vantagens administrativas diversas). A todo rigor, portanto, nenhuma entidade é constituída como organização social. Ser organização social não se pode traduzir em uma qualidade inata, mas em uma qualidade adquirida, resultado de um ato formal de reconhecimento do Poder Público, facultativo e eventual, semelhante em muitos aspectos à qualificação deferida às instituições privadas sem fins lucrativos quando recebem o título de utilidade pública.

De fato, as organizações sociais são juridicamente entidades bastante semelhantes às tradicionais entidades privadas declaradas de utilidade pública, mas com elas não se identificam de modo completo. São traços comuns às duas entidades:

- a) a iniciativa privada voluntária na sua criação e na sua constituição;
- b) a existência de limites gerais à livre constituição e funcionamento dos órgãos de direção ou gerência como requisito para o exercício de ato posterior de reconhecimento ou qualificação;
- c) a afetação a uma finalidade de interesse público ou socialmente relevante;
- d) o recebimento de favores especiais, subsídios, isenções e contribuições do Estado;
- e) a submissão a uma vigilância especial e a limitações de ordem administrativa que vão além do simples poder de polícia exercido sobre as demais pessoas privadas;
- f) sujeição ao controle do Tribunal de Contas e à supervisão do Ministério Público;

- g) a necessidade de reconhecimento formal por parte do Estado, segundo um procedimento especial regulado em lei;
- h) a destinação legal do patrimônio social a outra entidade de mesma natureza, em caso de extinção da entidade, não sendo permitido seja o patrimônio repartido entre os membros da instituição;
- i) a submissão ao regime jurídico das pessoas de direito privado, com derrogações de direito público.

As organizações sociais, no entanto, apresentam também características especiais que as distinguem de modo parcial das tradicionais entidades privadas declaradas de utilidade pública. Em resumo, os traços diferenciais básicos são os seguintes:

- a) os seus estatutos devem prever e adotar determinado modelo de composição para os seus órgãos de deliberação superior, inclusive prevendo a participação necessária de representantes do Estado, como requisito para permitir o ato posterior de qualificação pelo Poder Público;
- b) o trespasse de bens e recursos públicos nelas está condicionado à assinatura de contratos de gestão com os órgãos competentes da administração pública federal;
- c) o estatuto deve prever, também como um requisito da qualificação, sujeição da entidade à publicação anual no Diário Oficial da União do relatório de execução do acordo ou contrato de gestão (relatório gerencial das atividades desenvolvidas, apoiadas pelo Poder Público, e não apenas do relatório formal da contabilidade da entidade);
- d) o estatuto deve prever, como requisito de qualificação, regras rígidas de reforma das finalidades sociais, bem como regras para a definição impessoal das regras a serem adotadas para a remuneração do pessoal da entidade e para o sistema de compras;
- e) o estatuto ainda deve prever que a entidade estará sujeita a controle externo de resultados, periódico e “a posteriori”, realizado por comissão de avaliação composta por especialistas de notória qualificação, especialmente destinado à verificação do cumprimento do contrato ou acordo de gestão firmado com o Poder Público;
- f) as entidades poderão utilizar bens materiais e recursos humanos de entidades extintas do Estado, desde que a extinção tenha sido realizada por lei específica;

g) as entidades poderão também absorver atividades e contratos de entidade extintas, também quando autorizados por lei, bem como os seus símbolos designativos, desde que estes sejam seguidos obrigatoriamente do símbolo OS.

As diferenças e semelhanças entre as duas entidades são manifestas, mas indicam também ser possível identificá-las como entidades do mesmo gênero, ainda que inconfundíveis. As organizações sociais são entidades de utilidade pública qualificadas por maiores restrições e maior vigilância do Estado, no mesmo passo em que podem receber deste maiores benefícios e vantagens incomuns - embora não vedadas - às atuais entidades privadas de utilidade pública.

Algumas vantagens têm surpreendido os juristas, em especial a possibilidade prevista de haver absorção, pelas entidades qualificadas, de atividade e recursos de entidades estatais extintas por lei específica (ex vi do art. 37, XIX, da Constituição Federal e do princípio da "paridade das formas").

Os bens de entidade extinta de ordinário reverterem ao patrimônio da União, mas poderá haver permissão de uso para as organizações sociais que recebam autorização legal especial para assumirem atividades e compromissos do ente extinto. Ainda que a vantagem dependa de fato duplamente eventual (a extinção do ente público e a falta de definição na lei específica de outro destino para o patrimônio ou os bens da entidade encerrada, por ex., doação a Estados e Municípios), alguns juristas têm retirado da hipótese duas conclusões contrapostas ou contraditórias. Para alguns, trata-se de benefício revelador de que as organizações sociais não passarão de entidades estatais de administração indireta, encobertas sob a forma de pessoas privadas, mas na verdade veículos expressivos do Poder do Estado. Para outros, trata-se de demonstração de que as organizações sociais nada mais são do que uma nova forma de privatização, de dissolução do patrimônio público, em detrimento do interesse coletivo. O equívoco é duplo.

As organizações sociais, no modelo proposto, não serão autarquias veladas, nem titularizarão qualquer espécie de prerrogativa de direito público. Não gozarão de prerrogativas processuais especiais ou prerrogativas de autoridade. Não estarão sujeitas a supervisão ou tutela da administração pública direta ou indireta, respondendo apenas pela execução e regular aplicação dos recursos e bens públicos vinculados ao

acordo ou contrato de gestão que firmarem com o Poder Público. Não serão instituídas por lei nem custeadas na sua integridade, de modo necessário, pelo Poder Público.

Serão entidades privadas reconhecidas pelo Estado, à semelhança das atuais entidades de utilidade pública, devendo sua constituição jurídica à iniciativa voluntária de indivíduos. Não serão criaturas do Estado, nem sucessoras necessárias de entidades públicas extintas. Podem ser reconhecidas ou qualificadas como tais independentemente da extinção de qualquer ente público existente. Quando forem autorizadas a assumirem, porém, atividades e prédios anteriormente ocupados por entidades extintas — benefício incomum hoje, mas não inconcebível para as próprias instituições tradicionais de utilidade pública —, mediante autorização legal específica, nem por isso deixarão de ser ou agir como pessoas privadas para transformarem-se em entes do Estado. Exemplo: suponha-se que uma Santa Casa de Misericórdia, instituição tradicionalíssima no Brasil de prestação de serviços de saúde e assistência social, aceite adaptar os seus estatutos ao modelo de constituição e demais obrigações previstas na lei, recebendo posteriormente o título de organização social, bem como a permissão de uso de prédio público ocioso anteriormente utilizado por hospital público, recursos públicos de apoio ou fomento, etc., desde que assumisse metas e compromissos de realizar atividades especificadas num acordo de gestão com o Poder Público. Essa entidade estaria, por isso, transformada em mais uma autarquia, uma fundação pública, uma repartição burocrática? Não, é certo. Do mesmo modo que permaneceria com a mesma personalidade jurídica uma universidade privada que, mesmo sem receber benefício algum de qualquer ente público extinto, atendesse aos requisitos da lei das organizações sociais, recebesse o título, assumindo compromissos de atuação com o poder público com objetivo de obter uma inversão mais intensa ou regular de recursos públicos de fomento para atividades comunitárias que pretenda ampliar. O Poder Público teria novos instrumentos para afiançar a boa utilização dos recursos investidos na atividade social ampliada e a entidade privada novos meios de planejamento a longo prazo das atividades que realiza.

As organizações sociais tampouco serão forma de privatização de entes públicos. Privatização pressupõe uma transferência de domínio, isto é, o trespasse de um ente do domínio estatal para o domínio particular empresarial, uma transação de natureza

econômica e uma retração do Poder Público em termos de inversão de recursos e em termos quantitativos de pessoal. No modelo das organizações sociais esses pressupostos não comparecem. Primeiro, porque o ato de qualificação de uma entidade como organização social independe de qualquer extinção prévia ou posterior de ente público. Segundo, porque quando as entidades qualificadas recebem prédios ou bens públicos como forma de apoio ou fomento por parte do Estado não há transferência de domínio, mas simples permissão de uso, continuando os bens a integrar o patrimônio da União. Terceiro, porque os contratos ou acordos de gestão que o Estado firmar com as entidades qualificadas não terão nem poderão ter finalidade ou natureza econômica, convergindo para uma finalidade de natureza social e de interesse público, cuja realização obrigatoriamente não pode objetivar o lucro ou qualquer outro proveito de natureza empresarial. A relação entre as organizações sociais e o Poder Público deve ter fundamento numa ética da solidariedade e numa ética do serviço. Quarto, porque o Estado não apresentará qualquer retração financeira, patrimonial ou de pessoal quando vier a qualificar ou permitir o uso de bem públicos por organizações sociais. A instituição qualificada, pelo contrário, demandará do Poder Público apoios e subvenções, tendo em vista o objetivo comum de persecução do interesse público. O modelo das organizações sociais, assim, realiza-se como estratégia em tudo oposta à de privatização, assumindo claramente uma opção de recusa à aplicação da lógica do mercado nas atividades de natureza social.

Tanto as organizações sociais quanto as atuais entidades de utilidade pública podem ser descritas como entes privados que colaboram com a Administração, mas que com ela não se identificam. Fala-se então em “descentralização por colaboração” (ANDRÉA FERREIRA, 1972:62) e em “descentralização social da administração” (MOREIRA NETO: 1989:98). Com estas expressões enfatizam os autores que essas entidades, conquanto privadas, possuem atuação “pública”, “pública não estatal”, “paraestatal”, “de interesse coletivo”, “de realização do bem comum”, que as aproximam, como parceiras privilegiadas, da administração pública.

MOREIRA NETO (1989: 98), já ao lume da Constituição Brasileira de outubro de 1988, averbava: “A descentralização social consiste em retirar do Estado a execução direta ou indireta de atividades de relevância coletiva que possam ser cometidas a unidades

sociais já existentes, personalizadas ou não, como a família, o bairro, as agremiações desportivas, as associações profissionais, as igrejas, os clubes de serviço, as organizações comunitárias etc., mediante simples incremento de autoridade e institucionalização jurídica adequada, de modo a que possam promover, elas próprias, sua execução. Essas unidades, também denominadas de entidades de cooperação, receberiam tais atribuições a partir de leis específicas e de atos administrativos concretos de reconhecimento, modalidade assemelhada à autorização e à permissão. Tratam-se de institutos ainda em desenvolvimento, mas que têm seu lugar garantido numa sociedade dinâmica e participativa”.

As organizações sociais, em verdade, podem ser percebidas pela Administração Pública como entidades privadas de cooperação, mas divergimos, com respeito e temor, de qualificá-las como forma de “descentralização”. Nisto modificamos entendimento que também sustentamos no passado. A rigor, tecnicamente, fala-se em descentralização ou, mais precisamente, descentralização por colaboração quando o particular atua em atividades reservadas ou exclusivas do Poder Público, sob o regime jurídico público. No domínio destas atividades, algumas podem ter sua execução delegada ao particular, sob as formas de concessão, permissão ou autorização de serviço (art. 175 da Constituição da República). No entanto, nas áreas ou atividades em que a atuação do Poder Público é expressa pelo simples “poder de polícia”, uma vez que a Constituição da República reconhece a ação autônoma e em nome próprio dos particulares (ensino, saúde, pesquisa, desporto, etc.), parece descabido falar em delegação, descentralização ou transferência de execução de atividade. Não faz sentido falar-se em transferência de funções, doutrina CASSAGNE, nas atividades exercidas por particulares de iure proprio (1994:24).

As organizações sociais, por todo o exposto, são organizações especialmente vocacionadas a travar parcerias com o Poder Público para atividades de interesse coletivo. A idéia de parceria, como se sabe, é uma idéia-força deste final de século. Fala-se em parceria atualmente em quase todos os ramos do direito. No direito internacional, as nações fortalecem laços estratégicos, econômicos e políticos, firmando parcerias regionais (MERCOSUL, NAFTA, União Européia); no direito do trabalho, mecanismos de participação dos empregados nos lucros da empresa dão os

primeiros passos no que se tem denominado parceria entre empregadores e empregados; no direito administrativo, renascem as concessões e permissões de serviço público como formas de parceria dos particulares com o Estado em áreas estratégicas de natureza econômica. Fora da esfera da ordem econômica, inclusive no âmbito dos direitos sociais, a parceria entre particulares e o Estado até o momento ressurte-se de melhor institucionalização e aperfeiçoamento.

A insuficiente institucionalização da matéria tem como um dos seus principais fundamentos o caráter excessivamente lacônico da legislação básica sobre declaração de utilidade pública no Brasil. A legislação vigente no plano federal, por exemplo, trata indiferentemente todos os diversos tipos de associações e fundações sem fins lucrativos. Não diferencia o que denominamos entidades de favorecimento mútuo ou de fins mútuos (dirigidas a proporcionar benefícios a um círculo restrito ou limitado de sócios, inclusive mediante a cobrança de contribuições em dinheiro, facultativas ou compulsórias) e as entidades de fins comunitários (dirigidas a oferecer utilidades concretas ou benefícios especiais à comunidade de um modo geral, sem considerar vínculos jurídicos especiais, quase sempre de forma gratuita).

A ambas confere o título, autorizando um tratamento mais benéfico por parte da Administração (renúncia fiscal, previsão de subvenções sociais, contratação direta, etc.), deixando ainda de prever qualquer forma mais efetiva de controle de resultados. (PEREIRA JÚNIOR, 1973:90; OLIVEIRA, 1996:64-8). Este caráter indiferenciado da referência às entidades e a debilidade do sistema de controle têm estimulado abusos importantes e fomentado a desconfiança em atividades e relações de parceria em que este é um valor fundamental (ex. escândalo do orçamento). Consideramos, porém, que o modelo das organizações sociais é uma das respostas possíveis a este impasse, pois apenas estimula a criação de entidades de fins comunitários, auto e heterolimitadas para a persecução objetiva de fins coletivos (exigência de regras impessoais para compras e plano de salários; existência de colegiado superior composto por fundadores, personalidades da comunidade e representantes do poder público; previsão de auditorias gerenciais e controle de resultados; fomento público condicionado à assinatura de contrato ou acordo de gestão com o Poder Público, definidor de metas e tarefas a cumprir; responsabilização direta dos dirigentes pela

regular utilização dos recursos públicos vinculados ao acordo de gestão, entre outras garantias atualmente não exigidas para o deferimento do título de utilidade pública para as entidades privadas sem fins lucrativos).

De outra parte, vale insistir que essas formas de cooperação privada e parceria com o Poder Público, de importância crescente na sociedade complexa dos nossos dias, estão diretamente vinculadas à idéia de participação popular na esfera pública. São “fórmulas cooperativas de participación”, na expressão sintética de ENTERRÍA e FERNANDES (1989:078 e seg.). Estes autores, dissertando sobre o tema, afirmam ser este modo de atuação participativa mais intenso do que os demais conhecidos, uma vez que “no se refiere a actuaciones aisladas sino a conductas permanentes institucionalizadas”, realizadas “mediante la creación por los ciudadanos de organizaciones especiales”, vocacionadas a “fines de interés general” (1989:86). Trata-se de modalidade de participação popular consentânea com o princípio fundamental da cidadania (art. 1º, II, da Constituição da República), fundamento do Estado Democrático de Direito. Entre os dispositivos constitucionais que a contemplam diretamente podemos indicar os seguintes:

“Art. 199. A assistência à saúde é livre à iniciativa privada.

§ 1.º As instituições privadas poderão participar de forma complementar do sistema único de saúde, segundo diretrizes deste, mediante contrato de direito público ou convênio, tendo preferência as entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos.

Art. 204. As ações governamentais na área da assistência social serão realizadas com recursos do orçamento da seguridade social, previstos no art. 195, além de outras fontes, e organizadas com base nas seguintes diretrizes:

I – descentralização político-administrativa, cabendo a coordenação e as normas gerais à esfera federal e a coordenação e a execução dos respectivos programas às esferas estadual e municipal, bem como a entidades beneficentes e de assistência social;

Art. 205. A educação, direito de todos e dever do Estado e da família, será promovida e incentivada com a colaboração da sociedade, visando ao pleno desenvolvimento da pessoa, seu preparo para o exercício da cidadania e sua qualificação para o trabalho.

Art. 213. Os recursos públicos serão destinados às escolas públicas, podendo ser dirigidos a escolas comunitárias, confessionais ou filantrópicas, definidas em lei, que:



I – comprovem finalidade não lucrativa e apliquem seus excedentes financeiros em educação;

II – assegurem a destinação de seu patrimônio a outra escola comunitária, filantrópica ou confessional, ou ao poder público, no caso de encerramento de suas atividades.

Art. 216.....

§ 1.º O poder público, com a colaboração da comunidade, promoverá e protegerá o patrimônio cultural brasileiro, por meio de inventários, registros, vigilância, tombamento e desapropriação, e de outras formas de acautelamento e preservação. (...)

Art. 227. É dever da família, da sociedade e do Estado assegurar à criança e ao adolescente, com absoluta prioridade, o direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária, além de colocá-los a salvo de toda forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão.

§ 1.º O Estado promoverá programas de assistência integral à saúde da criança e do adolescente, admitida a participação de entidades não governamentais e obedecendo aos seguintes preceitos:

.....

Outras disposições constitucionais referem de forma reflexa esta mesma forma de colaboração de entidades particulares com a administração pública, a saber: (1) igrejas (arts. 19, I - colaboração, de interesse público, com a União, Estados, Distrito Federal e Municípios; art. 226, § 2, celebração do casamento religioso com efeito civil; art. 213, escolas confessionais); (2) instituições privadas de educação (art. 150, VI, c - imunidade tributária, desde que sem fins lucrativos); (3) instituições de assistência social beneficentes ou filantrópicas (art. 150, VI, c - imunidade tributária, desde que sem fins lucrativos; art. 195, § 7º- isenção de contribuição para a seguridade social); (3) terceiros e pessoas físicas e jurídicas de direito privado na área da saúde (arts. 197 - declaração de relevância pública das ações e serviços de saúde pelos mesmos executados); (4) organizações representativas da população (art. 30, X - cooperação no planejamento municipal; art. 58, II - participação de audiências públicas de comissões do Poder Legislativo); (5) serviços notariais e de registros (arts. 236, e §§ - serviços privados mas por delegação do poder público); (6) entidades privadas em

geral - art. 74, II (cabe ao sistema de controle interno integrado dos Poderes Legislativo, Executivo e Judiciário a comprovação da legalidade e avaliação dos resultados, também quanto à eficácia e eficiência, da aplicação de recursos públicos por entidades de direito privado).

Essas disposições revelam a extensão que tomou a cidadania participativa e a parceria público-privado na Constituição de 1988, assinalando ainda algumas das diversas modalidades de estímulo utilizadas pelo Estado para atrair e premiar a colaboração de entidades privadas em atividades de acentuada relevância social: (a) imunidade tributária (art.150, VI, “c”, art. 195, §7º e art.240); (b) trespasse de recursos públicos (art. 204, I; art. 213; art. 216, §3º, art.61,ADCT); (c) preferência na contratação e recebimento de recursos (art. 199, §1º, in fine).

A mesma orientação foi seguida pela legislação ordinária. A Lei n.º 8.666, de 21.06.93, por exemplo, reza no seu art. 24, “verbis”:

“Art. 24. É dispensável a licitação:

XIII- na contratação de instituição nacional sem fins lucrativos, incumbida regimental ou estatutariamente da pesquisa, do ensino ou do desenvolvimento institucional, científico ou tecnológico, desde que a pretensa contratada detenha inquestionável reputação ético-profissional;

XX- na contratação de associação de portadores de deficiência física, sem fins lucrativos e de comprovada idoneidade, por órgãos ou entidades da Administração Pública, para a prestação de serviços ou fornecimento de mão-de-obra, desde que o preço contratado seja compatível com o praticado no mercado.”

A Lei Orgânica da Assistência Social, Lei n. 8.742, de 7.12.1993, dispõe sobre amplo mecanismo de cooperação dos particulares nos projetos prioritários de assistência social, reconhecendo expressamente no art. 26 três categorias participantes do sistema de cooperação: organismos governamentais, não governamentais e da sociedade civil, “verbis”:

“Art. 26. O incentivo a projetos de enfrentamento da pobreza assentar-se-á em mecanismos de articulação e de participação de diferentes áreas governamentais e em sistema de cooperação entre organismos governamentais, não governamentais e da sociedade civil.”

Nesta nova ordem de idéias, tem-se que o Estado não deve nem tem condições de monopolizar a prestação direta, executiva, dos serviços públicos e dos serviços de assistência social de interesse coletivo. Estes podem ser geridos ou executados por outros sujeitos, públicos ou privados, inclusive públicos não estatais, como associações ou consórcios de usuários, fundações e organizações não governamentais sem fins lucrativos, sempre sob a fiscalização e supervisão imediata do Estado. Poderão ainda ser operados em regime de co-gestão, mediante a formação de consórcios intergovernamentais ou entre o poder público e pessoas jurídicas privadas. O Estado deve permanecer prestando-os diretamente quando não encontre na comunidade interessados que os efetivem de modo mais eficiente ou econômico ou quando razões ponderáveis de justiça social ou segurança pública determinem sua intervenção. Não prover diretamente não quer dizer tornar-se irresponsável perante essas necessidades sociais básicas. Não se trata de reduzir o Estado a mero ente regulador. O Estado apenas regulador é o Estado Mínimo, utopia conservadora insustentável ante as desigualdades das sociedades atuais. Não é este o Estado que se espera resulte das reformas em curso em todo o mundo. O Estado deve ser regulador e promotor dos serviços sociais básicos e econômicos estratégicos. Precisa garantir a prestação de serviços de saúde de forma universal, mas não deter o domínio de todos os hospitais necessários; precisa assegurar o oferecimento de ensino de qualidade aos cidadãos, mas não estatizar todo o ensino. Os serviços sociais devem ser fortemente financiados pelo Estado, assegurados de forma imparcial pelo Estado, mas não necessariamente realizados pelo aparato do Estado. Neste contexto, crescem de importância os denominados entes “públicos não-estatais”. (BRESSER PEREIRA, 1996: 285-87; 1997: 25-31; CUNIL GRAU, 1996: 126-137)

A palavra público, é certo, vem utilizada nesta expressão no sentido teleológico de toda atividade que alcança, afeta ou interessa a todos ou à maioria e não no sentido de um determinado regime jurídico. São públicos, ainda neste sentido material, a atividade ou o produto da atividade que é tornada acessível à maioria. Por oposição, privado é o que é destinado a poucos ou a um só, reservado a poucos, inacessível à maioria. (BOBBIO, 1987:13-31).

Na doutrina internacional do direito administrativo vem se acentuando o emprego da palavra público nesta acepção — sem embargo de sua utilização técnica para referir o regime jurídico próprio do Estado e de seus delegados. Exemplo disto vemos em DROMI (1991:6):

“La administración es pública. No es solamente ejecutiva ni únicamente estatal, sino que es más que estatal. La Administración Pública es el género y la estatal una de las especies. Lo público no está solamente en manos del Estado. El Estado no es el único dueño y soberano de lo público, pues en la ‘administración de lo público’ deben participar, también, los cuerpos intermedios que comprenden a las corporaciones profesionales, los sindicatos, los consorcios públicos, las cooperativas públicas, los concesionarios de servicios públicos, las universidades privadas y otros modelos organizativos que crea la sociedad, en función del pluralismo social, para que detenten la defensa del interés de algunos que, junto al de los demás, es el interés de todos”.

Para este autor, a atuação de particulares em atividades de fins públicos deve ser estimulada intensamente na denominada “democracia participativa”, uma vez ultrapassada a fase da democracia meramente representativa: “No se puede pretender que el Estado monopolice la atención de todas las necesidades colectivas. El crecimiento cuantitativo y cualitativo de las mismas, propio de la complejidad vital moderna, requiere una participación más activa de los cuerpos intermedios en el quehacer de la Administración Pública. (...) La democracia, como forma civilizada de vivir, aspira a la realización plena del hombre en libertad, para ello exige una ‘participación integral’, no sólo política ni política simplemente electoralista, sino también administrativa, económica y social. El hombre debe ser ‘partícipe’ de la gestión pública en sus distintos niveles institucionales”. (1995:82).

Não há, portanto, impedimento constitucional algum à assunção por particulares de tarefas e missões de interesse social em colaboração com a administração pública. Desde que cumpridos requisitos de salvaguarda do interesse público, mais intensos e onerosos, quanto mais ampla for a transferência de encargos e recursos, a cooperação é lícita e até mesmo estimulada pela Constituição da República.

Sem embargo do exposto, essa forma de atuação direta dos particulares, ou de entes privados, na gestão direta de serviços ofertados ao público, alguns até prestados

concomitantemente pelo Estado, não nos deve levar a confundir duas situações jurídicas completamente distintas, a saber, a dos serviços privados de interesse público e a dos serviços públicos.

### **2.1.2. Serviços Privados de Interesse Público e Serviços Públicos.**

Não basta prestar serviços ao público, inclusive sem objetivo de lucro, para ingressar na categoria jurídica de serviço público. BANDEIRA DE MELLO (1995:418), ensina com precisão:

“Dentre o total de atividades ou serviços suscetíveis de serem desenvolvidos em uma sociedade, alguns são públicos e outros privados. Para separar uns dos outros, identificando aqueles que o Estado pode colocar debaixo do regime de direito público (serviços públicos), temos que nos valer de duas ordens de indicações contidas no Texto Constitucional. A primeira delas é a de que certas atividades a própria Carta Constitucional definiu como serviço públicos: alguns deles em todo e qualquer caso e outros deles apenas quando prestados pelo Estado; pois ou (a) entregou-os expressamente à responsabilidade privativa do Estado, ora devendo ser prestados exclusivamente por ele ou por empresa sob controle acionário estatal, caso dos arrolados no art. 21, X e XI, ora cabendo sua prestação quer ao Estado, quer a terceiro, mediante autorização, concessão ou permissão, caso dos previstos no inciso XII do mesmo art. 21; ou então (b) previu-os como serviços incluíveis na categoria de serviços públicos, quando prestados pelo Estado. É o caso dos serviços: (I) de saúde, conforme previsão do art. 196 (“dever do Estado”), os quais, entretanto, também estão entregues à livre iniciativa, como estabelece o art. 199 (“A assistência à saúde é livre à iniciativa privada”), sendo de todo modo qualificados como “serviços de relevância pública” (art. 197, primeira parte), e (II) educação, ex vi do art. 205 (“dever do Estado”), inobstante também eles estejam entregues à livre iniciativa, a teor do art. 209 (“O ensino é livre à iniciativa privada, atendidas as seguintes condições: I - cumprimento das normas gerais da educação nacional; II - autorização e avaliação de qualidade pelo Poder Público”). Estes últimos, de conseguinte, não serão serviços públicos quando desempenhados por particulares, uma vez que a Carta Magna não limitou a prestação deles ao Estado ou a quem lhe faça as vezes. Segue-se que o Estado jamais poderia

pretender outorgá-los em concessão a alguém, sob pena de ferir os direitos de prestá-los que assistem às demais pessoas que preenchem os requisitos legais necessários à comprovação de suas habilitações”. (Grifos do Autor).

Segue-se que não podem ser nomeadas de serviço público atividades desempenhadas por particulares ou por pessoas de direito privado, ainda quando afetem relevantes interesses coletivos, se não foram reservadas pela Constituição da República ou por leis ordinárias ao Estado ou aos seus delegados. Como referido, algumas atividades são exercidas sob o regime próprio do serviço público apenas quando “prestadas pelo Estado” (ex. saúde, educação, pesquisa científica, defesa do patrimônio ambiental). Exercidas por particulares, com ou sem fins lucrativos, não se sujeitam ao regime do serviço público, mas ao regime típico das pessoas privadas, o que muitas vezes lhes confere maior agilidade ou presteza no atendimento dos seus objetivos sociais.

### **2.1.3. Organizações sociais e terceirização: o caso do Sistema Único de Saúde**

As organizações sociais também não se confundirão com entidades que prestam serviços para a administração segundo o regime que se convencionou denominar terceirização. A disciplina constitucional e legal do Sistema Único de Saúde (SUS) permite uma demonstração dessa afirmação. Como se sabe, a Constituição brasileira assegura que a saúde é um direito de todos e um dever do Estado (art. 196). Ao prever tratar-se de um dever do Estado obriga o estatuto maior a que o Estado garanta o direito à saúde e não que ofereça diretamente e de forma exclusiva o atendimento a todos os brasileiros. Por isso, logo adiante, a lei fundamental enuncia que “são de relevância pública as ações e serviços de saúde, cabendo ao poder público dispor, nos termos da lei, sobre sua regulamentação, fiscalização e controle, devendo sua execução ser feita diretamente ou através de terceiros e, também, por pessoa física ou jurídica de direito privado” (art.197). A assistência à saúde é declarada expressamente atividade livre à iniciativa privada (art. 199, caput). As ações e serviços públicos de saúde, integrados em termos nacionais, recebem a denominação de Sistema Único de Saúde (SUS). (art.198). No entanto, mesmo o Sistema Único de Saúde não repele a ação privada na execução de ações e serviços, prevendo, expressamente, a participação da iniciativa privada, em caráter complementar, com preferência para as

entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos (art. 199, §1º, da Constituição; art. 4º, §2º, da Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990).

A participação da comunidade é também princípio expresso do Sistema Único de Saúde (art. 198 da Constituição; art. 7º, VIII, da Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990). Essa participação privada, porém, não pode dizer respeito a formas de parceria exercidas mediante concessão ou permissão de serviço público, por duas razões já mencionadas. Em primeiro lugar, porque as ações e serviços de assistência à saúde são livres à iniciativa privada (art. 199, caput, da Constituição da República), não constituindo atividade exclusiva de Estado, passível de delegação executiva em sentido próprio. Em segundo lugar, porque a concessão e permissão de serviço incidem sobre atividades econômicas, onerosas, financiadas pelos próprios particulares-usuários mediante tarifas (art. 175 da Constituição). No Sistema Único de Saúde as ações e serviços não apresentam natureza econômica e são oferecidos de forma universal e gratuita.

Ora, a Constituição Federal prevê que “as instituições privadas poderão participar de forma complementar do sistema único de saúde, segundo diretrizes deste, mediante contrato de direito público ou convênio, tendo preferência as entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos.”(grifo nosso). Contrato e convênio são ambos os acordos de vontades, distinguindo-se basicamente pela natureza dos interesses de ambas as partes. No contrato, os interesses são de regra antagônicos ou contraditórios; no convênio, os interesses são comuns ou convergentes. É evidente que a Constituição da República, na norma referida, pretendeu distinguir entre dois modos de prestação de serviços de saúde por particulares. No primeiro, mediante a referência ao instrumento do contrato, admite a terceirização, vale dizer, a contratação de particular-empresário, com vistas ao desempenho de atividades-meio na área de saúde financiada pelo Estado. Esta prestação de serviço é certo, revestida de caráter empresarial e lucrativo, exige prévia licitação. No segundo modo, mediante a referência ao instrumento do convênio, admite a lei maior a colaboração de entidades sem fins lucrativos, com interesses coincidentes com a administração pública, não sendo cogitada remuneração pela gerência do serviço nem reciprocidade de obrigações e, portanto, de licitação (DI PIETRO, 1996: 109 e 117). Na hipótese de contrato, pelo

caráter próprio da terceirização, não há prestação global do serviço de saúde, mas sim atuação em simples atividades operacionais ou ancilares (serviços de vigilância, manutenção, limpeza, transporte, seguro, etc.). Na hipótese de convênio, o que se pode estender também para a figura de acordo impropriamente denominada "contrato de gestão", não há impedimento à execução global do serviço pelo particular, pois trata-se de atividade livre à ação privada, fomentada ou financiada pelo Estado, mas não titularizada por ele. Pode-se, portanto, a partir da própria Constituição, apartar as duas figuras referidas, evitando mais uma espécie de incompreensão.

### **3. CONCLUSÃO**

As organizações sociais representam uma nova estratégia de estimular parcerias de entidades privadas sem fins lucrativos com o Poder Público em serviços sociais livres à ação privada, fomentando a participação cidadã voluntária na esfera pública. Não podem ser superestimadas nem subestimadas como respostas conseqüentes à crise do aparelho do Estado no âmbito da prestação dos serviços sociais. O Estado com elas não se despede da responsabilidade de assegurar e garantir os direitos sociais básicos. O Estado continuará regulador e promotor de serviços sociais, contando porém com mecanismos de parceria renovados, ampliando a sua capacidade de direta ou indiretamente assegurar a fruição dos direitos sociais fundamentais.

As organizações sociais não consistirão em um novo tipo de pessoa jurídica, pois serão constituídas segundo as mesmas formas de constituição formal das tradicionais fundações ou associações sem fins lucrativos. Mas representarão uma "inovação institucional", porquanto desencadearão um marco legal amplamente inovador quanto ao modo de relacionamento entre o Estado e as instituições sem fins lucrativos de relevância social. Este marco legal, referido em detalhe no corpo do trabalho, vincula as organizações sociais a normas que, por um lado, estabelecem um regime de maiores restrições e maior vigilância do Estado se comparado ao atual regime jurídico aplicável às tradicionais entidades privadas de utilidade pública e, por outro, asseguram-lhes também maiores benefícios e vantagens. Esse fato revela que a denominação organização social é uma expressão elíptica. Denominam-se sinteticamente organizações sociais as entidades privadas, fundações ou associações sem fins



lucrativos, que usufruem do título de organização social. Este título é conferido por um ato formal de reconhecimento do Poder Público, semelhante em muitos aspectos à qualificação deferida às instituições privadas sem fins lucrativos quando recebem o título de utilidade pública.

As organizações sociais contribuirão ainda para o preenchimento de uma grave lacuna da legislação referente à concessão de títulos de utilidade pública, pois permitirão pela primeira vez uma diferenciação nítida entre entidades sem fins lucrativos dirigidas ao atendimento de demandas sociais de forma comunitária e impessoal e entidades de favorecimento mútuo (clubes, agremiações), sem fins lucrativos também, mas orientadas ao oferecimento de vantagens ou benefícios exclusivos a grupos delimitados de sócios ou clientes. A polêmica suscitada com o modelo das organizações sociais produziu uma série de conceitos equívocos e mal fundamentados sobre a própria natureza jurídica das entidades qualificadas. Esta identificação equívoca das organizações sociais pode produzir danos irreversíveis ao modelo, pois dela depende o reconhecimento do próprio regime jurídico a que se submeterão essas entidades. O texto tenta demonstrar o erro de confundir, por um lado, as organizações sociais com os entes da administração indireta do Estado e, por outro, com mecanismos de privatização ou terceirização de serviços públicos.

Neste esforço de clarificação foram tratados temas diversos, como a distinção entre serviços privados de interesse público e serviços públicos, bem como referidas diversas normas constitucionais brasileiras relacionadas ao tema da parceria do Estado com as entidades sem fins lucrativos. Em todos esses temas, porém, os juristas são convocados a interferir como protagonistas, coparticipando da tarefa de construção de uma nova mentalidade administrativa.

Espera-se que doravante com alguma maior simpatia, pois como enuncia PONTES DE MIRANDA, em trecho citado neste trabalho, “com a antipatia não se interpreta, - ataca-se”. (Brasília, 10 de setembro de 1997)

## **BIBLIOGRAFIA CITADA**

BANDEIRA DE MELLO, Celso Antônio. Curso de Direito Administrativo, 7ª ed., São Paulo, Ed. Malheiros, 1995.

BOBBIO, Norberto. Estado, governo, sociedade: para uma teoria geral da política, Trad. de Marco Aurélio Nogueira, Rio de Janeiro, Ed. Paz e Terra, 1987.

BRESSER PEREIRA, Luiz Carlos. Crise Econômica e Reforma do Estado no Brasil: para uma nova interpretação da América Latina, Trad. de Ricardo Ribeiro e Martha Jalkauska, São Paulo, Ed. 34, 1996.

\_\_\_\_\_. " A Reforma do Estado nos anos 90: Lógica e Mecanismos de Controle", In: Cadernos MARE de Reforma do Estado, n. 1, Brasília, Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado, 1997.

CASSAGNE, Juan Carlos. La Intervención Administrativa, 4º ed., Buenos Aires, Abeledo-Perrot, 1994.

CUNILL GRAU, Nuria. "A rearticulação das relações Estado-sociedade: em busca de novos significados", In: Revista do Serviço Público, ano 47, vol. 120, n. 1, jan-abr., 1996.

DI PIETRO, Maria Sylvia Zanella. Parcerias na Administração Pública, São Paulo, Ed. Atlas, 1996.

DROMI, Roberto. Reforma del Estado y Privatizaciones. Tomo I. Buenos Aires, Editorial Astrea, 1991.

\_\_\_\_\_. Derecho Administrativo, 4º ed., Buenos Aires, Ediciones Ciudad Argentina, 1995.

ENTERRÍA. Eduardo García e FERNÁNDES, Tomás-Ramón. Curso de Derecho Administrativo, Tomo II, 2º ed., Madrid, Editorial Civitas, 1989.

FERRAZ JR., Tércio Sampaio. Função Social da Dogmática Jurídica. São Paulo, Ed. Revista dos Tribunais, 1980.

\_\_\_\_\_. Introdução ao Estudo do Direito: técnica, decisão, dominação. 2º ed. São Paulo, Atlas, 1994.

FERREIRA, Sérgio de Andréa. Lições de Direito Administrativo, Rio de Janeiro, Ed. Rio, 1972.

MIRANDA, Pontes de. Comentários à Constituição de 1967, com a Emenda n. 1 de 1969, Tomo I, Rio de Janeiro, Ed. Forense, 1987.

MOREIRA NETO, Diogo de Figueiredo. Curso de Direito Administrativo, 8ª ed., Rio de Janeiro, Ed. Forense, 1989.

OLIVEIRA, Anna Cyntia. Construindo um Marco Regulatório para a Consolidação do Setor Privado não Lucrativo e de Fins Públicos no Brasil, Estudo elaborado a pedido do Conselho COMUNIDADE SOLIDÁRIA, Brasília, original mimeografado, nov. 1996.

PALAZZO, José Luis, SESÍN, Domingo Juan e LEMBEYE, Víctor Armando Rolón. La Transformación del Estado. Buenos Aires, Ediciones Depalma, 1992.

PEREIRA JR., JESSÉ TORRES. "A utilidade pública de associações privadas e das fundações de menores", In: Arquivos do Ministério da Justiça, Ano XXX, junho, 1973, n. 126.

---

Referência Bibliográfica deste Artigo (ABNT: NBR-6023/2000):

MODESTO, Paulo. Reforma administrativa e marco legal das organizações sociais no Brasil - as dúvidas dos juristas sobre o modelo das organizações sociais. Revista Diálogo Jurídico, Salvador, CAJ - Centro de Atualização Jurídica, v. I, nº. 9, dezembro, 2001. Disponível em: <<http://www.direitopublico.com.br>>. Acesso em: junho de 2006.

Publicação Impressa:

Texto originalmente nos seguintes veículos: Revista do Serviço Público, vol 48, n. 2, p 27 a 57, maio/ago 1997; Revista de Informação Legislativa, vol 34, n 136, p. 315 a 331, out/dez 1997; Boletim de Direito Municipal, vol 14, n 4, p. 231 a 244, abr 1998; Revista de Direito Administrativo, n 210, p 195 a 212, out/dez 1997; Revista Trimestral De Direito Público (RTDP), n. 16, São Paulo, Ed. Malheiros, 1996; Capítulo do livro PETRUCCI, Vera; SCHWARZ, Letícia. Administração pública gerencial: a reforma de 1995: ensaios sobre a reforma administrativa brasileira no limiar do século XXI. Brasília, Editora Universidade de Brasília, ENAP, 1999. ISBN: 85-230-0544-7; capítulo do livro: MEREGE, Luiz Carlos (coord) e BARBOSA, Maria Nazaré Lins (org.). Terceiro Setor: reflexão sobre o marco legal. Rio de Janeiro, Ed. Fundação Getúlio Vargas, 1998. ISBN - 85-225-0262-5.

## **ANEXO 2 - Organizações Sociais de Saúde: a Experiência Exitosa de Gestão Pública de Saúde do Estado de São Paulo**

Luiz Roberto Barradas Barata

José Dínio Vaz Mendes

### **Introdução**

A criação do Sistema Único de Saúde – SUS pela Constituição Federal de 1988, trouxe nos últimos 18 anos, ganhos inegáveis para a saúde da população e certamente representa a política social de maior sucesso já desenvolvida no Brasil no setor.

O desenvolvimento do SUS trouxe também enormes desafios ao país, entre os quais destaca-se a necessária ampliação do financiamento das ações e serviços do sistema, de modo a garantir a continuidade e ampliação desta política.

Este desafio é ainda maior em função do contexto econômico que tem acompanhado a implantação do SUS desde seu início: as limitações nas despesas e na capacidade de investimentos do setor saúde em todas as esferas de governo, resultado da crise econômico-financeira e das exigências de ajustes macroeconômicos enfrentados pelos diferentes gestores no Brasil.

Surgiram dificuldades para manutenção do custeio da rede de serviços de saúde, especialmente da área hospitalar, do sistema de média e alta complexidade, que necessita de expansão para permitir o acesso equitativo da população das diferentes regiões do país a estas ações.

Torna-se portanto de grande interesse para todos que procuram novos caminhos e soluções para a gestão pública de saúde, conhecer e apresentar experiências exitosas no gerenciamento de serviços de saúde, em especial na área hospitalar.

No presente documento são apresentados algumas considerações sobre a parceria público-privada realizada pela Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo e as Organizações Sociais de Saúde – OSS, que permitiram o desenvolvimento de um novo modelo de gestão, atualmente com oito anos de experiência, para os serviços de saúde que realizam atendimento para o SUS.

1 Secretário de Estado da Saúde de São Paulo. Médico Sanitarista. Especialista em Saúde Pública e Administração de serviços de Saúde.

2 Assessor Técnico da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. Médico Sanitarista. Especialista em Saúde Pública.

O aperfeiçoamento da gestão de saúde, principalmente quando envolve propostas de parcerias público-privadas, costuma ser colocado em termos da velha discussão de “privatização” x “estatização” da saúde, com defensores apaixonados de um e de outro lado da questão.

Com relação à experiência estadual com as OSS em São Paulo, é importante observar que esta modalidade de gestão dos serviços de saúde é um dos caminhos encontrados para aperfeiçoar a prestação de serviços no SUS.

Trata-se de uma nova forma de gestão pública de saúde que teve resultados bastante promissores no oferecimento de serviços assistenciais de saúde de qualidade reconhecida pela população do Estado de São Paulo, mas que exigiu um conjunto de transformações no modelo tradicional de gestão pública implantado no país. Entretanto, não se deve encarar as OSS como a solução para a questão do sub-financiamento do SUS, dentro da linha de pensamento que transforma as limitações financeiras do sistema apenas em “problemas gerenciais”, isto é, superáveis com maior eficiência nos usos dos recursos públicos, a ser alcançada por um modelo privado de administração. Não é o caso, pois o SUS precisa efetivamente de novos recursos, se deseja obter a equidade no acesso às ações de saúde pela população. Mas certamente o desenvolvimento do modelo paulista das OSS e seu funcionamento nos últimos oito anos, permitem reconhecer que, se cabe aos governos garantir os serviços de saúde para todos, não há razão para considerar que estes serviços não possam buscar maior eficiência em sua gestão, mantendo o caráter público com novas modalidades gerenciais. Insistir portanto que os hospitais devam ser sempre administrados com baixa eficiência diretamente pelo Estado, conforme o modelo tradicional de gestão pública implantado a décadas no Brasil, é um equívoco. Em outras palavras, acreditamos que é necessário evoluir e aceitar que, o que é público, não precisa ser obrigatoriamente estatal.

A experiência paulista demonstra que, com os instrumentos adequados de acompanhamento e controle, serviços gerenciados por terceiros cumprem com mais eficiência e qualidade, o papel público esperado para o SUS.

## Os princípios do SUS

A Constituição Federal em 1988 fixou princípios que orientaram a conformação do SUS. Entre estes princípios temos aqueles que podem ser denominados de éticos, que se referem aos objetivos finalísticos do sistema:

- a **universalidade** do direito à saúde, independentemente da capacidade contributiva ou de qualquer forma de pagamento.
- a **integralidade** da assistência à saúde, com ações que envolvem todos os níveis de complexidade e necessidades, desde a promoção e prevenção em saúde (por exemplo a vacinação ou controle de vetores de doenças), até os tratamentos mais complexos (como os transplantes, cirurgias cardíacas e terapias oncológicas);
- a **equidade**, que consiste na priorização daqueles com piores condições sociais e de saúde, isto é, “dar mais a quem mais precisa”, reduzindo as desigualdades existentes.

O SUS também obedece a um conjunto de princípios organizacionais, que se referem aos processos que efetivarão e realizarão os objetivos últimos do SUS:

- a **descentralização** de ações e serviços de saúde, com ênfase na municipalização, refletindo a noção de que o nível local é o melhor âmbito para tratar diretamente a questão da saúde, identificar as peculiaridades e diversidades locais e criar ou adaptar as estratégias para a superação dos problemas de saúde encontrados;
- a **regionalização e a hierarquização** da rede de serviços assistenciais, reconhecendo a necessidade de conjugação de esforços das esferas de governo na solução dos complexos problemas de saúde, racionalizando o uso dos serviços e equipamentos de saúde e otimizando os recursos;
- a **participação da comunidade**, na formulação e acompanhamento das políticas do SUS nas diferentes esferas de governo.

A grande ampliação na cobertura do sistema foi um ganho incontestável dos últimos 17 anos. Apesar dos percalços naturais da implantação do SUS, num cenário de financiamento insuficiente, várias pesquisas indicam os avanços obtidos desde 1988. Como exemplo citamos a Pesquisa Mundial de Saúde – \_003 realizada pelo Organização Mundial de Saúde – OMS em 71 países e que no Brasil foi coordenada por pesquisadores da Fundação Oswaldo Cruz-FIOCRUZ.

Esta pesquisa constatou que no Brasil, 97,3% das pessoas afirmaram ter recebido assistência à saúde (pública ou privada) quando precisaram e dessas, 86,9% obtiveram todos os medicamentos prescritos, demonstrando cabalmente a universalidade atingida pelo SUS.

Daqueles pacientes que necessitaram de internação, 71,0% foram atendidos pelo SUS. Quanto ao tempo de espera da internação, 90,9% dos usuários do SUS obtiveram o atendimento no mesmo dia em que necessitaram (FIOCRUZ, 2004).

Podemos assim afirmar, que o SUS tornou-se um dos sistemas de saúde públicos de maior cobertura do mundo e implicou na organização de uma ampla rede de serviços e ações de saúde.

### **A participação do terceiro setor na prestação de serviços de saúde do SUS**

Para a realização desta grande expansão da assistência à saúde, o SUS sempre contou com a participação do terceiro setor na prestação de serviços de saúde. Na verdade, a história da prestação de assistência à saúde pelas entidades filantrópicas no Brasil é muito anterior ao SUS, remontando à criação das Santas Casas de Misericórdia e dos hospitais beneficentes. Por este motivo as entidades filantrópicas foram reconhecidas pela Constituição Brasileira como parceiras fundamentais do Estado na assistência prestada pelo Sistema Único de Saúde – SUS, conforme seu artigo \_99: “Art. 199. A assistência à saúde é livre à iniciativa privada.

§ 1º - *As instituições privadas poderão participar de forma complementar do sistema único de saúde, segundo diretrizes deste, mediante contrato de direito público ou convênio, tendo preferência as entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos.”*

No Brasil, segundo as informações do Sistema de Internação Hospitalar – SIH/SUS do Ministério da Saúde, os hospitais filantrópicos foram responsáveis por **4,5 milhões ou 40% do total de internações** do SUS em \_005. Estas internações representaram cerca de 43% do valor total pago pelo sistema para as internações (*DATASUS, 2006*).

No Estado de São Paulo os hospitais filantrópicos realizaram 1,3 milhões ou 56% das internações do SUS em 2004, equivalentes a 57% do total gasto pelo sistema com internações no Estado. (*DATASUS, 2006*).

O pagamento do SUS para as entidades filantrópicas em 2005 para todos os procedimentos realizados (ambulatoriais e hospitalares), foi da ordem de **R\$ 5,2 bilhões no Brasil**. No Estado de São Paulo em 2005, os serviços classificados como filantrópicos ou não lucrativos, receberam no total **R\$ 1,9 bilhão**, pelos seus atendimentos. (*DATASUS, 2006*).

Podemos assim verificar facilmente que, atualmente, o SUS não pode prescindir dos prestadores filantrópicos para garantir o atendimento das necessidades de saúde da população.

### **Os Serviços Públicos em Saúde**

É necessário esclarecer que a definição do caráter público de um serviço de saúde deve levar em conta **a relação da entidade com a sociedade civil** (isto é, a lógica e os objetivos que orientam seus serviços) e não o estatuto jurídico ou o caráter de propriedade das mesmas (estatal x privado). Neste contexto, os serviços de saúde podem ser divididos em públicos x particulares (Campos, 2005).

Entidades particulares são aquelas nas quais predominam os interesses de indivíduos ou empresas (visando ao lucro e à ampliação de seu patrimônio particular), regendo-se pelas regras de mercado, vendendo seus serviços, conforme a lucratividade gerada pelos mesmos. Estas entidades também podem vender seus serviços ao SUS, mas não são orientadas necessariamente pelas necessidades públicas.

Uma entidade de saúde é pública (governamental ou não governamental), quando o interesse coletivo de saúde predomina em suas ações, que visam principalmente ao bem estar da coletividade, sem objetivar o interesse ou lucro individual de seus proprietários/gerentes.



Portanto, as entidades que atuam sem se reger estritamente pelas regras de livre mercado, recebendo financiamento público e estando sob controle e regulação das autoridades competentes do SUS, que podem determinar inclusive, as características dos serviços a serem prestados pela mesma, são entidades públicas.

Esta é a situação dos hospitais filantrópicos e de outras entidades sem fins lucrativos, que prestam serviços de saúde para o SUS. Esta condição foi reconhecida pela Constituição Federal que prevê expressamente a preferência que deve ser dada às instituições filantrópicas em relação às demais instituições privadas. Cabe aos gestores do SUS reconhecer os hospitais públicos não governamentais como seus parceiros preferenciais conforme o disposto na Constituição e garantir a este parceiro o tratamento condizente com sua situação peculiar. No sistema de saúde brasileiro, tal como em outras atividades sociais relevantes (como a assistência social, a proteção ambiental, entre outras), a utilização de organizações não governamentais para a prestação de serviços, é perfeitamente legítima e legal, prevista na Lei Federal 9.637/1998 e na Lei Complementar Estadual n.º 846/1998.

Assim, serão entidades públicas aquelas organizações sociais que garantam, na sua atuação, os princípios do SUS, o controle por parte dos gestores do sistema e o atendimento aos interesses e necessidades da população, de forma universal, equânime e integral.

Além disso, conforme a evolução das relações entre as entidades e os gestores do sistema, a utilização das organizações não governamentais na prestação de serviços de saúde, pode colaborar efetivamente para melhoria da eficiência do sistema, na ampliação de sua cobertura e na consecução de seus objetivos, uma vez que essas entidades podem aliar agilidade da gestão privada aos interesses públicos, aumentando muito a eficiência dos serviços prestados.

Portanto é essencial que sejam criados no Brasil, novos mecanismos de parceria e formas de relacionamento, que permitam ao poder público estabelecer convênios e acordos com as entidades filantrópicas objetivando a manutenção de sua participação no SUS e a ampliação da oferta de serviços de saúde à população.

## **As Organizações Sociais de Saúde — OSS do Estado de São Paulo**

O Estado de São Paulo possui há 8 anos uma experiência exitosa de parceria público-privada com as Organizações Sociais de Saúde – OSS. O modelo de gestão de hospitais públicos participantes do Sistema Único de Saúde – SUS, por meio de Organizações Sociais de Saúde – OSS, foi iniciado no Estado de São Paulo à partir de 1998, introduzindo novos conceitos de relacionamento com o setor filantrópico, que se mostraram eficientes e permitiram excelente nível de qualidade na prestação de atendimentos à população.

A oportunidade desta experiência inovadora decorreu da decisão governamental de retomar e terminar 15 obras inacabadas de hospitais, iniciadas em gestões anteriores. Localizadas em regiões carentes de serviços, procurava-se melhorar o acesso da população à atenção hospitalar, principalmente na região metropolitana de São Paulo.

Buscava-se maior agilidade e autonomia administrativa destes novos hospitais, difíceis de encontrar de modo geral, nas instituições sob administração direta do Estado.

A área de recursos humanos conquistou avanços importantes, pois a nova proposta permitiu a contratação de gerentes eficientes com remuneração adequada, bem como dos demais funcionários, com possibilidade de mecanismos de administração de pessoal inexistentes na administração pública tradicional. Por outro lado, é importante lembrar que sem essa proposta, não seria possível naquele momento, a contratação de funcionários para as unidades, uma vez que a Lei de Responsabilidade Fiscal e, anteriormente, a Lei Camata, limitavam os gastos do governo de São Paulo, com a folha de pagamento de funcionários.

Para efetivar a nova parceria, o Governo aprovou a Lei Complementar 846/98, que autoriza o Poder Executivo a qualificar, como Organizações Sociais da Saúde - OSS, entidades sem fins lucrativos, com experiência comprovada no gerenciamento do setor saúde.

A Lei determina a elaboração de um contrato de gestão, entendido como um acordo firmado entre o Poder Público e a entidade qualificada como OSS, estabelecendo as bases da parceria e destinado a regular a execução das atividades que serão desenvolvidas pelo hospital. A Lei determinou ainda que os hospitais gerenciados

pelas OSS, atendam exclusivamente aos pacientes do SUS.

A transparência na gestão dos serviços prestados pelas OSS foi assegurada pela criação de uma comissão de avaliação, responsável por analisar os resultados atingidos com a execução do contrato de gestão, composta de representantes do Conselho Estadual de Saúde e da Comissão de Saúde e Higiene da Assembléia Legislativa e de profissionais de notória especialização indicados pela Secretaria de Estado da Saúde.

O balanço e as demais prestações de contas das OSS são publicados obrigatoriamente no Diário Oficial do Estado e analisados pelo Tribunal de Contas do Estado de São Paulo.

Para seu financiamento foi abandonada a lógica de pagamento pelas “tabelas SUS”. Foi definido para cada hospital, de acordo com suas características de atendimento, um orçamento de custeio pré-fixado, com uma parte fixa e uma parte variável, baseadas em um sistema de custos referente à produção de procedimentos das principais áreas de atuação do hospital e em indicadores de organização do serviço, qualidade e eficiência (como a taxa de infecção hospitalar, farmacovigilância, comissão de óbitos, levantamento de satisfação dos usuários, qualidade de informação). Atualmente 19 hospitais, 3 ambulatórios, 2 farmácias e 1 laboratório de análises clínicas são administrados por esta modalidade de gerenciamento.

Os novos hospitais tem características de hospitais gerais, com tamanho médio de 50 leitos, abrangendo clínica médica, pediatria, ginecologia/obstetrícia e cirurgia. Todos contam com atendimento de urgência/emergência, UTI de adultos e pediátrica. Em vários serviços são oferecidos atendimentos especializados conforme a necessidade das regiões nas quais se localizam, como cirurgia cardíaca, neurocirurgia, hemodiálise, transplantes.

Os hospitais estão integrados aos demais serviços da rede de saúde pública (como unidades básicas municipais, ambulatórios e outros) de sua região e são referência para atendimento de casos de internação, cuidados secundários e algumas vezes, terciários de saúde.

Todos estes novos hospitais vieram suprir a lacuna de atenção secundária e em alguns casos terciária das regiões, principalmente da região metropolitana da Capital,

caracterizadas por população de baixo poder aquisitivo, com problemas sócio-econômicos e de saúde significativos e totalmente dependentes dos atendimentos do SUS. Os novos hospitais colocaram a serviço do SUS um total de cerca de 4.300 leitos e 17 destes hospitais (plenamente ativados em 2005) tiveram produção anual de cerca de 207 mil internações, 1,6 milhão de consultas ambulatoriais (com 20,8 mil cirurgias ambulatoriais) e 1,7 milhão de consultas de urgência.

### **Resultados obtidos pelo novo modelo de gerenciamento dos hospitais pelas OSS**

Diversos estudos e levantamentos independentes, têm constatado a qualidade e a eficiência do modelo de gerenciamento dos hospitais pelas OSS em São Paulo.

#### **Comparação com outros hospitais de São Paulo**

O processo de avaliação dos hospitais das OSS foi implantado desde o início dessa nova forma de gestão e inclui a comparação com os Indicadores publicados pelo Programa de Estudos Avançados em Administração Hospitalar e Sistemas de Saúde – PROAHSA/Fundação Getúlio Vargas - FGV, que envolvem uma amostra de 140 a 150 hospitais de pequeno, médio e grande porte, públicos e privados do Estado de São Paulo. Em estudo realizado pela equipe da Secretaria de Estado da Saúde, ao compararmos esses indicadores tendo como base os dados disponíveis em 12 hospitais gerenciados pelas OSS (1º semestre de 2003) e do PROAHSA do 4º trimestre de 2002, temos a situação ilustrada no Quadro 2 (PROAHSA, 2002).

Quadro 2 – Comparação entre 12 hospitais gerenciados pelas OSS e a amostra de hospitais do Boletim do Programa de Estudos Avançados em Administração Hospitalar e Sistemas de Saúde – PROAHSA/Fundação Getúlio Vargas – FGV

Indicador	OSS	PROAHSA/FGV
	1º Semestre 2003	4º trimestre 2002
<b>Relação enfermeiro/leito</b>	0,27	0,24
<b>Relação funcionários/leito</b>	4,46	4,34
<b>Taxa de Ocupação</b>	88,3 %	63,5 %
<b>Tempo Médio de Permanência</b>	4,3	3,47
<b>Taxa de Cesáreas</b>	25,4%	78,2_ %

Fonte: Relatórios das OSS / CCS/ SES. PROAHASA/FGV – Boletim de Indicadores n.º 29, 2002.

Estes dados demonstram a qualidade e os bons resultados quanto aos recursos humanos empregados e os indicadores de ocupação dos serviços. Destaca-se a taxa de cesáreas nas OSS, bastante inferior à média da amostra dos hospitais do PROAHASA.

### **Comparação entre Hospitais da Administração Direta e os Hospitais das OSS**

Também foram realizados estudos de comparação de gastos e produtividade entre os hospitais públicos da Administração Direta e aqueles gerenciados pelas OSS.

Embora existam dificuldades para se estabelecer estas comparações, uma vez que o registro de dados de produção e de gastos não possui a mesma qualidade nos diferentes serviços, todos os levantamentos realizados apontaram maior eficiência nos hospitais das OSS, com menores gastos médios por internações e outros procedimentos realizados nestes hospitais, em relação aos hospitais de mesmo porte, da Administração Direta. No último levantamento realizado pela equipe técnica da Coordenadoria de Serviços de Saúde – CSS da Secretaria de Estado da Saúde, que comparou em 2005, 13 hospitais gerenciados por OSS (totalizando 2.998 leitos), com 13 hospitais da Administração Direta (totalizando 2.925 leitos), de porte e com características de atendimento semelhante, obtivemos os resultados apontados no Quadro 3.

Quadro 3: Comparação entre 13 hospitais gerenciados pelas OSS e 13 hospitais da Administração Direta da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo em relação à produção de 2005

<b>Indicador</b>	<b>Hosp. Adm.</b>	<b>Hosp. OSS</b>	<b>% OSS/Adm.Dir.</b>
Orçamento (R\$ milhões)	612,45	662,18	8,1 % maior
Taxa de Ocupação Média	75,8	79	4,2 % maior
N.º Saídas (mil)	116	166	42,8 % maior
N.º de Saídas/leito	39,7	58,1	46,1 % maior
Gasto Médio/Saída (R\$)	3.554	2691	24,3 % menor

Fonte: CSS/SES.

Pode-se notar neste quadro que, com um orçamento 8 % maior, os hospitais gerenciados pelas OSS obtiveram um gasto médio por saída do leito, 24 % menor.

Estudo realizado em parceria pelo Banco Mundial, o Ministério da Saúde e por pesquisadores da Fundação Oswaldo Cruz, em um programa de pesquisas que visava fortalecer e aperfeiçoar o desempenho hospitalar no Brasil, também comprovou a eficiência das OSS.

Esse estudo baseado em dados de 2003, comparou 12 hospitais das OSS e 10 hospitais da administração direta, com perfis semelhantes, demonstrando a maior eficiência técnica (capacidade de produzir o máximo de resultados com dada quantidade de insumos) dos hospitais das OSS (Costa NR e Ribeiro JM, FIOCRUZ (2005).

O estudo destacou que com o mesmo nível de recursos em 2003, os hospitais das OSS) produziram 35% mais altas em geral em relação aos leitos que ofertaram; 61% mais altas cirúrgicas em relação aos leitos que ofertaram; 62% mais altas de clínica médica em relação aos leitos que ofertaram; 65% mais altas de clínica obstétrica em relação aos leitos utilizados.

Seus autores afirmam ainda que, *“As OSS têm indicadores de mortalidade geral levemente melhores do que as unidades em regime de administração direta.*

***Isso significa que sob as mesmas condições de oferta de leitos e disponibilidade de recursos financeiros, as OSS em 2003 produziram mais altas e menos óbitos ocorreram nos hospitais gerenciados pelo modelo organizacional.”***

Apresentamos ainda alguns dados retirados do estudo no Quadro 4:

Quadro 4: Levantamento em 12 hospitais das OSS x 10 hospitais da Adm. Direta da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (dados de produção de 2003)

<b>Indicador</b>	<b>Adm.Direta</b>	<b>OSS</b>	<b>Observação</b>
Relação alta/leito total	40	60	35 % de eficiência
Horas Médicas Contratadas Mensais (40 horas equivalentes)	203,15	143,8	71 % de eficiência

Fonte: Costa NR e Ribeiro JM, FIOCRUZ (2005).

No caso da quantidade horas médicas contratadas, os autores destacam que há evidências de diferenças significativas na contratação de pessoal: “*Os hospitais no regime de OSS utilizam um número significativamente menor de horas médicas quando comparados ao grupo controle da administração direta. Operam com uma oferta de horas equivalentes a 70% do que exige de trabalho médico as organizações da administração direta.*”.

Os autores observam ainda que “As OSS utilizam a autonomia na composição de pessoal e na definição do perfil de cargos e salários para realizar um investimento expressivo na contratação de horas de trabalho profissional da enfermagem, ao contrário do que se verifica para o staff profissional médico. As OSS contrataram 33% mais horas de profissionais de nível superior de enfermagem do que as organizações da administração direta em 2003”. (Costa NR e Ribeiro JM, FIOCRUZ (2005). Em nova análise realizada e apresentada pela equipe da Unidade de Redução da Pobreza e Gestão Econômica da Região da América Latina e Caribe do Banco Mundial, comparando os recursos humanos das OSS com os hospitais estaduais da administração direta, o relatório destaca que “*Os dados indicam que os hospitais OSS contratam mais enfermeiras bem qualificadas e menos médicos. Este é exatamente o tipo de composição de equipe que os analistas de saúde defendem como sendo a*

*melhor forma de garantir atenção de qualidade a menor custo. Além disso, o número de profissionais por leito hospitalar nos hospitais da administração direta foi consideravelmente maior, em média, que dos hospitais OSS e privados na amostra do nosso estudo.” (Banco Mundial, Relatório 2006).*

Em função dos dados comparativos de eficiência e qualidade das OSS, os técnicos do Banco Mundial e os pesquisadores envolvidos tem apontado o modelo de gerenciamento desenvolvido em São Paulo, como importante instrumento para auxiliar o aperfeiçoamento da assistência hospitalar no Brasil.

### **Satisfação dos usuários e Acreditação Hospitalar**

Esta eficiência maior dos hospitais administrados por OSS foi obtida com a garantia da qualidade de atendimento reconhecida pelos usuários dos hospitais.

Conforme previsto no contrato de gestão, são realizadas mensalmente pesquisas de satisfação dos usuários, com no mínimo, 10% dos pacientes internados e/ou seus acompanhantes e com 10% dos pacientes que são atendidos em 1ª consultas nos Ambulatórios.

Foram 33 mil internados e 53 mil pacientes ambulatoriais entrevistados em 2005 e os resultados obtidos apontam que **o nível de satisfação dos usuários varia de 80 a 90% de aprovação.**

Por outro lado, seis hospitais gerenciados pelas OSS foram certificados pela Organização Nacional de Acreditação – ONA (reconhecimento obtido apenas por 50 dos cerca de 6 mil hospitais do Brasil): os hospitais de Itapevi, Bauru e Itapeçerica da Serra receberam o 1º nível de acreditação (entre 22 hospitais no país) e os hospitais de Pedreira, Diadema, Pirajussara e Sumaré receberam a Acreditação Plena (2º nível), entre 23 hospitais no Brasil.



### **Críticas e Observações sobre o novo modelo das OSS**

O modelo das OSS têm sido freqüentemente objeto de críticas, muitas vezes superficiais, que podem ser resumidas em três questões principais:

- as OSS seriam uma forma de “privatização” do SUS;
- os serviços gerenciados pelas OSS, não estão submetidos ao “controle” social;
- a qualidade dos atendimentos prestados pelas OSS é reconhecida pelos críticos, mas se atribuem estes resultados a alguma forma de “proteção” das entidades, seja por receberem mais recursos financeiros que os hospitais estaduais da administração direta, seja por terem demanda restrita ou seleção de clientela.

Estas críticas genéricas, jamais são comprovadas com dados concretos, que confirmem seu acerto, embora a produção dos hospitais gerenciados pelas OSS seja disponibilizada pelos sistemas de informações do SUS, tal como ocorre com todos os demais serviços do sistema e além disso, são produzidos relatórios específicos para avaliação dos contratos de gestão, que também estão disponíveis para todos os membros da Comissão de Avaliação.

Mesmo assim, a equipe técnica de acompanhamento das OSS, mantém análise atenta sobre estes pontos e sobre eles, poderíamos comentar brevemente:

#### **“Privatização” x Atendimento Público**

Com relação à primeira questão, que afirma que as OSS são uma forma de “privatização” do SUS, já alertamos no item sobre “Os Serviços Públicos em Saúde” neste mesmo trabalho, que esta crítica confunde a modalidade de gerenciamento dos serviços (gerente estatal x gerente filantrópico), com a prestação de serviços propriamente dita (atendimentos públicos x particulares).

No Estado de São Paulo não ocorreu nenhuma “privatização” de serviços públicos: o patrimônio (prédio e equipamentos) dos hospitais, bem como todos os investimentos realizados após a assinatura do contrato de gestão, permanecem sendo do Estado e, em qualquer caso de ruptura do contrato com a OSS, os bens retornam para o patrimônio do governo estadual.

Por outro lado, como vimos na descrição das OSS, toda a produção é realizada para o SUS (o atendimento é totalmente público) e todos os recursos auferidos pela entidade, devem ser aplicados no próprio serviço, não sendo permitido retirada de lucros ou qualquer outra vantagem, pelos diretores das entidades. Até mesmo o nível salarial dos funcionários e diretores das entidades é conhecida e monitorada pela equipe da Secretaria de Estado da Saúde.

Conforme vimos na outra parte deste trabalho “A participação do terceiro setor na prestação de serviços de saúde do SUS”, os serviços filantrópicos e não lucrativos que prestam serviços ao SUS no Brasil, receberam em 2005, **o valor total de R\$ 5,2 bilhões**, por todos seus atendimentos ao sistema.

Estes pagamentos são realizados há muitos anos, com controles apenas formais (sistemas de informações do SUS), que são reconhecidos por todos como insuficientes.

Não há contrato de gestão com estas entidades, não existem metas de atendimento, sejam quantitativas ou qualitativas e, além disso, como os pagamentos são realizados de acordo com as tabelas do SUS, com valores defasados para muitos procedimentos e cuja atualização sofre interferência de grupos de pressão da área médico-hospitalar, os serviços costumam, freqüentemente, para garantir sua sobrevivência financeira, priorizar os procedimentos mais lucrativos, sem levar em conta as reais necessidades da população usuária.

Curiosamente, apesar destes fatos, a crítica de privatização é reservada para os serviços sob gerenciamento das OSS, os quais estão submetidos à controles em sua produção, que recebem de acordo com metas e que possuem centros de custos. E não é aplicada à todos os demais serviços governamentais filantrópicos que prestam serviços ao SUS e que não possuem estes mecanismos de controle.

## **O controle social dos serviços**

Com relação ao segundo questionamento, da falta de “controle social”, trata-se sem dúvida, da definição extremamente particular que é aplicada à este conceito. Para alguns, o “controle social” se dá apenas se existirem “conselhos gestores” nas unidades de saúde, formadas, entre outros, por “representantes” dos usuários e de funcionários. Todas as demais formas de controle social praticadas são totalmente ignoradas e consideradas “ilegítimas”.

No caso das OSS, lembramos que além dos controles estabelecidos no contrato de gestão, avaliados pelo poder público (equipe da SES), os relatórios gerenciais são disponibilizados para todos, por meio dos representantes do Conselho de Saúde e da Comissão de Saúde da Assembléia.

Além disso, o Tribunal de Contas (órgão de controle do Poder Legislativo) tem realizado minuciosas auditorias das OSS, corrigindo irregularidades, garantindo a boa aplicação dos recursos públicos e aprovando todas as suas contas.

É importante também destacar que em diversos hospitais de OSS de São Paulo já foram criados conselhos locais, com participação de representantes dos usuários, dos respectivos conselhos municipais de saúde das cidades atendidas pelo hospital, como é o caso do Hospital Mário Covas, que atende a região do ABC na Grande São Paulo, que colaboram com o aperfeiçoamento, a integração ao SUS e o controle dos serviços prestados pelo hospital.

E por fim é preciso reconhecer que o melhor controle social é feito pela própria população usuária, que manifesta sua opinião sobre os atendimentos em pesquisas de opinião realizadas com pacientes e familiares.

Portanto, certamente se praticam formas de controle social para as OSS, muito mais intensas e rigorosas que para os demais serviços governamentais e filantrópicos do SUS. Novamente neste caso, podemos questionar, porque fazer críticas apenas aos serviços gerenciados pelas OSS, quando todos os demais serviços que recebem recursos do SUS, governamentais ou não, não possuem formas eficientes de controle dos serviços prestados à população.

### **Eficiência x Privilégios**

O terceiro questionamento já foi parcialmente respondido em outra parte deste trabalho, “Resultados obtidos pelo novo modelo de gerenciamento dos hospitais pelas OSS”, quando se comparam os desempenhos dos hospitais sob gerenciamento das OSS com aqueles da Administração Direta.

Não existe privilégio de financiamento para as OSS. Qualquer análise séria desta questão, deve comparar custo com produção e não usar valores absolutos.

E todos os estudos até aqui realizados demonstram que o custo da produção das OSS é menor que o custo dos hospitais da administração direta.

Por outro lado, é verdade que 13 dos 19 pronto socorros dos hospitais das OSS são referenciados, isto é, somente recebe casos encaminhados por outros serviços de saúde do SUS (municipais, estaduais ou filantrópicos). Porém, não se trata de seleção de clientela ou de atendimento de casos mais “baratos” ou “simples”.

O modelo de atendimento referenciado não é nenhuma novidade, sempre foi defendido por todos os gestores do SUS e pensadores do sistema e é previsto na Constituição, na Lei Orgânica da Saúde e em normas básicas do Ministério da Saúde, quando se defende a regionalização e a hierarquização da atenção prestada pelo SUS.

É fundamental que os atendimentos primários de saúde sejam realizados nas unidades básicas de saúde, no Programa de Saúde da Família - PSF ou nas unidades de pronto atendimento municipais. É ineficiente, custoso e sem qualidade para os pacientes, prestar este tipo de atendimento menos complexo, no pronto-socorro de um hospital de referência regional.

O hospital deve ser reservado para os procedimentos mais complexos de urgência/emergência, de diagnóstico e de internação, inexistentes nos demais serviços de saúde da rede básica. Desta forma, os casos que exigem atenção primária em saúde devem ser acompanhados e podem ser melhor atendidos nas unidades básicas de saúde municipais. Por outro lado, com o referenciamento de pacientes, evitam-se filas e demora no agendamento e na internação dos hospitais regionais, facilitando o acesso da população. Com relação aos hospitais gerenciados pelas OSS no Estado, o pronto socorro referenciado foi criado nos locais em que havia capacidade da rede municipal prestar os atendimentos primários de saúde e encaminhar os demais casos,

mecanismo que tem funcionado de forma adequada.

Naqueles hospitais localizados em municípios ou regiões em que a rede municipal de saúde ainda não tinha condição de assumir plenamente os atendimentos, o pronto socorro foi mantido nos moldes tradicionais.

Todos os estudos realizados nas OSS que possuem pronto socorros referenciados, indicam produção adequada de procedimentos (quantitativamente e qualitativamente), taxa de ocupação ou rotatividade, seja no PS, na internação ou no número de procedimentos cirúrgicos realizados.

De fato, o estudo dos pesquisadores da Fundação Oswaldo Cruz já citado anteriormente, conclui que não existe diferenciação entre a oferta das OSS e dos demais hospitais da Administração Direta, conforme se segue: *“As OSS não se diferenciam em nenhum nível dos padrões de inclusão e disponibilidade de serviços do padrão de oferta observado nas organizações de regime de governança da administração direta”*. (Costa NR e Ribeiro JM, FIOCRUZ (2005).

Também neste caso, observamos que as críticas de seleção de clientela somente são feitas aos serviços gerenciados pelas OSS, quando é reconhecido que muitos hospitais governamentais e filantrópicos que prestam serviços ao SUS, reprimem demanda, internando preferencialmente os pacientes que permitem melhorar sua receita, ou atender aos interesses do ensino e da pesquisa e não o da população usuária.

## **Conclusões**

A experiência realizada no Estado de São Paulo, de parceria público-privada na administração de hospitais pelas OSS, teve bons resultados, com atendimentos de qualidade e economia de recursos financeiros, quando comparado com o modelo tradicional de gestão pública. Outros estados brasileiros tem estudado este modelo ou já possuem hospitais gerenciados por OSS: Bahia, Minas Gerais, Pará, Espírito Santo (refazendo lei) e Mato Grosso (estudando a legislação).

A aplicação do modelo com bons resultados depende de alguns pré-requisitos como a adequada escolha do parceiro privado com experiência gerencial e espírito público. Do compromisso e integração dos novos serviços com o sistema público de saúde (SUS), garantindo-se o acompanhamento e controle social. Do modelo de Contrato de Gestão adotado, que deve possuir metas claras e de fácil quantificação. Da existência de equipe profissional no setor público com capacidade de acompanhamento e avaliação dos serviços contratados. É preciso superar a visão de que um serviço de saúde somente é público, se for administrado diretamente pelo Estado, incorporando mais objetivamente o conceito de Estado formulador, controlador e avaliador dos serviços prestados, em substituição do modelo de Estado proprietário, empregador e prestador exclusivo.

Em todo o mundo, a tendência do poder público na prestação de serviços hospitalares de saúde é de controlar e avaliar resultados e não de gerenciar e executar diretamente o processo produtivo (Freeman e Moran, 2002).

Como exemplo de outros países que adotaram estratégias semelhantes com sucesso, poderíamos citar o Canadá, país com sistema público e universal de saúde, com qualidade reconhecida e alto grau de aprovação de sua população. Tal como o SUS, o sistema canadense é financiado mediante tributação geral (impostos), porém os serviços de saúde são prestados e administrados por entidades sem fins lucrativos, de acordo com as premissas do setor público, que mantém controle sobre todo o sistema (OPAS, 2000; Quinhões, 1997).

Os novos modelos públicos de gerenciamento no Brasil na área da saúde, devem obrigatoriamente respeitar os princípios do SUS: acesso universal, integralidade da assistência e equidade na oferta de serviços. As diversas experiências e modelos

gerenciais inovadores, desde que atendam estes princípios, devem ser respeitadas, pois poderão ser aplicadas, aperfeiçoadas ou modificadas, sempre com o objetivo de melhorar e tornar mais eficiente a prestação dos serviços à população.

Essa é, aliás, uma das principais vantagens da característica descentralizada do sistema no Brasil: possibilitar o surgimento de novas experiências e idéias com o intuito de aprimorar o SUS, conforme as diferentes realidades locais, beneficiando a população e colaborando para melhorar os perfis de saúde do país.

**Bibliografia consultada:**

Banco Mundial. Unidade de Redução da Pobreza e Gestão Econômica Região da América Latina e Caribe. Relatório No. 35691-BR. Brasil: Melhorando o Desempenho do Setor Saúde: Lições das Inovações do Estado de São Paulo e da Cidade de Curitiba. 29 de Março de 2006.

Campos GWS. O Público, o Estatal, o Privado e o Particular nas Políticas Públicas de Saúde. In Heimann LS, Ibanhes LC, Barbosa R. O Público e o Privado na Saúde. São Paulo/SP. Editora HUCITEC, OPAS: IDRC, 2005. p. 89 - 100. Costa NR, Ribeiro JM. ESTUDO COMPARATIVO DO DESEMPENHO DE HOSPITAIS EM REGIME DE ORGANIZAÇÃO SOCIAL. Programa de Pesquisas Hospitalares “Em Busca de Excelência: Fortalecendo o Desempenho Hospitalar em Brasil”.

Ministério de Saúde, Banco Mundial, Fundação Oswaldo Cruz – FIOCRUZ, 2005.

DATASUS - Departamento de Informação e Informática do SUS/Ministério da Saúde. Informações de Saúde. Assistência à Saúde. Dados pesquisados em maio de 2006 na Internet no site <<<http://www.datasus.gov.br/>>>.

FIOCRUZ – Fundação Oswaldo Cruz. O Brasil em números – Pesquisa Mundial de Saúde - 2003. RADIS – Comunicação em Saúde, n.º 23, RJ; 2004. p. 14 – 33.

Freeman R, Moran M. A Saúde na Europa. In Negri B, Viana ALA (Org) O Sistema Único de Saúde em dez anos de desafio, 1ª ed., São Paulo: SOBRAVIME/CEALAG; 2002. pg 45 – 64. OPAS – Organización Panamericana de la Salud. Canada – Perfil del Sistema de Servicios de Salud. Impreso do Programa de Organización y Gestión de Sistemas y Servicios de Salud da División de Desarrollo de Sistemas y Servicios de Salud. Março de 2000. PROAHSA - Programa de Estudos Avançados em Administração Hospitalar e de Sistemas de Saúde do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo e da Escola de Administração de Empresas de São Paulo da Fundação Getúlio Vargas. Boletim de Indicadores. Ano VI - 4º trimestre de 2002, n.º 29.

Quinhões TAT. Novos padrões gerenciais no setor público no sistema de saúde canadense. In Cadernos ENAP - Reforma do Estado no setor de saúde: os casos da Catalunha, Canadá, Reino Unido e Estados Unidos. Escola Nacional de Administração Pública, 1997. pg 47 – 71.



## **ANEXO 3 - Artigo sobre a Experiência de São Paulo**

### **A EXPERIÊNCIA DA SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE SÃO PAULO**

*Márcio Cidade Gomes*

O Governo do Estado de São Paulo regulamentou, por meio da Lei Complementar n. 846 de 1998, a parceria do Estado com entidades filantrópicas, estipulando em relação a elas, dentre outras exigências, que tivessem, no mínimo, cinco anos de experiência na administração de serviços próprios de saúde, reconhecida qualidade e compromisso firmado com a população atendida.

As entidades interessadas que cumpriram os pré-requisitos estipulados foram qualificadas como Organizações Sociais de Saúde e conquistaram o direito a serem habilitadas para firmar Contrato de Gestão com a Secretaria de Estado da Saúde, visando ao gerenciamento e à operação de hospitais e outros equipamentos públicos de saúde, mediante convocações públicas.

A referida Lei Complementar, que dispõe sobre a qualificação de instituições como Organizações Sociais de Saúde, determina ainda: a obrigatoriedade de atender exclusivamente pacientes SUS; a criação de Contrato de Gestão como instrumento que permita ao poder público definir os objetivos de assistência à saúde a serem desenvolvidos pelos hospitais, bem como as metas a serem alcançadas em determinado período de tempo; a forma de financiamento das atividades realizadas.

A avaliação dos resultados obtidos nos Contratos de Gestão estabelecidos é feita pela Comissão de Avaliação da Execução dos Contratos de Gestão, composta de membros do Conselho Estadual de Saúde, da Comissão de Higiene e Saúde da Assembléia Legislativa e demais representantes de renomado saber na área de saúde pública, designados pelo Secretário da Saúde para essa função, garantindo-se nessa instância o efetivo controle social do processo.

Ressalta-se o controle da prestação de contas das instituições, feito pelo Tribunal de Contas do Estado de São Paulo, objeto da Instrução TCE 04/98, dada a peculiaridade da matéria, que não tinha precedente, o que tornou obrigatória a edição de instruções específicas sobre o assunto.

O texto a seguir relata o processo institucional, o cenário e, particularmente, a seqüência de ações que culminaram, no momento atual, em dezesseis serviços de saúde sob Contrato de Gestão, abrangendo atividades de internação, de atendimento ambulatorial, de atendimento de urgência e emergência, e a realização de atividades de apoio diagnóstico e terapêutico para pacientes externos aos hospitais.

## **O DIREITO À SAÚDE E AS QUESTÕES DO ESTADO**

Até a primeira metade do século XX, a assistência médico - hospitalar, gerenciada e oferecida à população pelo governo do Estado de São Paulo, resumia-se ao cuidado e isolamento dos doentes mentais, hansenianos e tuberculosos.

Durante os anos de 1950 a 1970, a Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, na área da assistência médico-hospitalar, ampliou consideravelmente o número de leitos próprios para atender tuberculosos e contratou numerosos hospitais para prestar atendimento em saúde mental.

Na década dos 70, a assistência médico-hospitalar ganhou outra conotação. O governo estadual passou a ampliar gradativamente o oferecimento de assistência médico-hospitalar, com a construção de hospitais gerais e a transformação, nos anos 80, de alguns hospitais de fisiologia, em hospitais gerais.

A falta de mecanismos ágeis de gerenciamento, que respondessem às necessidades dos administradores hospitalares, levou alguns hospitais a procurarem modelos alternativos de gestão que permitissem, ao gerente público, administrar com eficiência sua unidade e solucionar os problemas nas áreas de pessoal, finanças e administração de materiais (compra de serviços e produtos).

As principais dificuldades que o modelo tradicional de administração pública apresenta, na área da administração hospitalar, podem ser assim resumidas:

impossibilidade de o gestor pagar salários compatíveis com o mercado e, dessa forma, fixar seu pessoal e mantê-lo adequadamente treinado e atualizado. É preciso lembrar que, em um hospital geral, cerca de 70% dos gastos são com pessoal, que precisa ser bem recrutado, constantemente treinado e substituído com agilidade quando de seu desligamento do serviço público; proibição de o gestor hospitalar contratar e admitir, sem autorização governamental, o seu pessoal, segundo suas necessidades;

obrigação de comprar serviços por meio de processo burocratizado (licitação), o qual não atende as necessidades e peculiaridades do setor saúde, seja no que diz respeito à qualidade, seja no que diz respeito à agilidade/urgência que seriam imprescindíveis em algumas aquisições; impossibilidade de haver uma gestão independente dos recursos financeiros da unidade, de modo a permitir converter, para outras áreas da própria unidade hospitalar, as “economias” conseguidas em recursos destinados a investimentos ou acréscimos orçamentários;

inexistência de recursos adicionais para investir na manutenção e recuperação das estruturas físicas das unidades, e na renovação dos parques tecnológicos, com a incorporação dos avanços científicos do setor; dificuldade de o gestor contar com gerências profissionais nos diferentes serviços (interferências políticas) das unidades hospitalares.

As dificuldades acima elencadas fizeram com que, ao longo das décadas de 70 e 80, novos modelos de gestão dos hospitais públicos fossem propostos para o Estado de São Paulo, e que alguns fossem implantados com relativo sucesso.

Dentre esses modelos, destacaram-se a instituição de Fundações Privadas de Apoio à Administração de Hospitais Públicos e a transformação de alguns hospitais públicos da administração direta em fundações públicas, com maior autonomia e agilidade administrativa.

Essas experiências buscaram, ao longo das duas décadas, contornar as limitações legais impostas aos serviços públicos de saúde, que são gerenciados sob o mesmo arcabouço jurídico, comum à administração pública.

É inegável que as fundações de apoio possibilitaram, a alguns hospitais públicos, condições especiais de gerenciamento que permitiram a essas unidades atingir graus de excelência reconhecidos em todo o país.

A transformação de hospitais públicos em fundações foi tentada por alguns municípios, também com a intenção de contornar as limitações legais impostas pela administração pública direta, mas os resultados alcançados não foram tão promissores.

De qualquer modo, essas duas soluções tiveram o mérito de conseguir, por algum tempo, contornar as limitações legais impostas aos gerentes públicos de saúde.

As mudanças legais ocorridas no início dos anos 90 – Lei n. 8.666 (Licitações), Lei

Camata (impossibilidade de gastar com pessoal acima de 60% do orçamento), Lei Orgânica da Saúde de São Paulo (proibição de terceirizar a gerência de hospitais públicos estaduais e proibição de cobrar pelos serviços oferecidos a particulares) – fizeram com que a atuação das fundações de apoio viesse a ser questionada.

As fundações municipais também foram atingidas pelas novas leis, uma vez que, pela nova ordem jurídica, são proibidas a contratação de pessoal, a compra sem licitação etc.

Além disso, sempre esteve presente a discussão sobre como garantir igualdade de acesso e qualidade aos serviços oferecidos a toda a população, dado que a demanda de pacientes particulares e de convênios é sabidamente menor do que a dos pacientes do SUS.

O papel que deve desempenhar o setor público na prestação dos serviços de saúde é um dos principais temas de debate nos processos de reforma dos sistemas de saúde e, mais ainda, quando o entorno econômico e orçamentário gera discussão sobre quais devem ser os limites da atuação dos governos no contexto atual.

Dessa forma, a discussão que se desencadeia e a realidade dos processos de reforma dão-nos conta de que, mais importante do que centrar o debate em qual seria o melhor ou o pior sistema, é, de acordo com a realidade de cada país, atentar para o modo como se desenvolvem as funções de planejamento, financiamento, compra e provisão de serviços de saúde e como se organizam instrumentalmente as relações entre a Administração, os prestadores de serviços, os profissionais e os cidadãos.

A maior parte dos sistemas de saúde dos diferentes países – tanto dos desenvolvidos como dos em desenvolvimento – está enfrentando profundos processos de reforma que, a médio ou a longo prazos, podem transformar de modo significativo a estrutura, as características, a organização e as suas formas de atuação.

Os processos de reforma dos sistemas de saúde não se definem, em geral, por uma mudança nas políticas de saúde, exclusivamente, senão por mudanças estruturais e organizativas que reorientem as intervenções, visando à consecução de objetivos previamente estabelecidos.

A seleção das diversas opções de mudança pode ter como fundamento a concepção da saúde como um direito ou como uma responsabilidade individual. A seleção de uma

ou outra concepção conduzirá a objetivos distintos e a sistemas diferentes.

É imperativo responder a essa questão, a qual incorpora, ou não, o critério de equidade no acesso aos serviços, diante da necessidade.

A maior parte dos sistemas de saúde vê-se afetado por uma série de problemas similares, que influem em sua capacidade de desenvolvimento, viabilidade econômica e legitimação. Os desafios comuns, enfrentados pelos sistemas de saúde, justificam a busca de novos modelos que possam introduzir mecanismos de melhoria.

O abalo econômico provocado pelo crescimento do gasto decorrente de maior utilização de serviços de alta composição tecnológica e de elevado custo é motivo de preocupação e requer contenção.

Com o surgimento de novos fenômenos do tipo demográfico, socioeconômicos e de saúde, configuram-se cenários complexos em permanente mudança, que direcionam o sistema de saúde e as instituições de saúde para dar uma resposta ágil e adequada em termos sanitários, sociais e econômicos.

Os sistemas de saúde necessitam reorientar seus serviços a fim de responder às crescentes expectativas dos usuários e potencializar sua capacidade de eleição e decisão.

As diferentes reformas de grande parte dos sistemas de saúde perseguem, de modo geral, alguns objetivos básicos comuns:

- facilitar o acesso aos serviços de saúde para responder ao princípio da equidade;
- buscar fórmulas para moderar o crescimento do gasto;
- dotar, o sistema, de estabilidade financeira;
- avançar na melhoria da qualidade dos serviços e na adequação desses às necessidades de saúde dos cidadãos.

## **A MODERNIZAÇÃO DA ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA NO ESTADO DE SÃO PAULO**

O governo do Estado de São Paulo, nos últimos seis anos, finalizou obras iniciadas e inacabadas por governos anteriores, colocando à disposição da população cerca de 3.900 leitos equipados, distribuídos em dezesseis hospitais, quatorze dos quais situados na periferia da capital e da região metropolitana da Grande São Paulo e dois no interior do Estado, nas regiões de Campinas e Bauru.

Treze, desses dezesseis hospitais, são gerenciados por OSS; os outros três, por meio de convênios. Para todos os hospitais, o instrumento relacional é o CONTRATO DE GESTÃO.

O desafio de operar esse contingente de hospitais em tão curto prazo de tempo – condição desconhecida até então no país – obrigou a Secretaria de Estado da Saúde a buscar parcerias no setor privado, com vistas ao gerenciamento desses serviços.

Era fato conhecido que, nos últimos anos, o governo federal havia formulado uma alternativa para melhorar a gestão dos hospitais públicos – que foi a sua transformação em organizações sociais. Essa proposta previa a publicização de entidades do terceiro setor, que passariam a gerenciar unidades hospitalares mediante regras mais flexíveis. No Estado de São Paulo, a legislação que instituiu as organizações sociais formatou-se de modo diferente. A legislação estadual regulamentou a parceria com entidades filantrópicas, que passam a ser qualificadas como Organizações Sociais de Saúde e que, em decorrência dessa qualificação, ganham o direito de firmar Contrato de Gestão com a Secretaria de Estado da Saúde, visando ao gerenciamento de hospitais e equipamentos públicos de saúde.

Dentre os aspectos mais importantes da Lei Complementar n. 846, de 4 de junho de 1998, que permitirão o sucesso da proposta na modernização gerencial do setor, poderíamos salientar:

- a criação de um Contrato de Gestão com a entidade qualificada, que permite a definição pelo poder público das metas e do tipo de assistência à saúde a ser desenvolvido pelo serviço;
- a existência de uma comissão de avaliação dos Contratos de Gestão, com integrantes do Conselho Estadual de Saúde e da Assembléia Legislativa;

- o controle das prestações de contas das OSS pelo Tribunal de Contas do Estado;
- a exigência de que a entidade tenha experiência de pelo menos cinco anos na administração de serviços próprios de saúde.

As entidades interessadas que cumprem os pré-requisitos legais são então qualificadas como Organizações Sociais de Saúde pelo Governador do Estado, conquistando o direito a serem habilitadas para firmar Contrato de Gestão com a Secretaria de Estado da Saúde, visando ao gerenciamento e à operação de hospitais e outros equipamentos públicos de saúde, mediante convocações públicas.

Ao término de cada novo hospital, a convocação pública é realizada e as instituições já qualificadas apresentam seu interesse em firmar Contrato de Gestão com a Secretaria da Saúde.

Às instituições candidatas, são fornecidos os dados que definem as necessidades de saúde e de serviços hospitalares, apontadas pelos gestores locais e regionais da área, na qual está inserido o novo serviço, para que a organização social de saúde apresente um plano operacional detalhado de implantação e os custos estimativos do mesmo.

Após análise técnica das propostas apresentadas, o Secretário da Saúde delibera sobre a escolha do gestor do novo hospital.

## **A RELAÇÃO ENTRE O PODER PÚBLICO E SEUS PARCEIROS**

A parceria que se estabelece entre o poder público e uma instituição da área privada, para o gerenciamento de um serviço de saúde, traz consigo uma série de desafios, que tanto o “comprador” (o poder público) quanto o prestador dos serviços (o parceiro privado) deverão enfrentar.

### **SOBRE O COMPRADOR DE SERVIÇOS**

Melhorar a eficiência na alocação de recursos requer, por parte do comprador, uma certa capacitação técnica:

- para conhecer as necessidades de saúde, a população e avaliá-las;
- para dispor de um modelo de contrato e de forma de pagamento do contrato que incentive os procedimentos eficientes e adequados às necessidades;

- para criar sistemas de informações confiáveis que permitam acompanhar o comportamento dos prestadores, os fluxos de pacientes, o custo e a utilização dos serviços, grupos demográficos e de risco;
- separar funções, o que requer profundas mudanças administrativas e organizativas para o financiador/comprador;
- diminuir elementos de rigidez que caracterizam as culturas burocráticas;
- implantar mudanças organizativas que adaptem as estruturas administrativas à nova situação e que garantam o desenvolvimento das diferentes funções, especialmente da função de compra;
- valorizar as características da estrutura organizativa adotada pelo financiador/comprador, que é de importância capital e deve permitir uma separação efetiva e real de funções.

## **SOBRE OS PROVEDORES/PRESTADORES**

A separação de funções implica uma série de mudanças de grande importância. Para isso, os provedores/prestadores deverão:

- adaptar-se organizativa e funcionalmente a um novo cenário e deverão responder a novas dinâmicas e a diferentes incentivos financeiros;
- melhorar sua eficiência na produção de serviços para continuarem financeiramente viáveis;
- dispor de autonomia real na gestão e responder aos requerimentos do comprador em termos de eficiência, qualidade, adequação da oferta de serviços e satisfação dos cidadãos;
- desenvolver políticas de incentivos e de participação dos profissionais;
- conhecer as características, o custo e a qualidade dos serviços que prestam como instrumentos de apoio à tomada de decisão e de melhoria da capacidade de gestão.



Essa nova forma de gestão, que tem no Contrato de Gestão sua principal estratégia e instrumento de relação, possibilita:

- delimitar e separar as responsabilidades daquele que define os recursos e os níveis de cobertura de assistência, daqueles que gerenciam os hospitais e estabelecimentos de saúde, possibilitando que os serviços cheguem à população;
- poder aplicar, por parte do comprador, as prioridades da política de saúde e poder aumentar a eficiência do prestador;
- descentralizar a gestão, de forma que os prestadores/provedores possam centrar-se na produção eficiente dos serviços determinados pelo comprador;
- incrementar através dos critérios de alocação de recursos, a produção eficiente de serviços, a eficiência global do sistema e melhorar a saúde da população;
- melhorar e assegurar a equidade na prestação de serviços à população;
- dispor de mecanismos que permitam uma visão integral do sistema e avançar no conceito de coordenação e integração entre recursos e equipamentos assistenciais.

### **O CONTRATO DE GESTÃO**

A Lei Complementar n. 846 de 1998, que dispõe sobre as organizações sociais de saúde, em sua Seção III, artigo 6º, define o Contrato de Gestão como o instrumento de relação que regula a parceria entre o Estado e aquelas entidades.

O primeiro Contrato de Gestão definido pela Secretaria da Saúde em 1998 vigorou até dezembro de 2000 e sua elaboração atendeu às exigências da LC n. 846/98, definindo metas de produção e a forma de financiamento dos hospitais sob essa forma de gestão.

Paralelamente aos Contratos de Gestão, as OSS eram também signatárias do convênio SUS padrão.

Os primeiros dezoito meses de funcionamento dos hospitais sob Contrato de Gestão permitiram à SES dispor de informação básica sobre o volume de atividades realizado pelos hospitais e sobre o volume de recursos despendidos com a contratação de cada um deles e do conjunto de hospitais. Além disso, estavam disponíveis também os indicadores clássicos de produtividade hospitalar (permanência média, taxa de

ocupação, número de saídas, atividade e procedimentos ambulatoriais e de urgência/emergência) e as informações extraídas do SIH/SUS referentes à atividade de internação realizada (diagnóstico principal e procedimentos faturados).

Uma das principais e mais importantes constatações foi que o mecanismo de financiamento dos hospitais sob Contrato de Gestão – que previa, como fontes de receita o faturamento mensal do hospital (SIA e SIH), um aporte mensal por parte da SES correspondente a 50% do valor faturado pela unidade e a possibilidade de um aporte de recursos de custeio, caso ocorresse o desequilíbrio mensal entre receitas *versus* despesas – não contemplava adequadamente a necessidade da SES, enquanto “compradora” dos serviços, de poder planejar antecipadamente e, em última instância, controlar o dispêndio dos recursos financeiros.

A importância da qualidade dos registros efetuados pelos hospitais e a conseqüente qualidade das informações por eles fornecidas demonstraram, também, desde o início, ser um dos pontos fundamentais para o sucesso do contrato enquanto instrumento de relação com os parceiros.

Deveria, portanto, haver uma evolução dos mecanismos de financiamento e de contratação, que permitisse à Secretaria prever o orçamento necessário e suficiente para garantir o funcionamento de cada hospital, assim como estabelecer o volume e o tipo de atividade assistencial que cada um deveria desenvolver.

Foi estabelecido que o novo Contrato de Gestão a ser proposto deveria manter o sistema de informação e faturamento (SIA e SIH), tanto por exigência legal como para otimizar os instrumentos e o sistema já existente, não se originando cargas de trabalho e custos adicionais aos hospitais e à SES.

Simultaneamente, havia também o consenso de que um novo Contrato de Gestão deveria ser um instrumento de relação não-exclusivo das OSS (que até então eram os parceiros existentes), que fosse definido e que se caracterizasse como uma estratégia e uma ferramenta para o estabelecimento de parcerias com outros tipos de instituição.

Durante o ano 2000, os profissionais da Secretaria, que tratavam das questões ligadas aos Contratos de Gestão com as OSS, estavam conscientes de que a progressividade das ações deveria permitir que houvesse um processo brando das mudanças e dos instrumentos para, dessa forma, adaptá-los à realidade. Não se tratava de definir um

modelo “fechado” de contratação final, mas que fosse aberto aos aperfeiçoamentos que se fizessem necessários. Durante o processo de trabalho que culminou com a adoção do Contrato de Gestão a partir de 2001, foi constatado, sobretudo, tanto o aprendizado do conjunto da organização como o impacto em termos de resultados de melhorias de serviços e da saúde. Cabe destacar que o melhor modelo de contratação de serviços de saúde, não o ótimo, será aquele que responda aos principais objetivos e metas da Secretaria e de cada um dos hospitais em particular, dada sua localização geográfica que aponta diferentes necessidades loco/regionais.

## **METODOLOGIA E ATIVIDADES DESENVOLVIDAS**

Para realizar o processo de trabalho visando à elaboração e à implantação de um novo Contrato de Gestão, foram agrupadas as análises de diferentes fontes de informações (convênios e Contratos de Gestão, registros de acompanhamento de atividades, registros econômicos da Secretaria, e registros dos próprios centros de atendimento hospitalar), com diferentes entrevistas com responsáveis e participantes-chave, tanto da Secretaria Estadual da Saúde (SES) como das Organizações Sociais de Saúde (OSS). Por sua vez, foram feitas visitas *in loco* nos hospitais e realizados seminários de capacitação sobre aspectos conceituais, organizacionais e instrumentais do processo de contratação e dos resultados parciais provenientes da análise de informações.

Todas essas atividades e o trabalho conjunto com os profissionais dos níveis locais (Núcleos de Saúde da Capital) e regionais (Direções Regionais de Saúde) permitiram que se estabelecesse um marco de trabalho estável, com objetivos claros definidos em consenso, e que se desenvolvessem os instrumentos previstos para a correta operacionalização das atividades previstas.

A seguir, descreveremos as ações realizadas e os resultados obtidos.

### **SISTEMA DE INFORMAÇÕES ECONÔMICO-FINANCEIRAS**

Analisou-se a informação disponível na Secretaria Estadual da Saúde sobre os dados econômico-financeiros que os hospitais enviavam periodicamente, tanto os coletados através de planilhas definidas pela Secretaria da Saúde, como os remetidos pelos hospitais para os pagamentos previstos pelo contrato estabelecido: 50% adicional ao faturamento do SUS e subvenção por conta dos resultados.

Sobre essa base se manteve contato com alguns responsáveis dos hospitais para conhecer seus sistemas de contabilidade e coleta de dados.

Durante toda essa análise, comprovou-se a heterogeneidade dos registros de informações dos diferentes hospitais e a impossibilidade, em curto prazo, de promover um único sistema de informações válido e seguro para sua aplicação imediata.

A premência de se dispor de informação histórica, mesmo que essa fosse heterogênea em seus registros, nos levou a desenhar e implementar um quadro de controle provisório, tomando-se como base as informações disponíveis na Secretaria da Saúde. Este painel de comando informatizado permitiu que nós dispuséssemos as séries históricas para cada um dos itens de gastos e de fontes de financiamento.

Simultaneamente, permitiu que dispuséssemos de indicadores econômico-financeiros de cada um dos hospitais sob o Contrato de Gestão e que realizássemos uma análise comparativa desses indicadores, considerados os hospitais com as limitações próprias impostas pela qualidade das informações de base.

Essas informações foram utilizadas para o cálculo do orçamento orientador global de cada um dos hospitais para o ano de 2001, em conjunto com os outros dados disponíveis.

## **SISTEMA DE INFORMAÇÕES DE SAÚDE E DE ATIVIDADES**

Analisaram-se as diferentes fontes de informações de que dispunha a Secretaria Estadual da Saúde, assim como os registros utilizados por alguns dos hospitais para sua gestão interna. Foi analisado com mais profundidade o sistema de informações/faturamento do SUS, particularmente o SIH (Sistema de Informações Hospitalares).

Nessa análise, igualmente ao que foi comentado acerca dos dados econômico-financeiros, observou-se uma grande heterogeneidade no registro e codificação dos dados.

Foi avaliada a possibilidade de se introduzir um novo sistema de codificação internacional de doenças e procedimentos (CID 9, Modificação Clínica) para se obter dados internacionalmente comparáveis e informações distribuídas em grupos homogêneos que tornariam possível a comparação entre hospitais e que

possibilitariam o conhecimento da complexidade real da composição de pacientes atendidos por cada um dos hospitais.

A introdução desse sistema implicaria muito esforço por parte de todos os profissionais do sistema e, possivelmente, uns dois anos de implementação, momento esse em que apareceria a Modificação Clínica do CID-10, utilizada pelo SUS, e lentamente os padrões internacionais adotariam esse modelo.

A análise do SIH e sua utilização revelou alguns pontos interessantes:

- o SIH é basicamente um bom sistema de informações de saúde, aperfeiçoável, mas os seus principais defeitos são provenientes de sua utilização como instrumento de faturamento;
- nesse mesmo sentido, o limite máximo de atividade para cada uma das clínicas e a “pontuação” média imposta pelo SUS podem implicar a realização ou a cobrança de atividades nem sempre relevantes ou necessárias para a população atendida e, ao mesmo tempo, podem desestimular a prática de outros procedimentos requeridos;
- a grande maioria dos participantes do sistema (hospitais, unidades regionais e Serviços Centrais da Secretaria Estadual da Saúde) não utiliza a análise do SIH como elemento de gestão e planejamento;
- de sua análise estatística, é possível obter: a maioria dos indicadores de gestão/produção, a composição de internações, além de uma série de indicadores que nos possibilitam nos aproximar do grau de eficiência e complexidade dos hospitais.

Em vista desses fatores, decidiu-se pela utilização do SIH como Sistema de Informações de referência (não de faturamento), melhorando-o quanto a:

- aumentar a qualidade da codificação;
- aumentar o número de diagnósticos secundários codificados;
- eliminar efeitos nocivos derivados de sua utilização para o faturamento: altas administrativas, altas por reoperações etc.;
- melhorar a qualidade de alguns dados, como o domicílio do paciente;
- avaliar a possibilidade de se introduzir algum campo novo no conjunto de dados.

Esses tópicos foram discutidos oportunamente com os diferentes hospitais, e alguns deles foram incluídos nos indicadores de qualidade do novo Contrato de Gestão.

O processo de trabalho acima descrito trouxe como resultados:

**Um novo contrato, único**, assinado com todas e com cada uma das OSS que estão gerenciando hospitais da SES.

**Um novo sistema de pagamento** vinculado à atividade (produção) por grandes linhas de produto e a indicadores relacionados com qualidade, organização, eficiência e complexidade dos serviços.

**Um orçamento econômico “fechado” para cada um dos hospitais**, decidido de comum acordo com a estrutura diretiva do hospital e os níveis territoriais, independente do sistema de financiamento do SUS.

**Um novo processo de faturamento mensal**, previsível e fácil de ser auditado.

**Uma atividade pactuada e consensual com cada um dos hospitais**, independente do limite máximo de atividade, dos produtos intermediários e do valor da AIH média de hospitais de perfil assistencial assemelhado.

**Uma nova forma de tratar a informação da AIH**, que permita a comparação entre os hospitais quanto à eficiência e complexidade, e nos ofereça um novo quadro de controle de saúde e de atividades. A AIH é hierarquizada como sistema de informação em relação à função de faturamento, mesmo que se mantenha a sua produção.

**Um novo quadro de controle econômico-financeiro** mais simples que o existente, com homogeneização da terminologia e dos registros.

**Uma Comissão de Acompanhamento e Monitoramento para cada um dos hospitais**, composta por profissionais do hospital, serviços regionais e serviços centrais, que tem, entre outras, a responsabilidade de realizar a avaliação trimestral dos conteúdos dos contratos.

**A criação de uma instância na SES** (uma Coordenadoria), responsável pela **Contratação de Serviços de Saúde** e a definição de funções para seu desenvolvimento.

## O CONTRATO DE GESTÃO A PARTIR DE 2001

Se bem que todos os itens anteriores constituam a base do processo de contratação ou compra de serviços, nesta seção vamos enfatizar as ações e os instrumentos específicos desse processo.

A situação vigente até dezembro de 2000, de forma resumida, nos apresentava um cenário com:

- dois contratos ou convênios assinados com a SES: o Contrato de Gestão e o convênio SUS;
- **duas fontes de financiamento:** recursos SUS (prestação de serviços) e recursos originários da SES (correção de desequilíbrio econômico-financeiro);
- três formas de pagamento: SUS;
- 50% adicional ao pagamento do SUS; e
- cláusula de desequilíbrio econômico.
- **Produção:** metas semelhantes para todos os hospitais.

O novo Contrato foi então elaborado, com as seguintes diretrizes: Unificar os pontos acima elencados em um só item, para que tanto o contrato, como o financiamento e a forma de pagamento fossem únicos, na medida em que o aspecto jurídico-legal assim o permita.

Segundo essas premissas, foi elaborado o modelo de contrato, discutindo-se as diferentes opções para cada uma das cláusulas com diferentes profissionais da Secretaria Estadual da Saúde.

Finalmente, o resultado obtido apresenta as seguintes características:

- une os marcos legais de ambos os contratos em um único corpo;
- prescinde (para o momento) das fontes de financiamento e “amarra” o orçamento de cada um dos hospitais, definindo uma determinada atividade que deve conformar-se com o mesmo;
- define a relação de serviços, a atividade a ser comprada e a forma de pagamento como anexos, para permitir uma maior agilidade nos anos posteriores e evitar modificações freqüentes no corpo central do contrato.

Esse modelo de contrato foi apresentado e discutido com as autoridades máximas da Secretaria Estadual da Saúde e analisado pela Consultoria Jurídica da Pasta.

## **OS SERVIÇOS E O SISTEMA DE PAGAMENTO**

Ficou acordado que a relação de serviços seria definida de acordo com a oferta de serviços que já vinha sendo prestada pelos hospitais. A incorporação de novas especialidades ficou limitada à aprovação de cada um dos projetos por parte da Secretaria Estadual da Saúde.

O Sistema de pagamento desenhado apresenta as seguintes características:

Deixa de lado a lógica das “tabelas SUS” para passar, neste primeiro ano, a um sistema mais simples baseado na produção de altas pelas principais áreas de atuação: Obstetrícia, Clínica Médica, Cirurgia, Pediatria e Psiquiatria no caso de internação; e Consultas, Urgências e SADT para pacientes externos, no caso de ambulatório.

Fica acordado entre a Secretaria Estadual da Saúde e os hospitais uma determinada atividade por um orçamento determinado. Variações de mais ou menos 10% por linha de ação não modificam o orçamento. Se as variações forem superiores, existe uma fórmula de cálculo que prevê variações orçamentárias, para mais ou para menos, contemplando principalmente a repercussão dessa variação nos custos fixos.

Os dois itens anteriores fazem referência à parte “fixa” do orçamento, que constitui 90% do total. Os 10% restantes são variáveis, dependendo da consecução de objetivos de organização, qualidade e eficiência.

A parte fixa é paga em doze cotas fixas mensais, atreladas ao volume de produção realizada, enquanto que a parte variável é paga trimestralmente em função da consecução de objetivos avaliada, também trimestralmente, pela Comissão de Acompanhamento.

Os orçamentos de investimentos e novas ações são avaliados e, se procedem, aprovados, independentemente desse orçamento/pagamento de atividades.

## **COMISSÃO DE ACOMPANHAMENTO E MONITORAMENTO**

Para acompanhar todo este processo e o novo contrato de Gestão, foi definida uma Comissão de Acompanhamento e Monitoramento do contrato que realiza as avaliações trimestrais dos objetivos da parte variável e, semestralmente, analisa a consecução da atividade da parte “fixa”.

Seu funcionamento, composição e atividades estão definidos em Resolução do Secretário da Saúde.



## PROCESSO DE CONTRATAÇÃO

Em resumo, o processo de contratação constou das seguintes etapas:

Elaboração, por parte da Secretaria Estadual da Saúde (serviços centrais e territoriais), de um planejamento dos serviços a serem oferecidos pelos hospitais e de um orçamento para financiar as atividades do ano de 2001, isso permitiu que se tivesse uma previsão orçamentária e, ao mesmo tempo, constituiu a base de negociação da Secretaria.

Elaboração dos orçamentos econômico e financeiro e de atividades por parte dos hospitais, como bases de negociação.

Negociação dos orçamentos.

Acordo ou término da negociação.

Trâmite administrativo.

Assinatura dos contratos.

O quadro sinóptico da próxima página resume as principais alterações evolutivas do Contrato de Gestão.

Um aspecto relevante do Contrato instituído diz respeito à parte variável do orçamento, que corresponde a 10% do total orçamentado para cada hospital, que está relacionada ao cumprimento ou não de critérios de qualidade, mensurados através da análise de indicadores. O recurso correspondente a esses indicadores é de grande valia para os serviços, sendo repassados mensalmente. A cada três meses, na dependência da análise do desempenho e dos resultados obtidos pelo hospital, pode ocorrer o desconto de uma parcela financeira, correspondente às metas não atingidas, obedecendo às regras do sistema de pagamento preestabelecido.

Essa análise é realizada pela já referida Comissão de Acompanhamento, grupo formado por membros do hospital e da Secretaria da Saúde, que tem a incumbência de avaliar ou não o repasse trimestral.

Ainda quanto ao monitoramento e avaliação dos contratos, pressupõe-se novas responsabilidades, tanto para o financiador como para o contratador de serviços, porque:

O monitoramento dos contratos não é um fim em si mesmo e, portanto, deve ser considerado como parte de um processo mais amplo de direcionamento de um contrato, que inclui a identificação e valoração de problemas, a discussão e negociação com os prestadores e a tomada de decisões sobre as medidas que devem ser implementadas;

É preciso monitorar e avaliar os contratos periodicamente para assegurar que os serviços estão sendo prestados de forma satisfatória e que se avança nos objetivos previamente acordados;

O nível mais adequado para realizar o monitoramento é aquele mais próximo do funcionamento dos serviços.

## EVOLUÇÃO DO CONTRATO DE GESTÃO

<b>CONTRATO DE GESTÃO 1998/2000</b>	<b>CONTRATO DE GESTÃO APÓS 2001</b>
<p>Dois instrumentos de relação :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Convênio SUS</li> <li>• Contrato de Gestão</li> </ul>	<p>Um único instrumento de relação:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• CONTRATO DE GESTÃO</li> </ul>
<p>Duas fontes de receitas:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• faturamento SIA / SIH</li> <li>• repasses SES</li> </ul>	<p>Uma única fonte de receita:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• CONTRATO DE GESTÃO</li> </ul>
<p>Forma de financiamento:</p> <p>Primeiro ano</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Repasses SES + faturamento SUS + desequilíbrio financeiro</li> </ul> <p>Segundo ano em diante</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Faturamento SUS + 50%faturamento +</li> <li>• desequilíbrio financeiro</li> </ul>	<p>Forma de financiamento:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Orçamento de custeio prefixado</li> <li>• Orçamento de investimento analisado para cada atividade e/ou serviço proposto</li> </ul>
<p>Atividade/produção de cada hospital</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Discutidas com os níveis locais/regionais e central, mais por necessidades urgentes do que de forma programada ••</li> <li>• Metas de produção semelhantes para todos os hospitais •</li> </ul>	<p>Atividade/produção de cada hospital</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pactuada e consensuada entre os níveis locais, regionais e central</li> <li>• Quantificação prévia, específica para cada hospital</li> <li>• Orçamento de atividades atrelado ao orçamento econômico-financeiro</li> </ul>

<p>Forma de pagamento</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mensal, mediante apresentação de demonstrativo de despesas</li> </ul>	<p>Forma de pagamento</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 90% do orçamento em doze parcelas mensais de valor fixo</li> <li>• 10% do orçamento vinculado ao alcance de indicadores de qualidade</li> </ul>
<p>AIH (SIH) e BPA (SIA)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• utilizados apenas como registros para fins de faturamento ao SUS •</li> </ul>	<p>AIH (SIH) e BPA (SIA)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• utilizados como fonte de informações da atividade pactuada e para análise dos indicadores</li> </ul>
<p>Planilhas econômico-financeiras</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• utilizadas como instrumento de comprovação do desequilíbrio financeiro •</li> <li>• conceituação não-padronizada para o preenchimento •</li> </ul>	<p>Planilhas econômico-financeiras</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• utilizadas como instrumentos de acompanhamento da execução do orçamento pactuado previamente</li> <li>• conceituação padronizada para o preenchimento</li> </ul>
<p>Envio das informações à SES</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• em disquetes</li> <li>• em papel</li> </ul>	<p>Envio Das Informações À SES</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Em Disquetes (SIA E SIH)</li> <li>• Via <i>web</i></li> </ul>

<p>Controle e Avaliação</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• realizado através de instrumento desvinculado do Contrato de Gestão •</li> <li>• conceitos divergentes na apresentação dos dados •</li> <li>• diversos interlocutores –comunicação decorrente de situações de demanda, de modo relativamente sistematizado •</li> </ul>	<p>Controle e Avaliação</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• realizado através de instrumentos instituídos pelo Contrato de Gestão</li> <li>• conceitos padronizados para a apresentação dos dados</li> <li>• interlocutores definidos com atribuições e funções específicas</li> <li>• instituição da Comissão de Acompanhamento para cada hospital</li> <li>• implantação de um Sistema de Custos Hospitalares padronizado</li> </ul>
--	---

## SISTEMAS DE INFORMAÇÃO

Um dos instrumentos básicos, para que o financiador/comprador de serviços de saúde possa desenvolver adequadamente suas funções, é o sistema de informações de que se utiliza.

São conhecidas as dificuldades para se obter informações confiáveis, adequadas às finalidades e integradas.

O papel da informação de boa qualidade, informação essa que possa ser obtida através da coleta de dados sistematizada e informatizada (o que evita a duplicidade de registros e, conseqüentemente a ocorrência de erros), a consolidação dessa informação e a produção de relatórios gerenciais que sirvam de instrumento para a tomada de decisões, desde o primeiro momento mostrou-se como a condição *sine qua non* para o desenvolvimento da nova forma de gestão de serviços de saúde aqui relatada.

Para obtenção das informações específicas das atividades assistenciais desenvolvidas e da movimentação econômico-financeira dos hospitais, a relação contratual resultou na implantação de um sistema via *web* e de um Sistema de Custos Hospitalares, os quais, além de permitirem o acompanhamento, controle e avaliação dos contratos vigentes, permitem, a cada ano, aprimorar o processo de contratação dos anos posteriores e intensificar a acurácia dos dados, sejam esses técnicos ou administrativos.

Durante o ano de 2002, foi desenvolvido um estudo de definição do grau de complexidade dos serviços da área de internação dos hospitais sob Contrato de Gestão. Esse estudo utiliza uma metodologia de avaliação das saídas hospitalares pela atribuição da pontuação dos GRD (Grupos de Diagnósticos Relacionados), permitindo a análise da complexidade clínica e da complexidade cirúrgica de cada serviço. A utilização de uma metodologia adotada e reconhecida mundialmente permitirá, em curto prazo de tempo, a comparação dos resultados obtidos com aqueles estabelecidos pelos padrões internacionais, mesmo se considerarmos as diferentes casuísticas atendidas no Brasil, na Europa ou nos Estados Unidos.

Especificamente para o processo evolutivo de aprimoramento do Contrato de Gestão ora utilizado, o estabelecimento do nível de complexidade de cada serviço será muito útil na definição dos orçamentos vindouros, permitindo, cada vez mais, que cada hospital tenha seu orçamento ajustado às suas características individuais.

### **DADOS DE PRODUÇÃO**

Os dados obtidos permitem avaliar que a experiência desenvolvida, pela Secretaria da Saúde com os provedores de serviços de saúde mediante Contrato de Gestão, tem-se mostrado satisfatória no que tange aos serviços prestados, a sua qualidade e à adequada aplicação dos recursos públicos repassados àquelas instituições.

O volume de atividades, tanto na área de internação quanto na área ambulatorial e de atendimento às urgências e emergências, cresceu no período de 1999 a 2003, num ritmo acentuadamente mais intenso do que aquele apresentado por hospitais de porte semelhante da administração direta do Estado.

O Anexo I relaciona os dados de produção no período 2000/2003 dos hospitais sob Contrato de Gestão, em atuação naquele período. Esses dados têm como fonte os relatórios mensais produzidos pelos hospitais.

### **COMENTÁRIOS FINAIS**

A Secretaria da Saúde, diante da exitosa experiência que pôde desenvolver nos últimos anos, inicialmente com as Organizações Sociais de Saúde como provedores de serviços públicos e da instituição do Contrato de Gestão como instrumento de relacionamento entre o financiador/comprador e o provedor de serviços, a partir de 2003, estendeu esse processo de trabalho para sete hospitais públicos da administração direta do Estado, pretendendo incorporá-los sob a mesma óptica, conforme descrito anteriormente.

Foi estabelecido um Termo de Compromisso para a incorporação da lógica da separação de funções, adaptando-se inicialmente o instrumento de relacionamento às peculiaridades da administração, a qual, embora não permita a flexibilidade de gestão existente no setor privado, possibilita, respeitada a legislação vigente, introduzir gradativamente a vinculação entre a atividade prestada e incentivos de gestão, ampliando a sua autonomia, com vistas à sua maior produtividade, eficiência e qualidade dos serviços prestados.

A experiência da separação das funções de comprador das de prestação de serviços e a introdução do contrato como instrumento para torná-la efetiva leva a um conjunto de elementos de reflexão.

Supõe-se que a separação das funções de compra e de provisão de serviços deva ser colocada como uma tarefa de fundamental importância para os sistemas públicos e para o conjunto de atores que neles atuam, visando a sua modernização.

#### **PARA O FINANCIADOR/COMPRADOR:**

Requer a adoção de profundas estratégias de mudança e de modernização em sua estrutura administrativa, para assumir suas novas funções.

A função de compra tem de estar a serviço das estratégias de política sanitária estabelecidas. A função de compra de serviços de saúde não é um instrumento, nem uma estratégia isolada a ser levada a cabo, ela requer um contexto de prioridades em políticas de saúde, de orientação dos serviços sanitários e o desenvolvimento de um conjunto de instrumentos que aperfeiçoem os critérios de alocação de recursos de forma mais eficiente, os sistemas de pagamento, os sistemas de informação e um modelo de contrato dinâmico e evolutivo, a serviços dos objetivos do sistema de saúde.

#### **PARA O PRESTADOR/PROVEDOR DE SERVIÇOS:**

Supõe a adoção de estratégias de flexibilização organizativas e de gerência.

Requer uma adaptação contínua de sua produção de serviços em relação aos requerimentos do contrato e a manutenção de sua estabilidade financeira.

Os prestadores necessitam de informações sobre o custo e a qualidade dos serviços que prestam para o recebimento de novos incentivos financeiros.

#### **PARA O COMPRADOR E O PRESTADOR:**

É necessário que se estabeleça um processo de negociação e transparência.

É preciso dispor de estruturas de compra de serviços altamente capacitadas, operativas e organizadas de forma que o processo de compra de serviços traga um valor agregado e não se burocratize.

A eficácia e eficiência da contratação de serviços de saúde dependerá, em grande medida, do tipo de contrato que se utilize e do contexto organizativo em que se movam os compradores e prestadores.

Em geral, a contratação de serviços de saúde nos sistemas de saúde públicos melhora a produtividade, a inovação e a qualidade. Porém, esses resultados estão relacionados com as mudanças que afetam a gestão, a descentralização, a disponibilidade de informação e a relação entre prioridades e alocação de recursos.

A separação de funções e, concretamente, o desenvolvimento da função de compra



são uma mudança profunda, completa e evolutiva. Partindo de fórmulas de compra de serviços adaptadas à realidade e factíveis, é necessário evoluir para fórmulas mais elaboradas de contratação, que permitam conhecer a natureza dos produtos da atenção à saúde e, em última instância, dos resultados em termos de saúde.

## DADOS DE PRODUÇÃO DOS HOSPITAIS SOB CONTRATO DE GESTÃO

