

Gerenciamento de hospitais estaduais paulistas por meio das organizações sociais de saúde*

Walter Cintra Ferreira Junior**

SUMÁRIO: 1. Introdução; 2. Lei Complementar nº 846; 3. Antecedentes; 4. A implantação; 5. A questão do financiamento; 6. A gestão de recursos humanos; 7. A crítica da privatização dos serviços de saúde; 8. A crítica da falta de transparência; 9. A crítica da falta de controle social sobre as OSS; 10. Conclusão.

SUMMARY: 1. Introduction; 2. Complementary Act n. 846; 3. Antecedents; 4. Deployment; 5. The financing issue; 6. Human resources management; 7. The argument against health services privatization; 8. The argument against the lack of transparency; 9. The argument against the lack of control over the social healthcare organizations; 10. Conclusion.

PALAVRAS-CHAVE: organização social; contrato de gestão; reforma do Estado; administração gerencial.

KEY WORDS: social organization; management contract; State reform; managerial administration.

O modelo de administração de hospitais públicos através das organizações sociais de saúde, implantado no âmbito do governo do estado de São Paulo pela Lei Complementar nº 846, de 4 de junho de 1998, veio equacionar uma importante questão, que é a de conceder à administração pública os mesmos instrumentos gerenciais disponíveis à administração privada. Esse modelo foi desenvolvido no contexto da reforma do Estado brasileiro a partir de 1994, a qual propunha a implantação de uma administração pública gerencial. Através desse modelo, os hospitais concebidos pelo programa metropolitano de saúde de 1985 passaram a ser administrados por entidades pri-

* Artigo especialmente produzido para este número da *RAP*, recebido em fev. 2003.

** Médico sanitарista, especialista em administração de serviços de saúde pela Eaesp/FGV, superintendente do Hospital Geral de Itapеcerica da Serra (SP) e mestrando da Eaesp/FGV. E-mail: walter@hgis.org.br.

vadas sem fins lucrativos, com reconhecida capacidade na área da saúde, qualificadas como organizações sociais de saúde. O principal instrumento desse modelo é o contrato de gestão, através do qual são estabelecidas as regras de repasse financeiro, o volume e os tipos de serviços prestados e os critérios de avaliação de produção e de qualidade desses serviços. Esse modelo foi criticado como uma forma de privatização dos serviços de saúde, considerado pouco transparente e acusado de não permitir o controle social. Os resultados apresentados são considerados bem-sucedidos pelo governo pela sua rápida implantação e pela qualidade dos serviços prestados. Na verdade, o contrato de gestão permitiu uma clara visibilidade e transparência do uso dos recursos públicos, condições estas necessárias ao controle social. O adequado uso dos serviços públicos só poderá ser garantido por um regime democrático e pelo pleno exercício da cidadania.

The management of São Paulo state hospitals by social healthcare organizations

The model of administration of public hospitals set by the São Paulo state government through the complementary law passed on June, 4th 1998 has settled an important issue: to provide the civil service with the same managerial tools available to private organizations. This model was developed in the context of the 1994 Brazilian State reform, which proposed a managerial reform of the public administration. This model enabled those hospitals conceived by 1985 Metropolitan Health Program to be run by non-profit organizations acknowledged by their work in the public health sector, certified as social healthcare organizations. The most important tool of this model is the management contract, where one establishes the rules of financing, volume and mix of services provided, evaluation criteria of production and quality assurance. The model was criticized as a way of privatization of the public health services, and for its lack of transparency and social control. The results have been considered satisfactory by the government because of the system's fast deployment and the high quality of the services provided. Actually, the management contract allowed clear visibility and transparency in the use of public resources, the necessary condition for social control. The adequate use of public services can only be guaranteed under a democratic state and complete citizenship.

1. Introdução

O artilheiro do campeonato se prepara para bater o pênalti. Pega a bola e caminha calmamente para a marca da cal. Posiciona a bola e recua alguns passos, de costas, para tomar distância. Está pronto para o chute. À sua frente a visão do gol. Embaixo do travessão o goleiro, deitado no chão, com as mãos e os pés totalmente amarrados...

Essa cena, retirada de um comercial de televisão, ilustra bem a situação do administrador público. Esse profissional, taxado de ineficiente, incompetente, mal preparado para o exercício de suas funções, na verdade enfrenta uma realidade de ter que administrar estruturas, muitas vezes altamente complexas, como hospitais, sem ter um mínimo de condições gerenciais. Mal remunerado, respondendo a pressões da burocracia, da população e de seus próprios funcionários, esse gerente tem muito pouca autonomia para resolver problemas simples, tais como o conserto de um telhado, um vazamento, a troca de um fornecedor, a contratação de um funcionário para substituir outro que se demitiu etc. Esse gerente decerto gerencia muito pouco, imerso que está em uma estrutura extremamente centralizada, em que decisões como a contratação de emergência de funcionários para atender num serviço de pronto-socorro podem necessitar de uma autorização do Legislativo. Os seus atos precisam seguir um rito procedimental, sob pena de não serem validados.

Ao administrador público só é permitido aquilo que está explicitado na lei, muito diferentemente da situação do administrador do setor privado, a quem tudo é permitido, exceto aquilo que a lei proíbe.

A administração pública brasileira, principalmente no setor saúde, deve ao cidadão um modelo de gestão para servi-lo comprometido com a obtenção de resultados, com o uso correto dos recursos públicos, mas que garanta também a transparência necessária ao controle social e à responsabilização do administrador público.

Ao lado de questões como a do financiamento e a da organização do Sistema Único de Saúde — SUS, nas diversas esferas de governo, uma outra questão também se coloca como fundamental: a questão gerencial.

Essa questão não é nova. Várias alternativas têm sido buscadas ao longo do tempo. Como exemplo dessas alternativas podemos citar a criação das fundações de apoio no complexo hospitalar do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (Fundação Zerbini, em 1978, e a Fundação Faculdade de Medicina em 1986). Desenvolvendo principalmente uma política complementar de recursos humanos, essas fundações foram fundamentais para evitar o colapso daquela entidade.

Mais recentemente, em janeiro de 2002, tivemos a criação das autarquias municipais no âmbito da Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo, também como uma ação na busca de uma gestão mais eficiente dos serviços públicos de saúde (Lei Municipal nº 13.271, de 4 de janeiro de 2002).

Neste artigo discutiremos o modelo de gestão de hospitais públicos adotado pelo governo do estado de São Paulo, através da parceria com entidades privadas sem fins lucrativos designadas como organizações sociais de saúde — OSS, contratadas pelo governo pelo instrumento denominado contrato de gestão.

Apresentaremos um breve histórico da implantação do modelo, e vamos discutir dois pontos relevantes para a administração pública, a questão

do financiamento e a da gestão de recursos humanos, e analisar como eles têm sido tratados pelos hospitais gerenciados pelas OSS. Vamos também analisar as principais críticas que têm sido levantadas em relação a esse modelo.

2. Lei Complementar nº 846

A Lei Complementar nº 846, de 4 de junho de 1998, de iniciativa do executivo do governo do estado de São Paulo, introduziu no âmbito daquele estado uma nova modalidade de gerenciamento não-estatal de hospitais públicos. Trata-se da administração de hospitais estaduais por meio de entidades privadas sem fins lucrativos, qualificadas como organizações sociais de saúde. A lei estabelece critérios para a qualificação de entidades privadas sem fins lucrativos. Conforme o estabelecido pela lei, as entidades são selecionadas pelo secretário estadual da Saúde. A lei determina que as organizações sociais deverão ter, na sua estrutura organizacional, um órgão colegiado como instância máxima de deliberação da entidade, onde estejam representantes membros da comunidade e dos funcionários. O instrumento para a contratação dessas entidades é o contrato de gestão, através do qual são estabelecidos o objeto, as metas de produção, os indicadores de avaliação dos serviços prestados e as formas de repasse financeiro. A lei também determina a criação de uma comissão de fiscalização, em cuja composição estão membros do Conselho Estadual de Saúde.

3. Antecedentes

O Programa Metropolitano de Saúde — PMS

O Programa Metropolitano de Saúde — PMS foi criado em 1983 pelo Decreto estadual nº 21.862, pelo então recém-empossado governo estadual encabeçado por André Franco Montoro, do Partido do Movimento Democrático Brasileiro — PMDB, o primeiro eleito pelo voto popular desde a ditadura militar instalada a partir do golpe de 1964. Partido criado em 1980, após o fim do bipartidarismo, o PMDB sucedeu ao MDB — Movimento Democrático Brasileiro —, que fazia oposição à Arena — Aliança Renovadora Nacional —, partido que apoiava a ditadura militar.

O PMS foi criado no contexto do movimento pela reforma sanitária, que estabeleceu os princípios que posteriormente culminaram com a criação do sistema único de saúde — SUS pela Constituição Federal de 1988. Ainda em 1983 foi assinado um acordo entre o Ministério da Saúde, o Ministério da Previdência So-

cial, o Inamps e o governo do estado de São Paulo, criando a Comissão Interinstitucional de Saúde — CIS, com a incumbência de implementar uma nova política de saúde e administração do setor no estado de São Paulo. Essa comissão era composta pelo delegado regional do Inamps, pelo delegado do Ministério da Saúde e era presidida pela Secretaria da Saúde de São Paulo. A sua principal incumbência era a de dirigir as ações integradas de saúde — AIS, instrumento criado para promover a reorganização da assistência médica no âmbito da previdência. Através das AIS, recursos do Inamps começam a ser repassados diretamente aos municípios, promovendo a integração dos serviços e a adoção de modelos de saúde mais próximos do nível local.

Em janeiro de 1985 foi criada a coordenação do Programa Metropolitano de Saúde, órgão da Secretaria de Estado da Saúde, subordinado à Comissão Interinstitucional de Saúde do Estado de São Paulo, através do Decreto estadual nº 23.195. A atribuição dessa coordenadoria era a de implantar o novo modelo de saúde na região metropolitana.

Em 1987 são apresentadas as estratégias de implantação do Programa Metropolitano de Saúde, incorporando as formulações propostas na VIII Conferência Nacional de Saúde realizada no ano anterior. A *Revista do PMS* (n 1, fev. 1987) relaciona as diretrizes que regiam essas propostas:

- † universalização da atenção — garantia de acesso aos serviços públicos de saúde a todo cidadão;
- † equidade no atendimento — ausência de discriminação de qualquer natureza na prestação dos serviços;
- † integralidade das ações de saúde — fim da dicotomia entre as ações de promoção da saúde e as de assistência propriamente ditas;
- † descentralização — aproximação do processo de tomada de decisões em relação à execução dos serviços;
- † participação — reconhecimento do direito dos usuários e dos profissionais de saúde de participarem do processo de formulação e controle das políticas.

Na mesma revista eram demonstrados os princípios organizativos preconizados pelo PMS:

- † integração institucional — comando único em cada esfera de governo, implicando a constituição de um sistema único de saúde em nível nacional;
- † regionalização e hierarquização — estabelecimento de organização regional estruturada em níveis crescentes de complexidade;

- † modularização — o módulo de saúde era caracterizado como unidade operacional básica responsável pela população residente em uma determinada área;
- † gestão colegiada — garantia a articulação das diversas esferas de governo, bem como dos vários segmentos sociais na formulação das políticas e no controle das práticas institucionais.

A partir de um diagnóstico de necessidades e prioridades, foi estabelecida a criação dos módulos assistenciais compostos por uma rede de unidades básicas de saúde e de uma unidade de atendimento de emergência, que seriam a porta de entrada do sistema. Como retaguarda dessas unidades, o módulo assistencial contaria também com um ambulatório de especialidades e um hospital geral com especialidades nas áreas básicas de pediatria, clínica médica, ginecologia e obstetrícia, cirurgia geral e psiquiatria.

Para implementação desse programa, que implicava a construção de novas unidades, reformas de unidades já existentes, além de todo um trabalho de treinamento de recursos humanos, foram levantados recursos do fundo de apoio ao desenvolvimento social da Caixa Econômica Federal na ordem de US\$32 milhões. Também foram obtidos recursos de origem externa junto ao Banco Internacional de Reconstrução e Desenvolvimento (Bird), na ordem de US\$55,5 milhões. O projeto foi orçado originariamente em US\$121,4 milhões em termos de custos de investimentos.

A construção de vários hospitais foi iniciada, mas a maioria dessas obras foi paralisada pelos dois governos que se sucederam ao do governador Montoro (governadores Orestes Quércia e Antonio Fleury Filho, ambos do PMDB), destinando-se os recursos orçamentários a outras prioridades.

Em 1995, Mário Covas assumiu o governo do estado de São Paulo; tinha sido eleito pelo PSDB, fundado em 1988 por um grupo dissidente do PMDB (no qual tomou parte André Franco Montoro), assumindo uma linha socialdemocrata. O governador Covas encontrou várias obras paradas havia vários anos, e estabeleceu como diretriz o término delas antes de iniciar qualquer obra nova. Os movimentos sociais organizados da área da saúde exerceram forte pressão para que os hospitais fossem concluídos e postos para funcionar.

Uma vez definida a retomada da construção dos hospitais, a partir de 1997, o principal problema do governo estava em viabilizar a contratação do pessoal necessário para a implantação dos hospitais, uma vez que isso implicaria um incremento de mais de 15 mil funcionários públicos, elevando o percentual relativo da folha de pagamentos do estado, dentro do orçamento geral, para um nível superior ao permitido pela legislação em vigor (Lei Camata). Com a transferência da gerência desses hospitais para as OSS, aquela restrição legal não era mais aplicável.

O projeto de reforma do Estado

Em janeiro de 1995, no âmbito federal, toma posse o presidente Fernando Henrique Cardoso, eleito pelo PSDB; naquele mesmo ano o Ministério da Administração e da Reforma do Estado, comandado pelo ministro Luiz Carlos Bresser-Pereira, apresenta o Plano Diretor de Reforma do Aparelho do Estado. Os objetivos da reforma proposta eram o de promover a modernização da administração pública brasileira para dar conta da nova conjuntura mundial, marcada pela globalização, tornando-a mais eficiente. Aqui há claramente a proposta de quebra de um paradigma: a mudança da administração burocrática para a administração gerencial.

O projeto de reforma previa que o Estado seria dividido em quatro setores:

- † núcleo estratégico: Legislativo, Judiciário, Presidência da República e cúpula dos ministérios;
- † atividades exclusivas do Estado: polícia, regulamentação, fiscalização, fomento e seguridade;
- † serviços não-exclusivos: universidades, hospitais, centros de pesquisa;
- † produção para o mercado: empresas estatais.

Na reforma proposta, as atividades não-exclusivas do Estado, como a saúde e a educação, deixariam de ser executadas diretamente por ele e passariam ao denominado setor público não-estatal, onde figurariam as organizações sociais. Na proposta, os hospitais públicos seriam transformados em organizações sociais, entidades sem fins lucrativos, que seriam contratadas pelo núcleo estratégico do Estado através do instrumento do contrato de gestão. A execução de serviços voltados para o cidadão, a eficiência, a adoção de instrumentos gerenciais modernos e o enfoque na avaliação dos resultados, e não mais dos processos, são as principais características da proposta de reforma.

No caso em estudo não houve a transformação de hospitais públicos em organizações sociais, como preconizava a reforma proposta pelo ministro Bresser-Pereira. Além disso, provavelmente em decorrência de resistências corporativistas, a Lei Complementar nº 846 restringiu a adoção do sistema de gestão através das organizações sociais às novas unidades hospitalares. O que realmente a lei permitiu foi a terceirização da gestão dessas novas unidades. Portanto, os hospitais continuaram pertencendo ao patrimônio do Estado. Com certeza a proposta de realização de um contrato de gestão com entidades tradicionais no setor saúde foi uma solução mais simples do que criar uma nova entidade jurídica, que implicaria a abertura de um debate político que poderia inviabilizar a consecução do projeto.

Plano de atendimento à saúde

Um outro antecedente importante foi a experiência, no âmbito da Prefeitura do Município de São Paulo, de contratação de cooperativas de médicos para fazer a gestão do Plano de Atendimento à Saúde — PAS, que prometia oferecer à população uma atenção com as mesmas características dos planos privados de assistência médica. As cooperativas recebiam uma remuneração pelos serviços e realizavam lucro, que era distribuído aos seus membros. A adoção desse modelo colocou a cidade de São Paulo fora do SUS e impedida, por consequência, de receber recursos oriundos das esferas federal e estadual.

O PAS foi criado em 1996, pelo então prefeito Paulo Salim Maluf, eleito em 1992 pelo Partido Democrático Social — PDS (partido conservador que sucedeu a Arena em 1980, fundindo-se em 1993 com o Partido Democrata Cristão — PDC para formar o Partido Progressista Reformador — PPR e que, em 1995, passou a se chamar Partido Progressista Brasileiro — PPB, após fusão com o Partido Progressista — PP).

O PAS gerou uma onda de denúncias de desvios de recursos financeiros, materiais e equipamentos. Com a vitória nas eleições municipais da coligação de esquerda liderada pelo PT (fundado em 1980) a cidade de São Paulo voltou a integrar o SUS, e o PAS foi extinto em julho de 2001.

A necessidade política de se diferenciar do modelo de gestão do PAS parece ter sido um fator importante para que o governo Covas optasse pela parceria com entidades sem fins lucrativos, com reconhecida experiência e reputação no âmbito da administração de serviços de saúde, ao invés de converter as unidades hospitalares em organizações sociais, como proposto no projeto do ministro Bresser.

4. A implantação

Para acompanhar os hospitais administrados pelas OSS, em 1999 foi constituído um grupo técnico vinculado diretamente ao gabinete da Secretaria de Estado da Saúde. Esse grupo passou a coordenar a implantação daqueles hospitais, embora não estivesse formalmente constituído na estrutura da Secretaria de Estado da Saúde. Isso só ocorreu em 2001, quando foi criada a Coordenação de Contratação de Serviços de Saúde — CCSS. Para apoiar esse grupo técnico foi contratada a consultoria espanhola Gesaworld, para desenvolver indicadores de desempenho das atividades dos hospitais das OSS.

Segundo dados fornecidos pela Coordenadoria de Contratação de Serviços de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, desde a promulgação da Lei Complementar nº 846, em 4 de junho de 1998, até outubro de 2002 entraram em funcionamento 12 novos hospitais, administrados

por OSS, e um hospital administrado pela Universidade Estadual de Campinas — Unicamp, que apesar de não ser qualificada como OSS firmou um contrato de gestão com a Secretaria de Estado da Saúde seguindo o mesmo modelo daquelas instituições.

No período citado, foram implantados 3.355 leitos hospitalares (ver quadro 1).

Quadro 1		
Hospitais gerenciados por meio de contrato de gestão		
Hospital	Organização social de saúde	Número de leitos
Itaim Paulista	Casa de Saúde Santa Marcelina	268
Pirajussara	Sociedade Paulista para o Desenvolvimento da Medicina Escola Paulista de Medicina	350
Guarulhos	Santa Casa de Misericórdia de São Paulo	333
Carapicuíba	Associação Sanatorinhos	268
Itaquaquecetuba	Casa de Saúde Santa Marcelina	268
Diadema	Sociedade Paulista para o Desenvolvimento da Medicina Escola Paulista de Medicina	323
Grajaú	Universidade de Santo Amaro	251
Pedreira	Hospital Santa Catarina	253
Itapeçerica da Serra	Serviço Social da Indústria da Construção e do Mobiliário de São Paulo (Seconci-SP)	197
Itapevi	Associação Sanatorinhos	207
Santo André	Fundação ABC	227
Vila Alpina	Serviço Social da Indústria da Construção e do Mobiliário de São Paulo (Seconci-SP)	183
Sumaré	Universidade Estadual de Campinas (Unicamp) (não é OSS)	227
Total		3.355

Fonte: Coordenadoria de Contratação de Serviços de Saúde — SES. Data-base: 20-10-2002.

Os resultados alcançados pelos hospitais gerenciados pelas organizações sociais de saúde têm atingido os objetivos propostos, segundo avaliação da Coordenadoria de Contratação de Serviços de Saúde, como pode ser verificado nos quadros 2, que apresenta o volume de produção, e 3, onde estão os indicadores de estrutura, assistenciais e de satisfação do usuário (São Paulo, 2002).

Ainda segundo a avaliação da CCSS (São Paulo, 2002): “O sucesso alcançado por essas organizações só é possível graças à maior agilidade e autonomia, que não estão disponíveis nas instituições sob administração direta do Estado (...) As organizações sociais têm autonomia para gerenciar os recursos e

articular o processo de trabalho, o que se reflete na contratação de pessoal, reposição de materiais e também na compra de equipamentos modernos”.

Os resultados obtidos pelos hospitais das OSS demonstram que foi equacionada uma questão considerada crítica para a administração direta, ou seja, a falta de instrumentos gerenciais básicos para a operação de organizações complexas como os hospitais. O modelo, 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. A dificuldade está no objeto a ser submetido à comparação, uma vez que no caso de procedimentos médicos é necessário que haja uniformidade entre os procedimentos cujos custos estão sendo avaliados.

Quadro 2			
Volume de produção			
Dados referentes aos hospitais administrados por meio de contrato de gestão (em milhares)			
Classificação	Ano		
	2000	2001	2002*
Internações	90,5	118,7	257,6
Atendimentos ambulatoriais	225,3	575,1	1.739,2
Atendimentos de urgência	1.001,8	1.276,8	2.482,1

Fonte: Secretaria de Estado da Saúde/ CCSS.
* Projetada até dez. 2002.

Quadro 3		
Indicadores		
Tipo	Discriminação	Valor
Indicadores de estrutura	Relação enfermeiro/leito	0,25
	Relação funcionário/leito	3,82
Indicadores assistenciais	Taxa de ocupação média	77,16%
	Média de permanência	4,78%
	Taxa de cesárea	24,30%
Nível de satisfação do usuário	Mínimo de 85%	
	Máximo de 99% (percentual de conceitos bom e ótimo)	

Fonte: Secretaria de Estado da Saúde/ CCSS.

Desde a discussão da Lei Complementar nº 846, na Assembléia Legislativa, esse modelo de gestão tem provocado polêmica. Uma das principais arenas de debate tem sido o Conselho Estadual de Saúde. As críticas levantadas são de diversas ordens, desde as mais ideológicas — que vêem nesse modelo uma forma de privatização dos serviços públicos —, passando por posições mais corporativistas, que enxergaram uma situação privilegiada dos hospitais das OSS em relação aos hospitais da administração direta em disponibilidade de recursos financeiros e de instrumentos para a gestão de recursos humanos, até críticas que referem haver falta de controle social e de transparência no processo como um todo.

A principal comparação que se coloca é com as organizações hospitalares administradas diretamente pelo governo do estado de São Paulo.

Portanto, uma questão pertinente a levantar é: se for verdade que o modelo de gestão proposto apresenta melhores resultados que os hospitais administrados diretamente pelo Estado, a que se deve esse melhor desempenho?

Além disso, é preciso que as críticas referentes à falta de controle social e de transparência do modelo, bem como as que o consideram uma forma de privatização do bem público, sejam plenamente respondidas.

Porém, as respostas a essas questões não podem ser buscadas apenas pela análise da eficiência e da eficácia. A avaliação do modelo de gestão pelas OSS deve ser contextualizada no âmbito da implantação do SUS. Obrigatoriamente deverá haver clareza do impacto causado por esse novo modelo na organização do SUS e na adesão aos seus princípios básicos. Ou seja, um sistema integrado, hierarquizado, descentralizado, com controle social.

A correta avaliação dessas críticas é fundamental para a validação desse modelo de administração da coisa pública como alternativa ao modelo tradicional.

5. A questão do financiamento

O modelo das OSS não traz solução para a crise do financiamento do SUS, porque não há nenhum aporte novo de recursos. As entidades contratadas não contribuem com recursos próprios para a gestão do hospital. No entanto, a forma de repasse dos recursos financeiros pela Secretaria de Estado da Saúde aos hospitais traz inovações para a concepção de gestão de serviços públicos.

Na implantação dos seis primeiros hospitais (Itaim Paulista, Pedreira, Pirajussara, Itapeperica da Serra, Pedreira e Grajaú) o financiamento era feito por duas fontes diferentes de recursos. A primeira, oriunda do Ministério da Saúde, decorria do faturamento do SUS pelos hospitais com as internações hospitalares e os atendimentos ambulatoriais e de urgência. A segun-

da fonte de recursos, oriunda da Secretaria do Estado da Saúde, era repassada de duas maneiras:

- † de uma forma que poderíamos chamar de automática, a secretaria repassava um valor correspondente a 50% do valor faturado contra o Ministério da Saúde; esse mecanismo pode ser visto como um reconhecimento velado pela Secretaria do Estado da Saúde de que os valores dos procedimentos da tabela SUS são insuficientes para viabilizar o custeio dos serviços contratados;
- † ocorria um repasse suplementar de recursos estaduais que se dava através de uma solicitação formal da entidade gestora, pois mesmo com o incremento de 50% em relação à produção faturada contra o Ministério da Saúde os recursos eram insuficientes para o custeio da implantação desses hospitais.

Essa sistemática de financiamento foi importante naquela fase, pois permitiu a implantação dos hospitais em tempo que pode ser considerado recorde para qualquer padrão que se queira considerar, do setor público ou privado do Brasil ou em qualquer caso semelhante na esfera internacional.

A necessidade de solicitação de recursos complementares mensalmente pelas OSS criava uma situação que poderíamos chamar do “tipo pires na mão”. Para diminuir a dependência da complementação, os hospitais buscaram aumentar o seu faturamento. Essa busca por um maior faturamento na fase de implantação levou algumas OSS a optar pela definição de um modelo assistencial com base em serviços que produzissem procedimentos de alta complexidade, mais bem remunerados na tabela SUS.

A partir de 2001, a SES mudou a forma de repasse financeiro para os hospitais sob contrato de gestão, que passaram a ter um orçamento anual predeterminedo. Esse orçamento estabelecido no contrato de gestão possui duas partes:

- † parte fixa, correspondente a 90% do total dos recursos do orçamento, condicionada ao cumprimento das metas de produção;
- † parte variável, correspondente aos 10% restantes e condicionada ao cumprimento das metas de qualidade, avaliadas pelos técnicos da SES através de indicadores previamente estabelecidos no contrato de gestão.

Esse novo sistema de repasse de recursos é coerente com a lógica da organização do SUS, pois o provedor de serviços, no caso o hospital, passa a trabalhar na perspectiva da realização dos serviços que tragam a melhor resolubilidade do sistema de saúde, e não mais na lógica da melhor remuneração da tabe-

la de procedimentos. A partir de 2001 a Direção Regional de Saúde — DIR, órgão regional da SES responsável pela organização local do SUS, passou a participar da definição dos serviços a serem contratados dos hospitais. Ou seja, deixou de caber exclusivamente ao provedor estabelecer a composição dos serviços ofertados; esta passou a ser uma decisão da instância de deliberação do SUS na esfera em que o hospital está inserido.

Esse modelo se diferencia da administração direta, pois o não-cumprimento das metas implica cortes no repasse financeiro, criando assim um estímulo à eficácia e à eficiência.

6. A gestão de recursos humanos

Esta é uma questão fundamental para qualquer entidade prestadora de serviços, principalmente na área da saúde. Não se trata apenas da possibilidade de contratação de funcionários pelo regime da CLT, pois isso já ocorre em várias esferas governamentais. Mas mesmo onde isso ocorre há uma forte tendência de incorporar a cultura corporativista do funcionalismo, inclusive na burocratização dos procedimentos de contratação, demissão e movimentação de pessoal. Pode-se constatar que o modelo das OSS tem-se utilizado de um leque maior de opções para o gerenciamento de recursos humanos. Para começar, tem sido possível estabelecer estratégias de contratação de pessoal conforme a realidade do mercado peculiar à localização do hospital. Observa-se que as OSS têm lançado mão de diferentes políticas de contratação de pessoal, cuja definição depende também da cultura da entidade gestora. Enquanto em alguns hospitais todos os funcionários pertencem ao quadro próprio do hospital, em outros há níveis diferenciados de terceirização de mão-de-obra (empresas médicas, empresas de limpeza, lavanderia, cooperativa de serviços etc.).

Como os trabalhadores desses hospitais não são funcionários públicos, há uma maior flexibilidade na contratação de mão-de-obra e, portanto, uma maior agilidade para dar conta de dificuldades de caráter conjuntural. Por exemplo, as especialidades médicas apresentam diferentes valores no mercado, por isso é difícil contratar um neurocirurgião pela mesma base de remuneração de um pediatra, como está obrigada a fazer qualquer entidade da administração direta. Um outro exemplo é a necessidade de contratação de um especialista para pareceres ocasionais, que seria remunerado por chamada, prática pouco provável numa entidade da administração direta.

Apesar da grande liberdade de que as OSS gozam para o gerenciamento de recursos humanos, a SES introduziu limites para o gasto com recursos humanos. Além disso, os hospitais são obrigados a realizar periodicamente pesquisas salariais e manter os seus salários dentro da média do mercado.

7. A crítica da privatização dos serviços de saúde

Uma parte do projeto de reforma do aparelho de Estado que foi implementada pelo governo do presidente Fernando Henrique Cardoso foi a que dizia respeito ao setor do governo de produção de bens e serviços, para o qual a prescrição para a maioria dos casos foi a da privatização. Este foi o caso das empresas de telecomunicações, do setor siderúrgico e das empresas de energia. Pela sua importância estratégica para o país, a Petrobras foi mantida sob controle do governo. No âmbito do estado de São Paulo, o programa de privatizações foi coordenado pelo então vice-governador Geraldo Alckmin. Nesses casos, as empresas deixam de pertencer e de ser controladas pelo Estado.

Os serviços de saúde, bem como os serviços de educação, os culturais e os de pesquisa científica, constituem o setor dos serviços não-exclusivos do Estado. Segundo Bresser-Pereira, haveria três possibilidades para esse setor: a primeira, permanecer sob o controle do Estado, alternativa defendida pelo burocratismo e pelo estatismo. A segunda possibilidade é a da privatização, defendida pela cartilha neoliberal radical. A terceira alternativa, defendida pelos socialdemocratas, ou democratas liberais, é a de o Estado financiar ou subsidiar essas atividades e o controle ser exercido pela sociedade, isto é, elas serem convertidas em organizações públicas não-estatais. Na proposta do ministro Bresser-Pereira, as instituições a serem usadas para a implementação da reforma do Estado nessa área são as organizações sociais compondo setor público não-estatal, autorizadas pelo Parlamento a receberem dotação orçamentária do Estado. O controle dessas organizações sociais se dá através do contrato de gestão.

Entretanto, há uma forma velada de privatização da coisa pública, que viceja no estatismo e no burocratismo: a prática em que os dirigentes tratam o bem público como sua propriedade privada. Essa prática se define como patrimonialismo. No patrimonialismo os dirigentes usam o dinheiro público como se fosse originário de suas contas bancárias (Mainwaring, 1999). O patrimonialismo é típico dos ambientes onde não há controle social, falta transparência e não se consegue a responsabilização do dirigente, governante ou político.

Não se justifica que o modelo de gestão dos hospitais paulistas através das OSS venha a ser taxado como privatização porque, a bem da verdade, sequer foi implementada a proposta do ministro Bresser-Pereira de tornar esses hospitais instituições não-estatais. Nesse caso o que ocorre é qualificação de entidades pelo secretário da Saúde como organizações sociais de saúde e se estabelece a possibilidade de, através de um contrato de gestão, essas entidades poderem administrar um hospital próprio do Estado. Encerrado o contrato de gestão, o hospital volta ao controle do Estado, e todos os bens adquiridos durante o período de contratação são incorporados ao hospital como patrimônio do Estado.

8. A crítica da falta de transparência

A questão da transparência na administração pública diz respeito à forma como os recursos públicos são distribuídos. No limite se coloca a questão da corrupção.

Na administração pública brasileira são muito comuns as práticas da patronagem, do clientelismo e do patrimonialismo.

A patronagem diz respeito à distribuição de recursos públicos segundo critérios não-meritocráticos. A moeda principal da patronagem é o empreguismo, embora também se refira a disputas por contratos e investimentos públicos. Já o clientelismo trata de uma relação assimétrica de reciprocidade do tipo patrão-cliente, onde há um vínculo pessoal e de dependência. Essa relação, embora assimétrica, traz benefícios pessoais tanto para o patrão como para o cliente. O patrimonialismo, como citado anteriormente, se refere ao uso do patrimônio público como se fosse propriedade privada do dirigente ou do político.

Nem a patronagem, nem o clientelismo ou o patrimonialismo são sinônimos necessariamente de corrupção, embora evidentemente facilitem a sua prática (Mainwaring, 2001).

Se a maior flexibilização da burocracia estatal para contratação, remuneração e gestão de pessoal traz, por um lado, maior agilidade à administração pública, por outro facilita também o uso político e a prática da patronagem e do clientelismo. Mainwaring cita como exemplo dessa contradição a reestruturação da burocracia federal promovida pelos governos da ditadura militar através do Decreto-lei nº 200, de 1967, que permitiu que empresas públicas, ministérios e autarquias pudessem contratar pessoas de fora do serviço público com salários mais altos. Assim, a iniciativa, com intuito de dar maior flexibilidade e eficiência à administração pública, trouxe também a possibilidade de adoção de critérios políticos na gestão de pessoal.

Aqui se coloca um falso dilema: administração pública tradicional *versus* um modelo mais flexível, porém sujeito ao uso político da máquina. Na verdade, o modelo burocrático de controles processuais, além de não evitar o uso político da máquina e a corrupção, acaba criando um arcabouço de regras, em que o processo e o rito procedimental se tornam um fim em si mesmos. O objetivo primeiro da administração pública, o de servir ao cidadão, acaba se tornando secundário, ou totalmente esquecido.

Entretanto, a questão da *accountability* (transparência e responsabilização) não pode ser negligenciada. De fato, em relação a esse tema Behn (1998) afirma: “Os defensores da abordagem da nova gestão pública devem agora não apenas demonstrar que sua estratégia é mais eficiente e eficaz. Eles devem também provar que ela é politicamente responsável. Aqueles que buscam um novo paradigma de gestão pública terão o ônus de apresentar um conceito correlato de *accountability* democrática”.

No caso do modelo de gestão dos hospitais públicos através das organizações sociais de saúde, a crítica da falta de transparência no destino dos recursos públicos se dá basicamente em dois níveis.

O primeiro diz respeito aos critérios para a qualificação das entidades como organizações sociais, definidos pela Lei Complementar nº 846, que determina no inciso II do art. 2º: “ter a entidade recebido aprovação em parecer favorável, quanto à conveniência e oportunidade de sua qualificação como organização social, do Secretário de Estado da área correspondente e do Secretário da Administração e Modernização do Serviço Público”.

O segundo se refere basicamente ao uso dos recursos repassados às organizações sociais de saúde para a gestão dos hospitais.

No primeiro caso o questionamento se dá quanto à discricionariedade do ato do secretário da Saúde para a qualificação da entidade como organização social.

Entretanto, poderia ser discutida a legitimidade do secretário para tomar tal decisão, pois os critérios para a qualificação das entidades foram estabelecidos no inciso I do art. 2º da lei:

São requisitos específicos para que as entidades privadas referidas no artigo anterior habilitem-se à qualificação como organização social:

I — comprovar o registro de seu ato constitutivo, dispondo sobre:

- a) natureza social de seus objetivos;
- b) finalidade não-lucrativa, com a obrigatoriedade de investimento de seus excedentes financeiros no desenvolvimento das próprias atividades;
- c) previsão expressa de ter a entidade, como órgãos de deliberação superior e de direção, um Conselho de Administração e uma diretoria, definidos nos termos do estatuto, assegurado àquele composição e atribuições normativas e de controle básicos previstos nesta lei complementar;
- d) previsão de participação, no órgão colegiado de deliberação superior, de membros da comunidade, de notória capacidade profissional e idoneidade moral;
- e) composição e atribuições da diretoria da entidade;
- f) obrigatoriedade de publicação anual, no *Diário Oficial* do Estado, dos relatórios financeiros e do relatório de execução do contrato de gestão;
- g) em caso de associação civil, a aceitação de novos associados, na forma do estatuto;
- h) proibição de distribuição de bens ou de parcela do patrimônio líquido em qualquer hipótese, inclusive em razão de desligamento, retirada ou falecimento de associado ou membro da entidade;
- i) previsão de incorporação integral do patrimônio, dos legados ou das doações que lhe foram destinados, bem como dos excedentes financeiros decorrentes de suas atividades, em caso de extinção ou desqualificação da entidade, ao patrimônio de outra organização social qualificada no âmbito do Estado, da mesma área de atuação, ou ao patrimônio do Estado, na proporção dos recursos e bens por este alocados.

Também no parágrafo único deste mesmo artigo está estabelecido: “Somente serão qualificadas como organização social as entidades que, efetivamente, comprovarem possuir serviços próprios de assistência à saúde há mais de 5 (cinco) anos”.

O segundo nível se refere ao uso propriamente dito dos recursos repassados às OSS.

O controle da corrupção depende de três variáveis:

- 1 a existência de informações referentes ao uso dos recursos públicos;
- 1 o efetivo acesso a essas informações pela sociedade civil organizada;
- 1 a punição dos responsáveis, quando constatada a prática de corrupção.

Vejamos cada uma das variáveis.

Existência de informações

Os serviços contratados, as metas de produção e de desempenho, bem como os recursos financeiros, são definidos no contrato de gestão que é publicado em diário oficial. Além disso, mensalmente são elaborados relatórios de faturamento, de produção de serviços, de custos hospitalares e relatórios financeiros, incluindo o extrato da movimentação bancária dos recursos destinados ao hospital. Esses relatórios são encaminhados à CCSS. Os hospitais são submetidos anualmente à auditoria do Tribunal de Contas do Estado — TCE, sendo o resultado dessa auditoria também publicado em diário oficial.

Acesso às informações

Além da publicação em diário oficial do contrato de gestão e dos relatórios de auditoria do TCE, a lei complementar prevê que uma comissão de avaliação, com dois representantes do Conselho Estadual de Saúde — CES, e de dois representantes da Comissão de Saúde e Higiene da Assembléia Legislativa, faça o acompanhamento da gestão dos hospitais. De fato, foi no âmbito do CES que foram travados os maiores debates sobre o desempenho das OSS.

Punição quando constatada corrupção

Esse item felizmente não pôde ser testado por não haver constatação de qualquer ato de improbidade na administração das OSS.

Podemos afirmar que entre os hospitais públicos do estado de São Paulo, os administrados através de contrato de gestão são os que permitem maior transparência em virtude da produção e da disponibilização de informações relativas ao uso dos recursos públicos.

9. A crítica da falta de controle social sobre as OSS

A questão do controle social é inerente à própria administração pública, pois trata de como evitar que ela se desvie de seus objetivos públicos em favor de interesses privados.

Woodrow Wilson, em seu ensaio *O estudo da administração*, de 1887, propunha que as decisões políticas fossem separadas da administração. Os administradores públicos se encarregariam de implementar as políticas administrativas definidas pelos representantes políticos. Para Wilson, todos os servidores devem ter uma “submissão firme, inerente à política do governo que eles servem” (Wilson, 1887, apud Behn, 1998).

Nesse modelo de controle social o cidadão precisaria se preocupar apenas com a política, pois caso ele ficasse descontente com a política do governo poderia substituir os dirigentes políticos na próxima eleição. Isso é *accountability* política, *accountability* direta (Behn, 1998).

Essa concepção se baseava na crença que a administração pública se revestiria de uma “competência neutra” para definir a melhor prática administrativa e os melhores processos para o cumprimento das diretrizes estabelecidas na esfera política.

A administração pública gerencial (como denominada por Bresser-Pereira) ou a nova gestão pública (na denominação de Robert D. Behn) está voltada para a obtenção de resultados. Behn afirma que o novo paradigma da administração por resultados coloca uma questão primordial a ser respondida: Como e quem irá cobrar responsabilidade de quem para produzir quais resultados?

Para o autor, a partir dessa pergunta surgem quatro outras questões suplementares:

- † Quem decidirá quais resultados devem ser produzidos?
- † Quem deve responder pela produção desses resultados?
- † Quem é responsável pelo processo de responsabilização, *accountability*?
- † Como irá funcionar esse processo de *accountability*?

As respostas a estas perguntas não estão prontas. Elas serão construídas à medida que o novo modelo de gestão pública for sendo experimentado.

Bresser-Pereira e Spink (1999), ao citarem as principais características da administração gerencial, indicam pelo menos em parte como o controle da administração pública será feito.

Principais características da administração gerencial:

- é voltada para o cidadão e para a obtenção de resultados;
- pressupõe um grau de confiança nos políticos e funcionários públicos;
- serve-se da descentralização como estratégia;
- incentiva a criatividade e a inovação;
- utiliza o contrato de gestão como instrumento de controle dos gestores públicos.

O contrato de gestão é um importante instrumento para o controle social. Nele estão definidos os objetos, os resultados desejados, as metas a serem cumpridas, as formas de avaliação de desempenho e dos resultados, e os recursos públicos comprometidos.

Além disso, o contrato de gestão é de domínio público, acessível a qualquer cidadão que possa obter o *Diário Oficial* ou que disponha de acesso à internet.

No caso dos hospitais administrados pelas OSS, a questão do controle social tem gerado demandas e críticas de basicamente duas origens diferentes: uma, a de representantes de movimentos de saúde que querem tomar parte nas decisões envolvendo os hospitais; e, outra, de esferas municipais de governo que reclamam estar excluídos do contrato de gestão e que gostariam de ter a gestão dos hospitais subordinada à Secretaria Municipal da Saúde.

Na verdade, a questão de fundo que se apresenta é a da legitimidade dos atores setoriais para desempenhar o controle social, bem como a definição dos resultados que se deseja alcançar.

Nesse caso, a resposta a essa questão deve estar referenciada no âmbito do SUS.

Como equipamentos de um sistema nacional de saúde, esses hospitais respondem por um papel que transcende os interesses de âmbito local das regiões onde estão inseridos.

Portanto, a responsabilidade pela definição dos resultados definidos no contrato de gestão deve ser dada às instâncias administrativas do SUS nas suas diversas esferas, já que se trata de um sistema nacional, hierarquizado e descentralizado.

O SUS possui várias instâncias de deliberação: conselhos nacional, estaduais e municipais de saúde, as conferências de saúde nas diversas esferas

de governo, em que são definidas as diretrizes políticas do sistema. Essas instâncias devem ser as arenas privilegiadas para o exercício do controle social.

Entretanto, a Lei Complementar nº 846 determinou que as entidades qualificadas como organização social constituíssem dentro de suas estruturas um conselho de administração com a seguinte composição: 55% de membros eleitos pelos associados ou membros da organização social; 35% de membros eleitos pelos demais integrantes do conselho de administração entre pessoas de notória capacidade profissional e reconhecida idoneidade moral; e 10% de membros eleitos pelos funcionários da organização social.

Entre as funções do conselho está a de aprovar o contrato de gestão e o orçamento da entidade.

A exigência da criação desse conselho nos moldes definidos pela Lei Complementar nº 846 é uma interferência na entidade, trazendo pouca ou quase nenhuma contribuição para o seu controle social. Pela própria natureza das entidades qualificadas como OSS, muitas delas possuem órgãos colegiados e sistemas de controle mais eficientes que o definido pela lei. Além disso, entendemos que o foco da ação do controle social deve-se dar no contrato de gestão, pois nele estão definidas as bases da relação entre a entidade privada e a administração pública.

10. Conclusão

O modelo de gestão de hospitais públicos do governo do estado de São Paulo, através das OSS, aponta para a construção de uma nova administração pública moderna, eficaz, eficiente, voltada para o cidadão e para a obtenção de resultados, permitindo a inclusão de atores não-estatais, mas de atuação pública.

Talvez a mais importante contribuição desse modelo seja a introdução do contrato de gestão como instrumento para a administração da coisa pública, pela lógica da obtenção de resultados em que está baseado e pela transparência que permite ao processo como um todo.

Entretanto, o contrato de gestão sozinho não garante o estabelecimento do novo paradigma da administração gerencial.

A superação do paradigma da administração burocrática voltada para o controle dos processos coloca em xeque a estrutura organizacional da administração direta. Será preciso que haja uma profunda reforma do aparelho de Estado para que seja possível conceder ao administrador público os mesmos instrumentos gerenciais disponíveis na administração privada.

Por fim, não existe modelo de administração pública que esteja desvinculado do processo político ou que seja imune às práticas da patronagem, do patrimonialismo, do clientelismo político e da corrupção. Somente o pleno exercício da cidadania, possível apenas em um regime democrático, poderá garantir a con-

strução dos meios adequados de controle social que garantam a boa gestão da coisa pública e que ponham fim à impunidade.

Referências bibliográficas

ANDRÉ, Maristela de. Contratos de gestão como instrumentos de promoção da qualidade e produtividade no setor público. *Revista Indicadores de Qualidade e Produtividade*, Ipea, n. 1, fev. 1993.

BEHN, Robert D. O novo paradigma da gestão pública e a busca da accountability democrática. *Revista do Serviço Público*, ano 49, n. 4, out./dez. 1998.

BRESSER-PEREIRA, Luiz Carlos. Contratos de gestão: contradições e caminhos da administração pública. *Revista de Administração de Empresas*, São Paulo: FGV, v. 35, n. 3, 1995.

———. *Administração pública gerencial: estratégia e estrutura para um novo Estado*. Brasília: Enap, 1996. (Textos para discussão, n. 9).

———. *Cidadania e res publica: a emergência dos direitos republicanos*. Brasília: Enap, 1997. (Textos para discussão, n. 15).

———. *Reconstruindo um novo Estado na América Latina*. Brasília: Enap, 1998a. (Textos para discussão, n. 24).

———. *Reforma do Estado para a cidadania*. São Paulo: Editora 34, 1998b.

———. Reforma gerencial do Estado de 1995. *Revista de Administração Pública*, Rio de Janeiro: FGV, v. 34, n. 4, p. 7-26, jul./ago. 2000.

———; SPINK, Peter (Orgs.). *Reforma do Estado e administração pública gerencial*. 3. ed. Rio de Janeiro: FGV, 1999.

CECÍLIO, Luiz Carlos de Oliveira. A modernização gerencial dos hospitais públicos: o difícil exercício da mudança. *Revista de Administração Pública*, Rio de Janeiro: FGV, v. 31, n. 3, p. 36-47, maio/jun. 1997.

FLEURY, Sonia. Reforma del Estado. *Revista de Administração Pública*, Rio de Janeiro: FGV, v. 35, n. 3, p. 7-48, set./out. 2001.

LIMA, Sheila Maria Lemos. O contrato de gestão e a conformação de modelos gerenciais para as organizações hospitalares públicas. *Revista de Administração Pública*, Rio de Janeiro: FGV, v. 30, n. 5, p. 101-138, set./out. 1996.

LODOÑO, Gustavo M.; MORERA, Ricardo G.; LAVERDE, Gabriel P. *Administración hospitalaria*. 2. ed. Editorial Médica Panamericana, 2000.

MAINWARING, Scott P. *Sistemas partidários em novas democracias: o caso Brasil*. Porto Alegre: Mercado Aberto; Rio de Janeiro: FGV, 2001.

MARTINS, Luciano. *Reforma da administração pública e cultura política no Brasil: uma visão geral*. Brasília: Enap, 1997. (Textos para discussão, n. 8).

BRASIL. Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado. *Organizações sociais*. 5. ed. Brasília: Mare, 1998.

REFORMA DO ESTADO. *Cadernos Enap*, Brasília, v. 2, n. 4, dez. 1994.

REFORMA DO ESTADO NO SETOR SAÚDE. *Cadernos Enap*, Brasília, n. 13, 1997.

REVISTA DO PMS. São Paulo, n. 1, fev. 1987a.

———. São Paulo, n. 2, abr. 1987b.

RIBEIRO, Sheila Maria Reis. Controle interno e paradigma gerencial. *Textos para discussão*. Escola Nacional de Administração Pública — Enap. Brasília — DF, n. 17, jul. 1997.

SÃO PAULO. Lei Complementar n° 846, de 4 de junho de 1998. Dispõe sobre a qualificação de entidades como organizações sociais e dá outras providências. *Diário Oficial*, v. 108, n. 106, 5-6-1998.

SÃO PAULO. Secretaria de Estado da Saúde. CCSS. *Boletim Informativo OSS*, ano I, n. 1, nov. 2002.