

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ARTES, CIÊNCIAS E HUMANIDADES
BACHARELADO EM GESTÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS

Hospitais gerenciados por Organizações Sociais de Saúde e Administração
Direta: *Um estudo comparativo*

Amanda Alves Tibério

Orientadora: Profa. Dra. Flávia Mori Sarti

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado
ao bacharelado em Gestão de Políticas
Públicas da Escola de Artes, Ciências e
Humanidades da Universidade de São Paulo.

São Paulo
2008

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ARTES, CIÊNCIAS E HUMANIDADES
BACHARELADO EM GESTÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS

Hospitais gerenciados por Organizações Sociais de Saúde e Administração

Direta: *Um estudo comparativo*

Amanda Alves Tibério

Orientadora: Profa.Dra.Flávia Mori Sarti

São Paulo

2008

Avaliação do Trabalho de Conclusão de Curso

Título: **Hospitais gerenciados por Organizações Sociais de Saúde e Administração**

Direta: *Um estudo Comparativo*

Autor: Amanda Alves Tibério

Ano: 2008

Profª.Dra.Flávia Mori Sarti
Orientadora

Nota:

Prof.Dr.Fernando de Souza Coelho
Participante da Banca de Avaliação

Nota:

Dedicatórias e Agradecimentos

Algumas pessoas foram fundamentais para que eu pudesse chegar até esta realização. Agradeço a todas que me incentivaram nestes quatro anos de aprendizado junto a Universidade de São Paulo e que não me deixaram desistir me fazendo acreditar sempre que sou capaz e caminho no rumo certo.

Dedico o encerramento de mais esta fase de minha vida a minha mãe e ao Belo que passaram estes anos me apoiando nos momentos mais delicados e confusos, e principalmente, a companhia mais do que especial em muitas madrugadas de meus animais de estimação, que por diversas vezes me inspiraram e me descontraíram.

Aos professores que ajudaram na minha formação e em especial a Professora Doutora Cristiane Kerches da Silva Leite que me orientou na decisão do tema deste projeto e a Professora Doutora Flávia Mori Sarti que me conduziu ao longo deste ano de 2008, dispondo de seu tempo, dedicação e muita paciência.

Aos amigos e companheiros ficará a saudade dos momentos vividos em todo este período de crescimento pessoal e a esperança de em breve, nos caminhos desta vida, encontrá-los profissionalmente para provar a sociedade à capacidade e o talento dos novos Gestores Políticas Públicas.

SUMÁRIO

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO.....	1
ÍNDICE DE TABELAS.....	5
<u>1.INTRODUÇÃO.....</u>	<u>7</u>
<u>2.HIPÓTESE.....</u>	<u>10</u>
<u>3.OBJETIVO.....</u>	<u>11</u>
<u>3.1.OBJETIVO ESPECÍFICO.....</u>	<u>11</u>
<u>4.CONTEXTUALIZAÇÃO HISTÓRICA.....</u>	<u>13</u>
<u>4.1.A SAÚDE NO ESTADO DE SÃO PAULO.....</u>	<u>13</u>
<u>4.2.CRISE FISCAL.....</u>	<u>14</u>
<u>4.3.REFORMA DO ESTADO.....</u>	<u>15</u>
<u>5.NOVS PARADIGMAS DA ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA.....</u>	<u>19</u>
<u>5.1.ORGANIZAÇÕES SOCIAIS.....</u>	<u>19</u>
<u>5.2.CONTRATO DE GESTÃO.....</u>	<u>20</u>
<u>6.METODOLOGIA.....</u>	<u>24</u>
<u>7.RESULTADOS.....</u>	<u>26</u>
<u>8.CONCLUSÃO.....</u>	<u>32</u>
<u>9.BIBLIOGRAFIA.....</u>	<u>37</u>

ÍNDICE DE TABELAS

TABELA 1. LEITOS TOTAIS POR HOSPITAL, SEGUNDO TIPO DE ADMINISTRAÇÃO DA INSTITUIÇÃO NO ESTADO DE SÃO PAULO. SÃO PAULO, 2006-2007.....	26
TABELA 2. EQUIPAMENTOS POR HOSPITAL, SEGUNDO TIPO DE ADMINISTRAÇÃO DA INSTITUIÇÃO NO ESTADO DE SÃO PAULO. SÃO PAULO, 2006-2007.....	27
TABELA 3. EQUIPAMENTO POR LEITOS, SEGUNDO TIPO DE ADMINISTRAÇÃO DA INSTITUIÇÃO NO ESTADO DE SÃO PAULO. SÃO PAULO, 2006-2007.....	27
TABELA 4. RECURSOS HUMANOS POR HOSPITAL, SEGUNDO TIPO DE ADMINISTRAÇÃO DA INSTITUIÇÃO NO ESTADO DE SÃO PAULO. SÃO PAULO, 2006-2007.....	28
TABELA 5. RECURSOS HUMANOS POR LEITOS, SEGUNDO TIPO DE ADMINISTRAÇÃO DA INSTITUIÇÃO NO ESTADO DE SÃO PAULO. SÃO PAULO, 2006-2007.....	28
TABELA 6. INTERNAÇÕES, SEGUNDO TIPO DE ADMINISTRAÇÃO DA INSTITUIÇÃO NO ESTADO DE SÃO PAULO. SÃO PAULO, 2006-2007.....	29
TABELA 7. MÉDIA DE PERMANÊNCIA EM DIAS, SEGUNDO TIPO DE ADMINISTRAÇÃO DA INSTITUIÇÃO NO ESTADO DE SÃO PAULO. SÃO PAULO, 2006-2007.....	30
TABELA 8. VALOR MÉDIO EM REAIS POR INTERNAÇÃO, SEGUNDO TIPO DE ADMINISTRAÇÃO DA INSTITUIÇÃO NO ESTADO DE SÃO PAULO.	30
SÃO PAULO, 2006-2007.....	30
TABELA 9. CUSTO MÉDIO EM REAIS POR DIA DE INTERNAÇÃO, SEGUNDO TIPO DE ADMINISTRAÇÃO DA INSTITUIÇÃO NO ESTADO DE SÃO PAULO. ..	31
SÃO PAULO, 2006-2007.....	31

Amanda Alves Tibério. Hospitais gerenciados por Organizações Sociais de Saúde e Administração Direta: *Um estudo comparativo de indicadores*. São Paulo, 2008.

A partir da década de 1990, em face a um cenário de limitações de recursos por parte do Estado para promoção e financiamento de diversos serviços essenciais à população, novas formas de administração pública começam a ser implementadas, sendo a principal a delegação às Organizações Sociais de Saúde, através do Contrato de Gestão, da administração de hospitais públicos do Estado de São Paulo. O trabalho contextualiza historicamente o sistema de saúde no estado, as novas práticas administrativas adotadas pelo governo analisando posteriormente, os resultados obtidos através de hospitais gerenciados pela Administração Direta em comparação com os resultados das Organizações Sociais de Saúde, trazendo uma reflexão quanto aos resultados que justifiquem o novo modelo gerencial e, indicando, ainda, possíveis deficiências do mesmo.

1. INTRODUÇÃO

O trabalho tratará a questão da expansão da rede hospitalar do Estado de São Paulo a partir da década de 1990, abordando o modelo gerencial adotado pelo governo, sendo um novo paradigma de administração pública discutido e apresentado pela Reforma do Estado.

O instrumento adotado estabeleceu um novo formato de administração indireta de equipamentos e serviços públicos, a delegação às Organizações Sociais de Saúde (OSS) através do Contrato de Gestão da função administrativa de novos hospitais públicos do Estado de São Paulo.

Foi contextualizado o cenário que precedeu à adoção do referido modelo, explicando-se quais os preceitos que deram origem às Organizações Sociais e ao mecanismo de controle da qualidade e serviços prestados por parte do governo. No entanto, o objetivo central desta análise é apresentar um estudo comparativo entre os modelos de administração de hospitais públicos, sendo categorizados entre instituições da Administração Direta e Administração Indireta através das Organizações Sociais de Saúde.

A escolha do tema é justificado pela utilização do novo modelo de administração indireta, com base em discussões sobre a falta de condições do governo em arcar com responsabilidades referentes a recursos humanos dos novos hospitais, sem que o gasto excedesse o percentual máximo indicado por lei (70% da arrecadação com folha de pagamento dos servidores públicos no âmbito da esfera estadual).

“Os argumentos em defesa das OS são fortemente embasados na crítica administrativa ao modelo burocrático de funcionamento do aparelho estatal, o qual resulta em ineficiência da administração pública, corporativismo das categorias funcionais, manipulação política por parte dos governos, morosidade nos atos administrativos e constrangimento na efetivação de medidas punitivas por parte das chefias, entre outras” (Carneiro e Elias, 2003: 209).

Junto ao contexto inicialmente apresentado, havia também a argumentação quanto à ineficiência do Estado em relação a necessidade de adaptação e reformulação rápidas dos procedimentos burocráticos e processuais para atendimento das demandas sociais mais variadas, atingindo objetivos como: zelar pelo princípio de equidade de acesso a serviços de saúde, adequar os gastos em períodos de crise fiscal e as novas leis estabelecidas, alcançar maior estabilidade financeira do sistema de saúde e melhorar a qualidade dos serviços, adequando-os às demandas sociais.

“Ainda dentro dos aspectos conceituais, os objetivos destes modelos alternativos de gestão são econômicos, sociais, políticos e gerenciais. No objetivo econômico tem-se a perspectiva de diminuir os déficits, aumentar a capacidade financeira; no social, o que se busca é desenvolver a eficiência dos serviços sociais, aumentar o capital social; as questões da participação e da cidadania encontram-se nos objetivos políticos; além da necessidade de se aumentar à eficácia e efetividade do Estado” (Mansur, 2006:13).

Entretanto, soma-se a este contexto de crise o fato de a sociedade exercer através de movimentos populares constante pressão sobre o governo para ampliação e melhoria da qualidade dos serviços na área de saúde.

O novo modelo criado pelo governo resultou na geração de um instrumento de controle chamado Contrato de Gestão, que não eximiu o Estado de sua responsabilidade pelos resultados alcançados através da delegação de atividades-fim, visto que lhe compete a fiscalização e controle de tais atividades.

Segundo Bresser Pereira (2007), o Estado não precisa desempenhar diretamente todas as atividades essenciais à sociedade, ou seja, é possível *“terceirizar a prestação de serviços para organizações públicas não estatais sem renunciar a suas responsabilidades”* (Bresser Pereira, 2007:10), podendo, portanto, utilizar-se de parcerias e redes que através de financiamento estatal e sem a utilização do servidor público para realizar as atividades-fim demandadas pela sociedade.

A partir do momento em que o Estado possibilitou maior flexibilização no desempenho das atividades administrativas nos hospitais, as Organizações Sociais de Saúde foram capacitadas a aplicar com maior eficiência os recursos, pois adquiriram maior flexibilidade administrativa para melhor adequação de seu corpo técnico e recursos materiais às necessidades e demandas locais. Portanto, a maior autonomia administrativa possibilitou inserir conceitos de mercado na provisão de tais serviços em saúde, como, por exemplo, mecanismos de incentivo aos funcionários para cumprimento de metas qualitativas e quantitativas de serviços, buscando sempre formas mais eficientes de alocação de recursos.

“Temos que construir personalidades jurídicas que garantam a busca da eficiência. Isso significa que a gestão dos recursos, a gestão de pessoas tem que ser uma gestão mais eficiente e isso significa ter maior velocidade, compromisso com resultados, capacidade de avaliação, entre outras características” (Vecina Neto, 2006: 9).

Os dados analisados buscaram comparar os dois modelos de gestão apresentados, indicando quais aspectos contribuem para maior racionalização na utilização dos recursos públicos e propiciando uma revisão das diretrizes normativas que orientam as políticas

públicas de saúde, garantindo, conseqüentemente, um permanente aperfeiçoamento do processo político-administrativo.

O trabalho está estruturado em oito seções, sendo elas: a introdução (que descreve de forma geral o tema abordado e sua justificativa), a hipótese analisada, os objetivos, o contexto histórico sobre as políticas de saúde no Estado de São Paulo, crise fiscal e reforma do Estado, uma seção que aborda os novos paradigmas da administração pública - organizações sociais e contrato de gestão -, metodologia, resultados e conclusões.

2. HIPÓTESE

Diante do quadro econômico de recessão e crise fiscal que o governo do Brasil vinha enfrentado através de ações políticas e discussões de modelos administrativos e econômicos que contribuíssem para amenizar tal crise, o governo federal elaborou o projeto de reforma do Estado, trazendo novos paradigmas para a administração pública a cerca do papel estatal na sociedade.

O governo do Estado de São Paulo, além deste contexto de crise era constantemente pressionado, pelos movimentos sociais organizados em torno da saúde, para que o sistema público oferecesse melhor qualidade nos serviços e conseqüentemente ampliasse a capacidade de atendimento se adequando as demandas. Em resposta aos problemas apresentados o governo de São Paulo adota novas ferramentas de administração pública tratadas na Reforma do Estado.

Desta forma, busca-se verificar a hipótese de que a administração indireta de hospitais públicos através das Organizações Sociais de Saúde pode alcançar melhores resultados do que os obtidos na administração pública direta.

3. OBJETIVO

Diante do cenário político e econômico anteriormente descrito, quando o governo estadual se depara com ausência de capacidade econômica e administrativa suficiente para responder às demandas sociais por ampliação da rede de atendimento à saúde, em regiões periféricas do Estado, e melhoria da qualidade dos serviços públicos de saúde, assim como dado o impedimento fiscal pelo limite estabelecido por lei para comprometimento orçamentário quanto às despesas com funcionalismo público, o governo do Estado de São Paulo elaborou uma nova proposta de administração pública, que parte do princípio da delegação de atividades-fim saúde, originalmente de responsabilidade do Estado, às Organizações Sociais de Saúde.

O presente trabalho tem como objetivo geral apresentar um estudo comparativo entre dois modelos de administração de hospitais públicos: Administração Direta e Administração Indireta através das Organizações Sociais de Saúde.

3.1.OBJETIVO ESPECÍFICO

Para alcançar o objetivo geral proposto de análise comparativa dos dois modelos administrativos – administração direta e Organização Social de Saúde – adotados pelo governo do Estado de São Paulo para o gerenciamento dos hospitais públicos, confrontando ainda, os resultados alcançados para o apontamento de características de cada um dos modelos que podem ser fatores de impactos nos resultados, será necessário o cumprimento dos seguintes objetivos específicos:

- Pesquisa bibliográfica sobre o tema;
- Seleção do conteúdo a ser utilizado;
- Revisão bibliográfica;
- Pesquisa de dados secundários sobre cada um dos modelos tratados;
- Seleção e avaliação da relevância dos dados obtidos para o trabalho;
- Criação de indicadores a partir dos dados secundários;
- Comparação dos indicadores em relação a cada modelo administrativo abordado pelo trabalho;
- Análise dos resultados alcançados e comparação dos mesmos; e

- Conclusão elaborada através da revisão bibliográfica e dos resultados obtidos pelas análises.

Com a execução dos objetivos específicos na ordem cronológica apresentada acima, será possível alcançar o objetivo geral proposto, bem como testar a hipótese estabelecida.

4. CONTEXTUALIZAÇÃO HISTÓRICA

4.1.A SAÚDE NO ESTADO DE SÃO PAULO

As políticas de saúde no Estado de São Paulo, até o século XIX, não apresentavam um perfil sistemático, tendo como foco principal o atendimento a doentes psiquiátricos e o combate a epidemias. Tal perfil de atendimento modificou-se a partir de 1970 com a ampliação de leitos e atendimento a outras enfermidades (Gomes, 2005).

Dado o novo perfil de atendimento, o governo buscou ampliar o número de hospitais, contudo, o sistema público hospitalocêntrico à época não oferecia qualidade nos serviços prestados, sendo que qualquer proposta de mudanças no atendimento esbarrava não apenas nas dificuldades financeiras do Estado, mas, também, na burocracia para compra de materiais e contratação de recursos humanos, tornando lenta e ineficaz a adequação do serviço às demandas sociais.

Durante duas décadas, o governo do Estado de São Paulo buscou implantar alguns modelos diferenciados de gestão de hospitais, sendo: Fundações Privadas de Apoio à Administração de Hospitais Públicos e a transformação de hospitais da administração direta em fundações públicas com maior autonomia e agilidade administrativa.

Em meados de 1981, o governo estabeleceu o Sistema Estadual de Saúde, que buscava ampliar e melhorar a qualidade dos serviços oferecidos à população através do Programa Metropolitano de Saúde (PMS), que seguia as diretrizes da reforma sanitária, sendo: integração institucional, regionalização e hierarquização, modularização e gestão colegiada do sistema de saúde.

Para a implementação do PMS o governo precisava investir recursos financeiros na reforma de equipamentos de saúde já existentes e na construção de novos, além de contratar e capacitar quadros de recursos humanos. Desta forma, devido à crise fiscal da época o governo recorreu para o financiamento da Caixa Econômica Federal e para o Banco Internacional de Reconstrução e Desenvolvimento (BIRD).

“O projeto de expansão de 1981 consistia em estabelecer um Sistema Estadual de Saúde, envolvendo a regionalização e hierarquização dos serviços de saúde; estender a cobertura das unidades básicas de saúde e de leitos hospitalares a toda a população da rede física, visando, em primeiro lugar, eliminar as deficiências qualitativas e quantitativas da rede de

serviços de saúde; implantar uma política estadual de saúde, capaz de assumir a coordenação para construção ou melhoria de unidades sanitárias e hospitalares em áreas consideradas carentes” (Ibañez et al., 2001: 394).

Contudo, o financiamento não foi o suficiente para que todos os hospitais em construção começassem a funcionar, sendo prevacente este cenário por alguns anos sem que o governo conseguisse executar e implementar efetivamente o Programa Metropolitano de Saúde.

Apenas com a instituição do marco regulatório da saúde na Constituição Federal de 1988 este cenário foi modificado. A saúde passa a ser considerada um direito de todos os cidadãos brasileiros, sendo dever do Estado garantir o acesso de maneira universal e igualitária. A Constituição institui, ainda, o Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil, tendo como características principais: a descentralização, o atendimento integral, a participação social, e a focalização na saúde coletiva e no bem-estar da sociedade. Quanto à regulação e controle da compra de serviços de saúde a Constituição Federal em seu Art. 199, parágrafo 1º 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 às entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos”*.

Contudo, ressalta-se que o cenário de problemas na gerência da saúde não constituía algo local, mas parte de uma crise nacional cujo princípio remonta às origens do sistema público de saúde brasileiro, anteriores, portanto, à promulgação da Constituição Federal de 1988. Após o período de instituição do SUS, o governo federal tentou implementar o Estado do Bem-Estar Social, no entanto, as condições financeiras do país impediam que o modelo do Sistema Único de Saúde fosse completamente implementado no seu quesito de universalidade.

4.2.CRISE FISCAL

Em muitas municipalidades brasileiras, a implantação do SUS foi adiada por diversos motivos, sendo a falta de recursos o principal problema enfrentado no âmbito da organização do sistema de saúde descentralizado – apesar da Lei 8.080/90 ter definido que os recursos ao estabelecimento do SUS seriam provenientes do Orçamento de Seguridade Social, sendo um repasse flexível, de acordo com a arrecadação do governo federal. A falta de recursos suficientes para atender às necessidades de infra-estrutura, bem como a ausência de pessoal

qualificado, acabou refletindo em uma disparidade na qualidade de serviços de saúde providos em diferentes regiões do país.

O problema agravou-se após 1991, devido à alteração das leis de repasses de recursos aos Estados e Municípios pelo governo federal. Os repasses passaram a ser vinculados ao perfil populacional, fatores epidemiológicos e demográficos e, principalmente, à produção de serviços de saúde.

Dado o novo contexto, o governo do Estado de São Paulo enfrentava dificuldades financeiras e escassez de recursos humanos para iniciar o funcionamento de hospitais que já estavam em fase final de construção. Somaram-se ao cenário, problemas de ajustes fiscais que governos de todas as esferas de poder vinham passando durante as últimas décadas do século passado, desembocando na necessidade de profundas mudanças estruturais à provisão de serviços de saúde.

O governador do Estado de São Paulo à época, Mário Covas, finalizou as obras de construção de estabelecimentos de saúde, porém, havia ainda um obstáculo a ser vencido: a limitação de recursos financeiros para contratação de funcionários, tendo em vista a crise financeira do período, assim como as barreiras jurídicas, como a Lei Complementar nº 82/95 (Lei Camata), a Lei 8666/93 (Lei de Licitações) e a legislação de Saúde vigente no Estado de São Paulo, que proibia a terceirização das administrações de hospitais públicos estaduais e a cobrança pelos serviços oferecidos a particulares.

“Durante la administración del gobernador Mario Covas (1995-2001), el estado completó la construcción de un gran número de hospitales cuya construcción se había iniciado durante los años 80 bajo la administración del gobernador André Franco Montoro. Esto presentaba un dilema al gobierno. La Ley Federal Camata (Nº 82/1995) estipulaba que la planilla de sueldos del estado no podía exceder el 70% de los ingresos corrientes” (Rinne, 2007:22).

Perante as limitações jurídicas quanto aos gastos financeiros dos entes da federação em recursos humanos e o questionamento quanto à legalidade das fundações de apoio, o governo do Estado de São Paulo passou a estudar formas possíveis de administração de equipamentos de saúde, tendo como perspectiva ampliar a rede existente sem endividar ainda mais o Estado.

4.3.REFORMA DO ESTADO

A Reforma do Estado ganhou repercussão durante o primeiro mandato do presidente Fernando Henrique Cardoso, especialmente em 1995, quando foi apresentado o esboço do plano diretor de Reforma do Estado, que incorporou, segundo Bresser Pereira (2001), a lógica de mercado, tentando intervir na crise fiscal do Estado.

Portanto, a reforma da estrutura de administração pública foi o caminho adotado pelo governo brasileiro para enfrentar vários problemas em sua administração, sendo o principal deles a crise fiscal, juntamente com a necessidade de diminuir órgãos estatais, delegando e repassando atividades e funções para setores de mercado e organizações sem fins lucrativos (Costa & Melo, 1998). Porém, o modelo adotado não constituía uma inovação, já que, em diversos países do mundo, a reforma do Estado já vinha acontecendo de forma mais ou menos extensiva.

De maneira geral, as principais mudanças, apontadas por Modesto (1997), foram: implementação de novas técnicas de gerenciamento de serviços e atividades das várias esferas de governo; privatizações de serviços econômicos competitivos; descentralização de algumas funções para governos locais; controle de resultados e eficiência; maior autonomia de entidades da administração indireta; financiamento e assistência à prestação de serviços locais por parte da sociedade organizada; diminuição de recursos humanos públicos na prestação de atividades-fim, valorizando carreiras gerenciais; fortalecimento do planejamento estratégico e da formulação de políticas públicas; revisão de processos no aparato estatal para desburocratização; criação de novas formas de responsabilização do funcionário público; e aumento da participação cidadã no controle das atividades administrativas.

As mudanças implementadas pela reforma administrativa tinham por objetivos principais: diminuir o *déficit* público, aumentando, assim, a capacidade financeira do Estado; diminuir os custos dos serviços prestados pelo governo, melhorando a qualidade dos mesmos; ampliar a participação da sociedade; e desenvolver a eficácia e efetividade dos gestores de alto escalão do governo via controle de resultados.

Através do novo enfoque administrativo proposto pela Reforma do Estado, é homologada a Medida Provisória nº 1.591, de 9 de outubro de 1997, sendo posteriormente convertida na Lei Ordinária nº 9.637 em maio de 1998 que trata sobre as entidades que podem ser transformadas em Organizações Sociais, trata em seu Art. 1º:

“O Poder Executivo poderá qualificar como organizações sociais pessoas jurídicas de direito privado, sem fins lucrativos, cujas atividades sejam dirigidas ao ensino, à pesquisa científica e desenvolvimento tecnológico, à

proteção e preservação do meio ambiente, à cultura e à saúde, atendidos os requisitos previstos nesta Medida Provisória” (Brasil, 2007:1)

O novo paradigma de administração pública exposto pela Reforma do Estado formou a base de reflexões para que o governo do Estado de São Paulo encontrasse uma solução à crise, os conceitos tratados pela Reforma do Estado ganharam expressão no âmbito estadual, que implementou algumas inovações na área administrativa, sendo o modelo de administração indireta a solução adotada para que o governo conseguisse colocar em funcionamento os hospitais recém-inaugurados.

Segundo Bazilli e Montenegro (2003), os novos conceitos buscavam reorientar as ações estatais para maior eficiência e melhor qualidade dos serviços prestados. Assim, o modelo inseriu maior flexibilidade gerencial em áreas como recursos humanos e recursos materiais, focalizando prioritariamente resultados, qualidade, satisfação do cidadão-usuário e adequação às mudanças de demanda.

“De maneira geral, propõe uma gestão pública dotada das seguintes características: a) caráter estratégico ou orientado por resultado do processo decisório; b) descentralização; c) flexibilidade; d) desempenho crescente e pagamento por desempenho/productividade; e) competitividade interna e externa; f) direcionamento estratégico; g) transparência e cobrança de resultados (accountability); h) padrões diferenciados de delegação e discricionariedade decisória; i) separação da política e de sua gestão; j) desenvolvimento de habilidades gerenciais; k) terceirização; l) limitação da estabilidade de servidores e regimes temporários de emprego; e m) estruturas diferenciadas” (Holmes e Shand, 1995; Hood e Jackson, 1991 apud Marini e Martins,2004).

O novo modelo gerencial acabava por eximir o Estado quanto à exoneração dos gastos públicos com pagamento de recursos humanos – já que, ao delegar a função de administração a outro ator, a despesa deixa de ser classificada como despesa com recursos humanos, pois os funcionários não são contratados diretamente pelo governo – e ganham o caráter de “outras despesas”, podendo, desta forma, respeitar os limites fiscais impostos por lei.

“Como São Paulo ya estaba luchando para cumplir los límites de Camata, la creación de estos hospitales OSS le proporcionaba una solución conveniente: los nuevos empleados OSS podrían ser pagados con recursos públicos – vía transferencia presupuestaria – pero sus salarios no contarían para efecto de los límites presupuestarios porque no eran empleados del estado” (Rinne, 2007: 22).

Assim, dado o cenário de crise fiscal, juntamente com os conceitos introduzidos na administração pública brasileira, o governo federal e seus entes federados passam por uma redefinição de papel quanto à provisão de bens e serviços para a sociedade.

5. NOVOS PARADIGMAS DA ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA

5.1. ORGANIZAÇÕES SOCIAIS

No contexto da Reforma do Estado, as Organizações Sociais (OS) constituem-se como um dos principais instrumentos de redefinição do tamanho do Estado – “*ou seja, a execução de atividades antes consideradas de caráter estatal passa a ser realizada por instituições sem fins lucrativos*” (Carneiro e Elias, 2003: 208) – e a participação de novos atores sociais na prestação de serviços a sociedade.

Assim, buscou-se garantir na estrutura federal que as OS pudessem contar com recursos humanos e patrimoniais públicos para o desenvolvimento das atividades contratadas através do Contrato de Gestão.

Apesar desta utilização de recursos públicos as Organizações Sociais configuram-se como parte do terceiro setor não podendo desta forma gerar lucros e tendo como obrigação reinvestir o excedente financeiro na própria organização, portanto, as organizações não são estatais e tão pouco privada.

“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” (Modesto, 1997:31).

A legislação federal prevê que todas as Organizações Sociais devem instituir um Conselho de Administração com participação de representantes do poder público, da sociedade civil, de membros eleitos entre seus associados, de pessoas de notório reconhecimento profissional e de reconhecida idoneidade moral. A função do Conselho perpassa todas as decisões administrativas necessárias para o desenvolvimento das atividades da organização.

A criação do modelo de Organizações Sociais pela administração federal, não possibilitou ao governo do Estado de São Paulo a utilização das OS para gerenciamento de hospitais públicos estaduais, já que a legislação vigente no Estado de São Paulo não permitia terceirização de serviços-fim de hospitais.

Assim, foi necessário editar a Lei Complementar nº 846/98, que instituiu que organizações sem fins lucrativos poderiam ser qualificadas como Organizações Sociais de Saúde (OSS), desde que atendessem a alguns critérios, sendo um dos principais critérios a comprovação de experiência por, no mínimo, cinco anos na administração de serviços de saúde. A lei obriga, ainda, que o hospital gerido pelo sistema só pode atender pacientes do Sistema Único de Saúde, sendo que suas contas são submetidas à análise do Tribunal de Contas do Estado e estabelece a necessidade de criação de uma Comissão de Avaliação dos Contratos de Gestão com participação de membros do Conselho Estadual de Saúde e da Assembléia Legislativa.

A Lei Complementar trata ainda da criação do Contrato de Gestão, que tem por finalidade ser o instrumento de regulamentação da parceria entre o poder público e as OSS, com base em critérios técnicos bem estabelecidos: a definição das metas e resultados, caracterização do modelo de assistência à saúde a ser desenvolvido; e a vinculação da remuneração a transparência de dados.

“O contrato de gestão é um instrumento que permite ao poder público definir os objetivos de assistência à saúde a serem desenvolvidos pelos hospitais, bem como as metas a serem alcançadas, promovendo, assim, a avaliação e a transparência” (Estado de São Paulo/Fundação de Desenvolvimento Administrativo – FUNDAP, 2005).

Segundo Gomes (2005), a delegação de atividades-fim às Organizações Sociais de Saúde buscou objetivos de melhoria do acesso aos serviços de saúde buscando contemplar o princípio da equidade e diminuir o crescimento dos gastos zelando pela melhoria da qualidade dos serviços.

A criação de novas formas de gestão pública possibilitou ao governo de São Paulo a operacionalização dos novos hospitais e a ampliação do número de equipamentos e serviços oferecidos à população.

Segundo dados da FGV/UNESCO (2008), atualmente, o Estado de São Paulo possui 21 (vinte e um) hospitais, 3 (três) ambulatorios, 2 (duas) farmácias e 3 (três) laboratórios de análises clínicas sob o Contrato de Gestão com Organizações Sociais de Saúde.

5.2.CONTRATO DE GESTÃO

O modelo de contrato de gestão surgiu na França no final dos anos 1960, sendo um instrumento criado para melhoria da administração das empresas públicas que possibilitava ao governo central um maior controle de tais organizações. No entanto, foram realizadas várias adaptações até ser introduzido no Brasil nos anos 1990.

O contrato de gestão é a principal ferramenta de controle do sistema organizacional relativo às Organizações Sociais de Saúde implementado pelo governo de São Paulo, a Lei nº 9.637, de 15 de maio de 1998, constitui o contrato de gestão como instrumento de estabelecimento de parcerias entre organizações sociais e Administração Pública, sendo utilizado para transferir a gestão de equipamentos públicos para OS.

Contudo, ressalta-se que, embora o termo contrato seja utilizado para definir um instrumento celebrado entre duas partes de interesses conflitantes, opostos e contraditórios, no caso do contrato de gestão, tal definição não é aplicável estritamente, já que o instrumento é reconhecido como um acordo do Direito Público.

O governo, através de seus órgãos, utiliza o contrato de gestão para estabelecer metas e resultados na contratação de organizações sociais para realização de atividades-fim, permitindo a flexibilidade quanto à forma utilizada à efetivação de tais metas e resultados.

O contrato de gestão estabelece, também, uma maior segurança à entidade parceira quanto à estabilidade do governo no cumprimento dos repasses e, ao mesmo tempo, proporciona ao governo maior controle das metas e resultados a serem alcançados, zelando pela eficiência e eficácia e estabelecendo competências e responsabilidades das partes envolvidas. As metas e objetivos são submetidas a avaliações constantes, podendo ser reformuladas periodicamente, já que há datas estipuladas para início e término de vigência do contrato. O contrato de gestão também pode ser denominado contrato por resultados, já que está intrinsecamente relacionado à obtenção de resultados.

“O contrato de resultados (ou acordo-quadro, contrato de gestão) é um instrumento de gestão, que relaciona ministérios (ou secretarias responsáveis pela formulação de políticas públicas) e entidades a eles vinculadas, prestadoras de serviços públicos (genericamente denominadas ‘agências’). Tem por objetivos promover mais flexibilidade, transparência de custos, melhor desempenho, aumento da qualidade, produtividade, eficiência e efetividade na prestação de serviços públicos. Promove um par de atributos inseparáveis, à luz das reformas gerenciais: autonomia de gestão em troca de compromisso prévio com resultados” (Pacheco, 2004).

O modelo de Contrato de Gestão desenvolvido pelo governo do Estado de São Paulo impõe ao poder público: o planejamento dos serviços; a ampliação/redução da produção

assistencial; a melhoria da qualidade dos serviços prestados; a previsão orçamentária dos recursos desembolsados; controle das atividades desenvolvidas; e transparência na gestão dos recursos públicos. Quanto às responsabilidades das Organizações Sociais de Saúde, são exigidos: pontualidade, exatidão e confiabilidade dos dados gerados; avaliação quantitativa e qualitativa contínua; relação transparente e de confiança; a qualificação e constante aprimoramento das atividades (FGV/UNESCO, 2008).

A permanente autonomia das OSS em relação aos seus processos internos, em contraponto aos resultados a serem apresentados, gera um comprometimento entre duas partes, que, por sua vez, implica na responsabilização e prestação de contas sobre serviços realizados, no entanto, não representa uma relação hierárquica, mas uma relação de parceria que implica a negociação do contrato entre as partes envolvidas (Pacheco, 2004).

Na última década, o contrato de gestão foi submetido a novas reformulações, buscando-se o aprimoramento do formato de contratação de serviços públicos. Os principais pontos reformulados foram: introdução de indicadores de avaliação diferenciados de acordo com a modalidade “porta aberta” (hospitais que atendem à demanda espontânea da sociedade), “porta fechada” (hospitais que funcionam com referência restrita e organizações que possuem ambulatórios de especialidades servindo à rede pública); e inclusão de cláusulas que estabelecem um teto máximo de 70% do orçamento destinado ao hospital como despesas com recursos humanos; modificação expressiva no repasse do orçamento anual - condicionado a 12 (doze) parcelas mensais iguais de 90% do orçamento anual, sendo que os 10% restantes são condicionados à avaliação de desempenho dos indicadores estipulados pela Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (SES-SP) –; e a criação de indicadores de avaliação como: qualidade de informação, média de permanência em internação e atenção ao usuário (Carneiro e Elias, 2003).

A Secretaria Estadual de Saúde formulou alguns indicadores, separados em 5 (cinco) categorias, previstos em contrato, que permitem a avaliação constante dos serviços prestados, sendo:

- Indicador de acesso: tempo de espera para cirurgia eletiva;
- Indicadores de qualidade: densidade de infecção hospitalar em UTI adulto, densidade de infecção hospitalar – corrente sanguínea – por cateter venoso central, densidade de infecção hospitalar – corrente sanguínea – por cateter venoso central, taxa de cesariana em primípara e taxa de mortalidade neonatal intra-hospitalar por faixa de peso;

- Indicadores de desempenho assistencial: taxa de ocupação operacional, média de permanência, índice de intervalo de substituição e taxa de rotatividade;
- Indicadores de gestão: índice de rotatividade de funcionários, relação funcionário por leito, relação enfermeiro por leito, relação enfermagem por leito, porcentagem de médicos especialistas e;
- Indicadores de efetividade: taxa de mortalidade institucional, taxa de mortalidade operatória e reinternações em 30 (trinta) dias por pneumonia bacteriana.

A reformulação deste instrumento modificou o sistema de contratação, resultando em impossibilidade de escolha pelas Organizações Sociais de Saúde quanto aos serviços que devem ofertar, sendo decididos em instâncias deliberativas do Estado de São Paulo. Assim, o repasse é, atualmente, vinculado ao cumprimento de metas, que, por sua vez, estimulam a eficiência e a eficácia na prestação dos serviços de saúde por parte das OSS.

6. METODOLOGIA

A metodologia adotada no presente trabalho foi realizada em três etapas: revisão bibliográfica, levantamento de dados e análise dos indicadores formulados.

A revisão bibliográfica ocorreu com base em um levantamento de artigos, livros e teses sobre o tema em diversas bases de dados, utilizando as palavras-chave: contratualização, organização social de saúde, OSS, administração direta de hospitais.

Buscou-se contextualizar historicamente os problemas que resultaram na adoção da administração indireta pelo poder público através de organizações sociais para ampliação da rede hospitalar do governo do Estado de São Paulo e melhoria da capacidade de atendimento de demandas sociais.

O levantamento de dados foi efetuado pela análise de bancos de dados secundários, contudo, nota-se que há dados específicos de administração de hospitais de Organizações Sociais que ainda não estão catalogados separadamente dos dados da administração direta, o que dificultou o levantamento de dados.

A amostra foi selecionada utilizando-se como critério de seleção a categoria de hospitais gerais, visto que o modelo de gerenciamento atende tanto às demandas ambulatoriais advindas da atenção básica – Unidades Básicas de Saúde – quanto às urgências, sendo um equipamento de saúde importante da rede de saúde pública, pois oferecem diversas clínicas de especialidades.

O levantamento dos dados foi feito através do banco de dados DATASUS, disponível no portal do Ministério da Saúde, assim, subentende-se como amostra coletada 12 (doze) Hospitais Gerais gerenciados por Organizações Sociais de Saúde e 29 (vinte e nove) Hospitais Gerais de Administração Direta.

A partir dos dados obtidos, foi possível a criação dos seguintes indicadores de capacidade de produção do sistema público de saúde no Estado de São Paulo: enfermeiros por leito; médicos por leitos; técnicos e auxiliares de enfermagem por leito; e leitos por equipamento, sendo confrontados entre as duas formas de administração e entre os anos de 2006 e 2007.

Ressalta-se, que a pesquisa foi prejudicada devido à ausência de bancos de dados disponíveis que classifiquem a produção e o orçamento dos hospitais de acordo com modelo administrativo. Assim, os dados de produção efetiva de serviços de saúde, referentes às internações, ao tempo de permanência, ao valor médio de cada internação, não foram passíveis de desmembramento das informações referentes a hospitais da Administração Direta

e Administração Indireta via Organizações Sociais de Saúde, visto que o DATASUS não disponibiliza os dados classificados. A análise da amostra inicial tornou-se inviável, optando-se por comparar dados de hospitais de Regime Público, com dados de hospitais de Regime Privado, sendo os últimos separados em dois subgrupos: hospitais filantrópicos (entidades sem fins lucrativos de cunho educacional que desenvolvem pesquisas e/ou entidades que possuem atividades exclusivamente direcionadas ao atendimento social) e hospitais contratados (instituições privadas não filantrópicas nem universitárias).

Segundo o relatório técnico da FGV/UNESCO (2008), classifica-se como Regime Público hospitais de administração direta e indireta, sendo divididos em: autarquias, fundações públicas, empresas dependentes, empresas públicas e consórcios públicos. O Regime Privado engloba hospitais ligados à sociedade civil (organizações sociais, serviços sociais autônomos, Organização da Sociedade Civil de Interesse Público – OSCIP's, consórcios públicos de direito privado e outras entidades do terceiro setor) e empresas privadas (instituições ligadas ao mercado, parcerias públicas-privadas, concessionárias e empresas estatais).

7. RESULTADOS

A análise de estrutura dos hospitais revela que existe ligeira tendência de aumento no número de leitos nos hospitais de ambos os modelos estudados, contudo, o aumento é pouco significativo nos hospitais de administração direta, sendo em torno de 1,18% nos hospitais geridos por Organizações Sociais.

Observa-se, também, que os hospitais geridos pelo Estado apresentam um número maior de leitos por hospital em relação aos equipamentos geridos por OSS, uma diferença de 17,05% no ano de 2007 (Tabela 1).

Tabela 1. Leitos Totais por Hospital, segundo tipo de administração da instituição no estado de São Paulo. São Paulo, 2006-2007.

Hospitais	2006	2007
Administração Direta	280,10	280,69
Organização Social de Saúde	230,08	232,83

Fonte: DATASUS – Ministério da Saúde, 2008.

Do total de leitos apresentados em cada um dos modelos, os leitos de internação nos hospitais de administração direta representam 97,89% dos leitos totais, sendo os demais, 2,11% leitos de repouso. Os hospitais de Organização Social apresentam 98,25% de seus leitos destinados a internações no ano de 2007 e 1,75% para leitos de repouso. Portanto, ambos dois modelos, independentemente do número geral de leitos por equipamento, apresentam uma política de alocação de leitos muito similar, o que indica que a política de atendimento segue padrão definido pela Secretaria do Estado da Saúde de São Paulo.

Quanto ao número de equipamentos disponíveis para tratamentos (Tabela 2), em hospitais de administração direta, o número total de equipamentos apresentou uma queda de 24% entre os anos de 2006 e 2007, enquanto nos hospitais de Organização Social não houve uma diferença expressiva. A análise não pode ser considerada conclusiva para afirmar-se que hospitais de administração direta tiveram redução no número de equipamentos e tampouco acerca de uma suposta modificação no perfil de atendimento, tendo em vista que os equipamentos só devem ser considerados para tal propósito de análise se apresentarem condições de uso e profissionais qualificados para operá-los.

Assim, os hospitais administrados por OSS apresentam maior vantagem em termos de equipamentos, já que manutenção e contratação de recursos humanos qualificados obedecem a menor volume de procedimentos burocráticos do que os hospitais de administração direta.

Tabela 2. Equipamentos por Hospital, segundo tipo de administração da instituição no estado de São Paulo. São Paulo, 2006-2007.

Hospitais	2006	2007
Administração Direta	390,28	295,17
Organização Social de Saúde	399,33	399,50

Fonte: DATASUS – Ministério da Saúde, 2008.

A relação entre equipamentos e leitos (Tabela 3) indica que as Organizações Sociais dispõem de maior número de equipamentos por leitos em relação aos hospitais de administração direta. Nota-se, ainda, que a diferença entre os dois modelos de gestão aumentou de 19,72% em 2006 para 38,71% em 2007.

Tabela 3. Equipamento por Leitos, segundo tipo de administração da instituição no estado de São Paulo. São Paulo, 2006-2007.

Hospitais	2006	2007
Administração Direta	1,39	1,05
Organização Social de Saúde	1,74	1,72

Fonte: DATASUS – Ministério da Saúde, 2008.

Ressalta-se, porém, que este o menor número de equipamentos por leito na administração direta não pode ser individualmente relacionado à qualidade do serviço prestado e eficiência no emprego dos equipamentos, portanto, faz-se necessário que os resultados sejam confrontados com outras informações, como, por exemplo: saída por leito, tempo de permanência, número de atendimentos, índice de mortalidade, entre outros.

Os hospitais de administração direta, em geral, possuem maior disponibilidade de recursos humanos que os hospitais de OSS, contudo, a comparação da evolução de indicadores entre os anos de 2006 e 2007 indicou que hospitais de administração direta reduziram o quadro funcional em 14%, enquanto as OSS apresentaram um aumento de 8,08%, o que resultou em redução da diferença entre os modelos de gestão de 41,40%, em 2006, para 26,34%, em 2007 (Tabela 4).

A mudança verificada no quadro de recursos humanos dos hospitais de administração direta pode estar relacionada a políticas de realocação de pessoal ou terceirização de recursos humanos da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. O aumento verificado nos hospitais de OSS pode ser relacionado à adequação do quadro à demanda atendida.

Ao analisar a participação das funções de médicos, enfermeiros e técnicos/auxiliares de enfermagem no quadro geral de recursos humanos de cada tipo de hospital, observa-se, no

ano de 2007, que a função de médico representa 27,64% dos recursos humanos nos hospitais administrados pelo Estado e 28,5% nos administrados pelas Organizações Sociais. Quanto ao número de enfermeiros em cada um dos modelos administrativos, representa 11,26% e 13,91%, enquanto técnicos e auxiliares de enfermagem representam 61,1% e 64,09% no total do quadro de recursos humanos dos hospitais de administração direta e de OSS, respectivamente.

Tabela 4. Recursos Humanos por hospital, segundo tipo de administração da instituição no estado de São Paulo. São Paulo, 2006-2007.

Hospitais	Médicos		Enfermeiros		Técnico e Auxiliar Enfermagem	
	2006	2007	2006	2007	2006	2007
Administração Direta	294,83	224,93	88,55	91,66	563,03	497,17
Organização Social de Saúde	148,83	170,83	70,64	83,36	372,00	384,18

Fonte: DATASUS – Ministério da Saúde, 2008.

Observa-se que a diferença entre os dois modelos de gestão é muito restrita em todas as funções analisadas, concluindo-se, que ambas as administrações trabalham com um quadro de recursos humanos e políticas de alocação semelhantes, o que indica que seguem um mesmo parâmetro de qualidade.

Quanto à relação médicos por leito em cada um dos modelos (Tabela 5), observa-se que hospitais de administração direta apresentam número maior de profissionais especializados por leito disponível do que os hospitais de Organizações Sociais, contudo, também há indicação de ocorrência de uma redução do indicador nos hospitais de administração direta em relação a 2007 (queda de 24%), entretanto, o mesmo não se observa nos hospitais de organizações sociais (aumento de 13,5% na relação médicos por leito).

Os hospitais administrados pelo Estado apresentam um maior número de auxiliares e técnicos de enfermagem que os hospitais de OSS (26,37% em 2006 e 14,69% em 2007), contudo mudanças ocorridas nos hospitais de administração direta resultaram em uma diminuição de 11,94% no número de técnicos e auxiliares de enfermagem.

Tabela 5. Recursos Humanos por leitos, segundo tipo de administração da instituição no estado de São Paulo. São Paulo, 2006-2007.

Hospitais	Médicos		Enfermeiros		Técnico e Auxiliar Enfermagem	
	2006	2007	2006	2007	2006	2007
Administração Direta	1,05	0,80	0,32	0,33	2,01	1,77

Organização Social de Saúde	0,65	0,73	0,28	0,33	1,48	1,51
-----------------------------	------	------	------	------	------	------

Fonte: DATASUS – Ministério da Saúde, 2008.

Ressalta-se que os dados precisariam ser comparados com dados de produção, como internação, por exemplo, para análise ser conclusiva, no entanto, não foram encontrados tais dados disponíveis segundo a classificação hospitais de administração direta e organizações sociais de saúde.

Os hospitais de administração direta, conforme demonstrado na tabela 6, atendem a uma maior demanda por internação, seguido das instituições filantrópicas, no entanto, os hospitais contratados de regime privado não representam uma fração importante das internações.

Tabela 6. Internações, segundo tipo de administração da instituição no estado de São Paulo. São Paulo, 2006-2007.

Hospitais	2006	2007
Público Estadual	48.873	61.579
Filantrópico	38.944	47.040
Contratado	996	742

Fonte: DATASUS – Ministério da Saúde, 2008.

Uma análise comparativa dos dados demonstra que hospitais de administração direta obtiveram incremento no número de atendimento em relação a 2006 (20,63%), sendo importante ressaltar que hospitais contratados apresentaram uma queda de 25,5% nos atendimentos realizados em relação a 2006. Os dados analisados ressaltam que hospitais contratados da rede privada não possuem estrutura e capacidade de atendimento equivalente aos hospitais públicos e filantrópicos. É importante ressaltar que hospitais públicos e filantrópicos atendem à maior parte da demanda por atendimentos de alta complexidade no Estado de São Paulo, especialmente no que tange às entidades filantrópicas universitárias, que também desenvolvem pesquisas e possuem equipamentos de alta tecnologia.

A permanência média por internação (Tabela 7) apresenta pouca diferença entre o modelo de administração direta e os hospitais filantrópicos (7,4 dias em média). Assim, há indicações de que os dois modelos hospitalares utilizam critérios e procedimentos similares no tratamento de suas demandas.

No entanto, no que concerne aos hospitais contratados, existe grande disparidade em relação aos demais tipos de hospitais, sendo a média de permanência superior ao hospital de administração pública em 99,89% e 99,93%, respectivamente.

Há indicativos de algum problema na prestação do serviço por parte de hospitais contratados, possivelmente ligada à remuneração de internações pelo SUS, conforme pode-se observar a seguir.

Tabela 7. Média de Permanência em dias, segundo tipo de administração da instituição no estado de São Paulo. São Paulo, 2006-2007.

Hospitais	2006	2007
Público Estadual	7,60	7,40
Filantrópico	7,80	7,40
Contratado	68,10	102,30

Fonte: DATASUS – Ministério da Saúde, 2008.

O valor médio por internação é um mecanismo importante de comparação dos modelos, pois pode indicar problemas no que se refere à alocação de recursos pelo governo, podendo, ainda, identificar o tipo de administração que maximiza o emprego de recursos de forma mais eficiente (Tabela 8).

Os hospitais filantrópicos indicam menor volume de gastos por internações em relação aos demais modelos. Tendo em vista que os hospitais públicos atendem a uma maior demanda de atendimentos de complexidade alta, a comparação de despesas deveria ser confrontada com dados referentes à especialidade atendida para verificação da origem de tais diferenças.

Tabela 8. Valor médio em reais por internação, segundo tipo de administração da instituição no estado de São Paulo. São Paulo, 2006-2007.

Hospitais	2006	2007
Público Estadual	829,48	1.077,12
Filantrópico	814,53	1.029,19
Contratado	2.324,05	3.727,89

Fonte: DATASUS – Ministério da Saúde, 2008.

Embora exista grande disparidade em relação aos custos de internações de hospitais contratados face aos outros tipos de administração, contudo pode-se indicar como reflexo da diferença em termos de permanência dos pacientes em internação.

Confrontando-se dados referentes aos dias de internação com custos por internação, os resultados permitem verificar que hospitais contratados geram atendimentos com valor de baixo custo, valores inferiores aproximadamente 70% em relação aos hospitais de administração direta, este dado pode estar diretamente relacionado ao nível de complexidade

dos atendimentos prestados, ou seja, casos de alta complexidade são encaminhados para hospitais públicos (Tabela 9).

Tabela 9. Custo médio em reais por dia de internação, segundo tipo de administração da instituição no estado de São Paulo. São Paulo, 2006-2007.

Hospitais	2006	2007
Público Estadual	109,14	145,56
Filantrópico	104,43	139,08
Contratado	34,13	36,44

Fonte: DATASUS – Ministério da Saúde, 2008.

Os hospitais filantrópicos indicam custos parecidos aos hospitais de administração direta, possivelmente em decorrência de padronização de procedimentos médicos e administrativos. Observa-se que os custos por dia de internação em hospitais públicos e filantrópicos são superiores aos custos diários de internação observados em hospitais privados contratados. Conseqüentemente, os custos de hospitais de administração direta e hospitais filantrópicos apresentam valores bastante semelhantes por dia de internação.

8. CONCLUSÃO

A análise realizada no presente trabalho buscou apontar diferenças entre dois distintos modelos de gestão pública relativa à área da saúde no Estado de São Paulo. Conforme anteriormente ressaltado, a indisponibilidade de informações sobre a produção de serviços de saúde em hospitais da administração pública direta e hospitais gerenciados pelas Organizações Sociais de Saúde resultou em algumas limitações aos resultados apresentados. Ressalta-se, ainda, que o DATASUS representa um banco de dados extremamente útil e acessível, contudo, ainda não totalmente atualizado em relação aos modelos de administração de hospitais existentes, inviabilizando uma pesquisa mais completa.

Na esfera estadual, há problemas profundos quanto à gestão e disponibilidade de informações relativas ao sistema público de saúde, tendo em vista que a Secretaria Estadual de Saúde não mantém disponível banco de dados dos hospitais, orçamento individual ou produção hospitalar de sua rede. Acredita-se que, diante da complexidade das questões que permeiam a gestão do Estado de São Paulo e sua rede pública de saúde, concomitantemente à idéia de transparência pública e controle social, a administração estadual deveria manter um banco de dados detalhado com acesso livre a qualquer cidadão.

Os resultados analisados demonstram que, atualmente, as Organizações Sociais de Saúde no Estado de São Paulo respondem por quase metade dos leitos ofertados em hospitais gerais. Ressalta-se, ainda, que tais hospitais são localizados nas periferias das grandes cidades, ao contrário dos hospitais de administração direta, que, devido à sua história, localizam-se nos grandes centros.

Paralelamente, os hospitais de administração por OS apresentam estrutura equivalente, em termos de equipamentos e recursos humanos, aos hospitais de administração direta, indicando que, embora os resultados obtidos em um contexto geral sejam similares, é possível que uma análise mais profunda quanto às características dos atendimentos, sendo demanda “encaminhada” (oriunda de serviços básico de saúde, como Unidades Básicas de Saúde) e/ou “espontânea” (atendimentos através de Prontos Socorros) indique diferenças interessantes entre os modelos de gestão analisados, visto que hospitais localizados em regiões periféricas atendem significativo volume de atendimentos oriundos de Unidades Básicas de Saúde, que não têm estrutura de especialidades mais complexa.

A ausência de dados detalhados sobre orçamento referentes a cada modelo de administração hospitalar limitou o alcance de uma avaliação ampla quanto às diferenças de eficiência e eficácia, já que somente dados orçamentários possibilitariam atestar qual modelo

consegue produzir maior quantidade de atendimentos com melhor qualidade utilizando menos recursos. No entanto, Ferreira Jr. (2003) expõe que o modelo de OSS:

“(...) aparentemente, é bastante eficaz (eficácia aqui considerada como a capacidade de realização das tarefas propostas: as metas de produção e de qualidade). Já a questão da eficiência (entendida como a relação custo/produto) não é tão clara” (2003:252).

No que tange à gestão dos hospitais analisados, é inquestionável a flexibilidade, em termos de recursos humanos e recursos materiais, de que dispõem Organizações Sociais para adaptação aos diversos cenários em que estão inseridas. Segundo Nassuno (2004), tal fato ocorre devido às características do regulamento de compras e contratos utilizados pelas Organizações Sociais, que não estão sujeitos à Lei Geral de Licitações e ao Sistema de Administração de Serviços Gerais da União, como na administração estatal, sendo uma ferramenta a ser elaborada em cada organização.

No entanto, a flexibilidade administrativa de uma OSS engloba, além da autonomia para definição de procedimentos de compras, a autonomia de criação de uma estrutura interna e uso de orçamento, desde que respeitado os limites com administração de pessoal.

A política adotada pelas organizações sociais para gestão de recursos humanos é uma ferramenta importante, tendo em vista o que estudos acerca do tema apontam como um dos fatores de maior destaque no novo padrão de administração de hospitais públicos.

Os resultados analisados permitiram verificar que hospitais de administração direta apresentam um quadro maior de recursos humanos por hospitais e por leitos, indicando que o Estado apresenta gasto superior em recursos humanos em relação às Organizações Sociais de Saúde.

A flexibilidade em relação às compras também é uma ferramenta importante da administração por OSS, ampliando o poder de resposta às demandas mais imediatas em saúde. O fato das OSS inserirem práticas do setor privado na administração de hospitais públicos possibilita, ainda, que seja utilizada uma gestão por resultados mais eficiente do que a administração estatal.

A afirmação de que o modelo de Organizações Sociais de Saúde possui maior flexibilidade administrativa é questionada pelo argumento de que, ao limitar-se o uso do orçamento com recursos humanos, assim como estabelecimento de metas e resultados no contrato de gestão, haveria pouco espaço para uma administração de fato flexível.

A parceria entre as Organizações Sociais e o Estado enfrenta, ainda, o argumento de que seria mais um mecanismo de “*privatização dissimulada*” (Pinto, 2000:47), já que, através das parcerias, o Estado transfere a responsabilidade da prestação de alguns serviços essenciais às OSS, o que caracteriza a diminuição de atuação efetiva do Estado, desta forma, há teóricos que defendem que ao invés do poder público delegar às Organizações Sociais de Saúde a prestação dos serviços na área da saúde o Estado deveria criar Fundações Públicas.

Este argumento é justificado através da intervenção que as Fundações Públicas manteriam o princípio da contratualização, sendo possível à adoção do Contrato de Gestão como ferramenta de controle dos resultados e serviços prestados, mantendo a flexibilidade administrativa, financeira e patrimonial da mesma forma que as Organizações Sociais de Saúde.

Modesto (1997), entretanto, combate o argumento apresentado, afirmando que a privatização pressupõe a “transferência de domínio” de alguma atividade econômica do ente estatal para domínio privado, configurando, assim, a diminuição do poder público. Portanto, as OSS não se enquadrariam no perfil delineado, visto que a qualificação não depende da extinção de um ente público; a utilização de prédios e equipamentos pelas organizações é feita através de permissão de uso; e os contratos firmados não possuem finalidade econômica, ou seja, não podem configurar lucros.

Em contraponto ao discurso sobre a alegada privatização, existe a questão do *agente-principal* que, segundo Przeworski (1999), exige que o Estado seja forte, sendo necessário desenho institucional adequado, ou seja, uma definição clara dos papéis de cada estrutura que o compõe, assim como mecanismos de incentivo para que os agentes públicos ou privados atuem de acordo com o interesse público. Tal relação de controle entre estruturas de governo e atores públicos deve ser desempenhada, também, por políticos eleitos que devem prestar contas à sociedade.

Caso o mecanismo de *accountability* seja efetivo, segundo Przeworski (1999), o Estado teria possibilidades reais de obter resultados melhores que o a estrutura de mercado. Portanto, o argumento fortalece a idéia de que não é suficiente a criação de ferramentas de controle das atividades das Organizações Sociais pelo Estado, ou mesmo das Fundações Públicas, caso o próprio Estado não esteja bem estruturado com funcionários comprometidos com interesses públicos e aptos a fortalecer a capacidade gerencial do Estado, e ainda garantir a participação efetiva da sociedade civil.

Alguns autores questionam a transparência quanto à alocação dos recursos públicos, já que a qualificação das entidades em OSS é feita através de parecer favorável do Secretário da

Saúde. Assim, é questionada a discricionariedade do ato, mesmo sob a Lei Complementar nº 846/98, que dispõe sobre os critérios para obtenção da certificação. Questiona-se ainda, a utilização dos recursos públicos pelas Organizações Sociais de Saúde, no entanto, Ferreira Jr. (2003) refuta o questionamento com base no argumento de que a publicização das informações é feita através do Diário Oficial, emissão de relatórios de faturamento, produção, custos e financeiros à Coordenadoria de Contratação de Serviços de Saúde (CCSS), bem como à auditoria do Tribunal de Contas de São Paulo (TCE). Portanto, os hospitais gerenciados por Organizações Sociais de Saúde teriam gestão mais transparente do que os demais modelos.

O controle social é outro ponto de discórdia entre estudiosos do tema, sendo que alguns teóricos defendem que a previsão de metas e resultados decididos pelo poder público no contrato de gestão resguarda o interesse social, assim como a exigência da composição do Conselho Administrativo assegura a participação social (controle social). Contudo, tal argumento pode ser questionado, já que a população-alvo, em geral, não é consultada em tais estruturas, tendo em vista que não há garantia de eleição de algum membro da sociedade local na eleição do Conselho Administrativo. Tampouco, pode-se afirmar que o Estado, através de seus representantes eleitos, consegue atender efetivamente às demandas em saúde, que são peculiares à região na qual o hospital está inserido.

A baixa diferença em relação aos custos de internação e permanência nos hospitais públicos de administração direta e Organizações Sociais de Saúde contribuem para verificar-se que, devido às diretrizes norteadoras da saúde pública – Sistema Único de Saúde (SUS) –, as diferenças quanto a procedimentos adotados e tratamentos disponíveis não são geradoras de significativas diferenças de produção.

No entanto, deve-se ressaltar que a introdução do instrumento “Contrato de Gestão” na lógica administrativa pública, consolidando a gestão por resultados como uma ferramenta eficaz de alcance de resultados, constitui a maior contribuição do modelo gerenciado por Organizações Sociais de Saúde. Sendo ainda, o instrumento que permitiu uma mudança de paradigma importante da atuação estatal junto à sociedade, pois possibilitou que o Estado fortalecesse seu papel controlador e gerenciador de políticas públicas das quais não executa mais a atividade-fim.

Uma mensuração exata da diferença entre modelos administrativos adotados pelo governo do Estado de São Paulo necessita de novas pesquisas para levantamento de dados primários referentes à qualidade dos serviços, bem como entrevistas qualitativas com o cidadão-usuário e os gestores.

A discussão, portanto, deve relacionar-se à capacidade do Estado de exercer a função de controle das atividades essenciais à sociedade, verificando-se como novos modelos de administração podem contribuir para a melhoria na prestação de tais serviços.

9. BIBLIOGRAFIA

BARATA, Luiz R. Barradas; MENDES, José Dínio Vaz. Organizações de Saúde: a Experiência Exitosa de Gestão Pública de Saúde do estado de São Paulo. Revista de Administração e Saúde, São Paulo, 8(31): 45-56, 2006.

BARBOSA, Antonio P. Governança Corporativa em Hospitais Sem Fins Lucrativos: Um estudo do perfil de liderança corporativa em onze hospitais brasileiros. São Paulo: EAESP/FGV, 2003, 333p. (Tese de Doutorado apresentada ao Curso de Pós Graduação da EAESP/FGV, Área de Concentração em Organizações e Recursos Humanos).

BRASIL Lei Complementar nº 82, 27 de março de 1995 (Lei Camata). Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília: 1995.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil. Artigo 199. Brasília: Senado Federal, 1988.

BRASIL. Lei Ordinária nº 8.666, de 21 de Junho de 1993 (Lei de Licitações). Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília: 1993.

BRASIL. Lei Ordinária nº 9.637, de 15 de maio de 1998. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília: 1998. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/19637.htm. Acesso em: Set. 2008.

BRASIL. Medida Provisória nº 1.591, de 9 de outubro de 1997. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília: 1997.

BRASIL. Presidência da República. Lei Orgânica da Saúde nº. 8.080, de 19 de setembro de 1990. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília: 1990.

BRASIL, Roberto R. e Montenegro, Ludmila S.B. Apontamentos sobre a reforma administrativa. São Paulo, Ed. UNESP, 2003.

BRESSER PEREIRA, L. C. Do Estado patrimonial ao gerencial. In: SACHS, I.; WILHEIM, J.; PINHEIRO, P. S. (Eds.). Brasil: um século de transformações. São Paulo: Companhia das Letras, 2001. p. 223-259.

BRESSER PEREIRA, L. C. O modelo Estrutural de Governança Pública, 2007. Disponível: <http://www.bresserpereira.org.br/papers/2007/07.06.ModeloEstruturalGovernancaPublica.pdf>. Acesso em: Out 2007.

BRESSER PEREIRA, L. C. Reforma do Estado para a cidadania: a reforma gerencial brasileira na perspectiva internacional. São Paulo, Ed. 34/Brasília, ENAP, 1998.

CARNEIRO, N. JR; ELIAS, P. E. A Reforma do Estado no Brasil: as organizações sociais de saúde. Revista de Administração Pública, v.37(2), p. 201-26, mar./abr. 2003.

CARNEIRO, Nivaldo JR. O setor público não estatal: as organizações sociais como possibilidades e limites na gestão pública da saúde. São Paulo: FM/USP, 2002, 242p. (Tese de Doutorado apresentada ao Curso de Pós Graduação da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo).

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE. As Organizações Sociais como Alternativa de Gerência para Estabelecimentos de Saúde. CONASS: Brasília: 2006. Disponível em: <http://www.conass.org.br/admin/arquivos/NT%2017-06.pdf>. Acesso em: Mar 2008.

COSTA, N. R.; MELO, M. A. C. Reforma do Estado e as mudanças organizacionais no setor ESTADO DE SÃO PAULO. Lei Complementar nº 846, de 04 de junho de 1998. Lex: coletânea de legislação e jurisprudência, São Paulo, v. 62, p. 906-13, 1998.

ESTADO DE SÃO PAULO/FUNDAÇÃO DE DESENVOLVIMENTO ADMINISTRATIVO (FUNDAP). Por que organizações sociais na saúde? Revista Sp.Gov, nº 02, 2005. Disponível em: www.revista.fundap.sp.gov.br/revista2/paginas/parceria.htm. Acesso em: Set 2007.

FERREIRA, W. C. JR. Gerenciamento de Hospitais Estaduais Paulistas. Revista de Administração Pública, Rio de Janeiro, 37 (2): 243-64, mar./abr. 2003.

FUNDAÇÃO GETÚLIO VARGAS (FGV) / ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A EDUCAÇÃO, A CIÊNCIA E A CULTURA (UNESCO). Estudos de Contratualização de Hospitais no âmbito do SUS. Relatório técnico. São Paulo, março de 2008. Mimeo.

GOMES, Márcio C. Organizações sociais de saúde: a experiência da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. In: LEVY, Evelyn; GRAGO, Pedro A. (org.) Gestão pública no Brasil contemporâneo. São Paulo: FUNDAP, 2005.

IBANEZ, Nelson et al. Organizações sociais de saúde: o modelo do Estado de São Paulo. Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 6, n. 2, p. 391-404, 2001.

JANUZZI, Paulo M. Indicadores Sociais na Formulação e Avaliação de Políticas Públicas. Revista Brasileira de Administração Pública, v.36(1), p. 51-72, jan/fev 2002. Disponível em: <http://www.enap.gov.br/downloads/ec43ea4findic-curso-texto.pdf>. Acesso em: Mar 2008.

LEVY, Evelyn. Organizações sociais no estado de São Paulo: estratégias de implementação e resultados. In IX Congreso Internacional del CLAD sobre la Reforma del Estado y de la Administración Pública, Madrid, España, pp. 2-5 Nov. 2004.

MANSUR, N. S. Gestão de Serviços Públicos de Saúde. Debates GV Saúde, v. 1, 1º semestre de 2006. Disponível em: <http://www.gvsaude.org/artigos/6.pdf>. Acesso em: Mar 2008.

MARINI, Caio; MARTINS, H. F. Um Governo Matricial: Estruturas em Rede para gerar Resultados de Desenvolvimento. In: LEVY, Evelyn; GRAGO, Pedro A. (org.) Gestão pública no Brasil contemporâneo. São Paulo: FUNDAP, 2005.

MODESTO, Paulo E.G. Reforma administrativa e marco legal das organizações sociais no Brasil: as dúvidas dos juristas sobre o modelo das organizações sociais. Revista do Serviço Público/ Fundação Escola Nacional de Administração Pública - Ano 48, nº 2 (mai-ago/ 1997), pp 27-57. Brasília: ENAP, 1997.

NASSUNO, Marianne. Recursos humanos nas organizações sociais e democratização do Estado. In: IX Congreso Internacional del CLAD sobre la Reforma del Estado y de la Administración Pública, Madrid, España, 2 – 5 Nov. 2004. Disponível em: www.clad.org.ve/fulltext/0049825.pdf. Acesso em: Ago 2008.

PACHECO, Regina S. Contratualização de resultados no setor público: a experiência brasileira e o debate internacional. In: IX Congreso Internacional del CLAD sobre la Reforma del Estado y de la Administración Pública, Madrid, España, 25 Nov. 2004. Disponível em: www.clad.org.ve/fulltext/0049823.pdf. Acesso em: Jul 2008.

PINTO, Elida G. Organizações Sociais e Reforma do Estado no Brasil: riscos e desafios nesta forma de institucionalizar a parceria Estado-Sociedade organizada. In: XIV Concurso de Ensayos del CLAD “Administración Pública y Ciudadanía”. Caracas, Venezuela, 47 – 81. 2000. Disponível em: www.clad.org.ve/fulltext/0041205.pdf. Acesso em Ago 2008.

PRZEWORSKI, A. O Estado e o cidadão. In: BRESSER PEREIRA, L. C.; WILHEIM, J.; SOLA, L. ed. Sociedade e Estado em transformação. São Paulo, Editora UNESP/Brasília, ENAP, 1999. pp. 323-59.

RINNE, Jeffrey. Mejorando el desempeño del sector salud en Brasil: comparación entre distintos modelos de hospitales. Publicado en la Revista del CLAD Reforma y Democracia. Caracas. n°. 37 pp. 101-140, Feb 2007. Disponível em: <http://www.clad.org.ve/fulltext/0052630.pdf>. Acesso em: Maio 2008.

saúde. Ciência & Saúde Coletiva, v. 3, n. 1, p. 52-67, 1998.

SILVA, J.C. Contrato de Gestão: Viabilização Gerencial para o Atendimento à População em Hospitais Públicos. In: XXII Encontro da ANPAD, Paraná, 1998. Disponível em: www.anpad.org.br/enanpad/1998/dwn/enanpad1998-ap-39.pdf. Acessado em Mar. 2008.

VECINA NETO, G. Gestão de Serviços Públicos de Saúde. Debates GV Saúde, v. 1, 1º semestre de 2006. Disponível em: <http://www.gvsaude.org/artigos/4.pdf>. Acesso em: Mar 2008.

VENTURA, E.C.F. Organização Social e Contrato de Gestão no contexto da Reforma do Estado Brasileiro. In: XXII Encontro da ANPAD, Paraná, 1998. Disponível em: www.anpad.org.br/enanpad/1998/dwn/enanpad1998-ap-13.pdf . Acesso em Jun 2008.