

**Fundação Getúlio Vargas
Escola de Administração de Empresas de São Paulo**

**Ernesto Martins Faria
Lívia Magro de Souza
Maria Ligia Migliorato Saad**

***Value-for-money* e geração de valor público na atuação das organizações
sociais de saúde: contribuições para o governo do estado de São Paulo**

**São Paulo
2015**

Ernesto Martins Faria
Bacharel em Ciências Econômicas
Lívia Magro de Souza
Bacharel em Relações Internacionais
Maria Ligia Migliorato Saad
Bacharel em Relações Internacionais

***Value-for-money* e geração de valor público na atuação das organizações sociais de saúde: contribuições para o governo do estado de São Paulo**

Dissertação apresentada à Escola de Administração de Empresas de São Paulo da Fundação Getulio Vargas, como requisito para obtenção do título de Mestre em Gestão e Políticas Públicas.
Campo de Conhecimento: Gestão e Políticas Públicas

Orientador: Prof. Dr. **ARTHUR BARRIONUEVO FILHO**

São Paulo
2015

Faria, Ernesto Martins.

Value-for-money e geração de valor público na atuação das organizações sociais de saúde: contribuições para o governo do estado de São Paulo / Ernesto Martins Faria, Livia Magro de Souza e Maria Ligia Migliorato Saad. -2015.

97 f.

Orientador: Arthur Barrionuevo Filho

Dissertação (MPGPP) - Escola de Administração de Empresas de São Paulo.

1. Saúde pública. 2. Parcerias São Paulo. 3. Assistência social. 4. Saúde pública – Administração – São Paulo (Estado). I. Barrionuevo Filho, Arthur. II. Souza, Livia Magro. III. Saad, Maria Ligia Migliorato. IV. Dissertação (MPGPP) - Escola de Administração de Empresas de São Paulo. V. Título.

CDU 614

**Ernesto Martins Faria
Lívia Magro de Souza
Maria Ligia Migliorato Saad**

***Value-for-money* e geração de valor público na atuação das organizações sociais de saúde: contribuições para o governo do estado de São Paulo**

Dissertação apresentada à Escola de Administração de Empresas de São Paulo da Fundação Getulio Vargas, como requisito para obtenção do título de Mestre em Gestão e Políticas Públicas.
Campo de Conhecimento: Gestão e Políticas Públicas

Data de Aprovação:

25/09/2015

Banca Examinadora:

Profa. Dra. Regina Silvia Pacheco

Profa. Dra. Maria Luiza Levi Pahim

Marcos D'Avino Mitidieri

Prof. Dr. Arthur Barrionuevo Filho (orientador)

AGRADECIMENTOS

Aos nossos familiares, pela paciência e compreensão, tão importantes para tornar esta jornada mais leve.

Aos nossos professores, pela dedicação, empenho e disponibilidade.

Aos nossos colegas de curso, a nossa querida panelinha MPGPP, sem vocês o percurso não teria sido tão rico e feliz.

SUMÁRIO

RESUMO.....	7
ABSTRACT.....	9
LISTA DE ILUSTRAÇÕES.....	11
1 INTRODUÇÃO.....	13
2 PARTICIPAÇÃO PRIVADA NA PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS PÚBLICOS DE SAÚDE: PANORAMA BRASIL E REFERÊNCIAS INTERNACIONAIS.....	15
2.1 Contexto nacional.....	15
2.2 Mecanismos de participação privada e arcabouço legal.....	19
2.3 Referências internacionais.....	21
3 DESCRIÇÃO DO CASO: MODELO DE OPERAÇÃO DAS ORGANIZAÇÕES SOCIAIS DE SAÚDE NO ESTADO DE SÃO PAULO.....	27
3.1 As organizações sociais da saúde no Estado de São Paulo.....	27
3.1.1 Contexto de atuação.....	27
3.1.2 Histórico.....	28
3.1.3 Contratos de gestão.....	30
3.1.4 Os Ambulatórios Médicos de Especialidades (AMEs).....	31
3.1.5 Satisfação dos usuários.....	32
3.2 Desafios na área da saúde.....	34
3.3 O impacto das organizações sociais.....	35
4 MECANISMOS E ABORDAGENS DE AVALIAÇÃO NA PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS PÚBLICOS: A EXPERIÊNCIA INGLESA.....	39
4.1 Antecedentes: a nova gestão pública e a reforma dos serviços públicos.....	39
4.2 O <i>value-for-money</i> como mecanismo de avaliação da prestação de serviços públicos.....	40
4.2.1 O <i>value-for-money</i> na área da saúde.....	42
4.3 Contribuições da teoria do valor público à avaliação da prestação de serviços públicos.....	44
4.3.1 A origem da teoria da criação do valor público.....	45
4.3.2 Aferição do valor público.....	48
4.3.3 Valor público na área da saúde.....	49
5 ALTERNATIVA PARA A CRIAÇÃO DE VALOR PÚBLICO NA PROVISÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE PELO GOVERNO DO ESTADO DE SÃO PAULO.....	51

5.1	Proposta de metodologia de avaliação (<i>framework</i>).....	51
5.1.1	Definindo propósitos valiosos: mecanismos de escuta e participação dos cidadãos.....	53
5.1.2	Articulando o ambiente autorizador: arranjos de governança colaborativa.....	56
5.1.3	Qualificando desempenho e capacidade operacional.....	60
5.1.3.1	Análise e seleção de indicadores.....	62
5.2	Proposta para a elaboração do quadro de indicadores.....	72
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS: CONTRIBUIÇÕES AO GOVERNO DO ESTADO DE SÃO PAULO.....	77
	REFERÊNCIAS.....	81
	ANEXOS.....	85

RESUMO

***Value-for-money* e geração de valor público na atuação das organizações sociais de saúde: contribuições para o governo do estado de São Paulo**

O fato de que o Estado brasileiro deve, de acordo com sua Carta Magna, garantir o direito de seus cidadãos à saúde não significa, necessariamente, que a provisão destes serviços tem de ser feita diretamente pelo poder público. As parcerias com organizações sociais, previstas na Lei Federal 9.637/1998 e regulamentadas pelos Contratos de Gestão, pretendem oferecer uma alternativa à eficiência, agilidade e flexibilidade na assistência à saúde. Entretanto, a estrutura dos contratos de gestão com Organizações Sociais de Saúde (OSS), elaborada com a pactuação de metas e indicadores de desempenho, não pode ser considerada, isoladamente, como fator garantidor da prestação adequada de tais serviços públicos. É fundamental considerar neste contexto os arranjos organizados pelo poder público para assegurar que os serviços oferecidos representam o que, de fato, os cidadãos consideram valor. O presente trabalho tem como objeto as parcerias com OSS no âmbito do governo do estado de São Paulo. As entrevistas realizadas e as pesquisas empreendidas na confecção deste estudo revelam que, caso se pretenda trabalhar com estas parcerias sob uma perspectiva de *value-for-money* e geração de valor público, faz-se necessário aprimorar os mecanismos de escuta aos cidadãos, os arranjos de governança colaborativa entre entes federados, o alinhamento com órgãos de controle e, sobretudo, qualificar a capacidade organizacional do Estado e das OSS, por meio da revisão das metas e indicadores dispostos nos contratos de gestão.

Palavras-chave: *Value-for-money*; Valor público; Organizações sociais de saúde; Saúde pública; Metas; Indicadores; Efetividade; Desempenho; Governança colaborativa; Capacidade organizacional

ABSTRACT

Value-for-money and creation of public value in the performance of health social organizations: contributions to São Paulo state government

The fact that the Brazilian State shall, in accordance with its Constitution, guarantee the right of its citizens to health does not necessarily mean that the provision of these services must be made directly by the government. Partnerships with social organizations, established by Federal Law 9.637 / 1998 and regulated by the Management Contract, claim to offer an alternative to the efficiency, agility and flexibility in health care. However, the structure of management contracts with Health Social Organizations (OSS, *in Portuguese*), drawn up with the negotiation of goals and performance indicators, cannot be considered, in isolation, as guarantee factor to the adequate provision of such public services. In this context, it is crucial to consider the arrangements organized by the government to ensure that the services offered represent what citizens consider value. This work focuses on the partnerships established with OSS under the state government of Sao Paulo. The interviews and research undertaken for this study show that, in order to operate this partnerships from the perspective of value-for-money and fostering public value, it is necessary to implement some improvements, such as: the listening mechanisms to citizens, collaborative governance arrangements among federated entities, alignment with regulatory agencies and, above all, qualifying the organizational capacity of the state and OSS, through the review of the willing targets and indicators in management contracts.

Keywords:Value-for-money; Public value;Health social organizations; Public health; Goals; Indicators; Effectiveness; Performance; Collaborative governance; Organizational capacity

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 - Organizações Sociais de Saúde – OSS no Estado de São Paulo.....	28
Quadro 2 - Hospitais e AMEs por Diretoria Regional de Saúde.....	29
Figura 3 - Hospitais – Satisfação do Usuário – Média Geral 2014.....	33
Figura 4 - AMEs – Satisfação do Usuário – Média Geral 2014.....	33
Figura 5 –Evolução da taxa de mortalidade infantil (óbitos de crianças menores de 1 ano para cada 1.000 nascidos vivos) no Brasil e nas grandes regiões.....	34
Quadro 6 - Métodos para avaliação de causalidade.....	38
Figura 7 - Abordagem do <i>value-for-money</i> adotada pelo NAO.....	41
Figura 8 - O triângulo estratégico de criação do valor público.....	46
Figura 9 - Proposta de metodologia de avaliação, baseada no triângulo estratégico de Moore.....	52
Figura 10 - Desempenho.....	62
Figura 11 - <i>NHS Outcomes Framework</i> – Classificação dos indicadores.....	64
Quadro 12 - Indicadores de Atenção Básica no estado de São Paulo.....	66
Quadro 13 - Indicadores de atenção especializada no estado de São Paulo.....	67
Quadro 14 - Classificação dos Indicadores de atenção básica e atenção especializada do Rol de Diretrizes do Ministério da Saúde.....	69
Quadro 15 - Mecanismos utilizados para estimar a eficiência, eficácia e custo efetividade/eficiência do gasto (<i>value for money</i>) das atividades públicas...70	70
Quadro 16 - Proposta de quadro de indicadores de resultado, baseada no <i>NHS Outcomes Framework</i>	74

1 INTRODUÇÃO

No ano de 1988, com a promulgação de uma nova Constituição Federal, o Brasil, dentre outras importantes determinações, passa a assegurar legalmente o direito de todo cidadão à saúde de qualidade, criando o Sistema Único de Saúde (SUS), sob os princípios de universalidade, integralidade e equidade. Trata-se de um avanço democrático importante, no qual o Estado passa a ser o ente garantidor da prestação de serviços públicos de saúde.

Note-se que o termo garantidor não implica, necessariamente, na provisão direta do serviço. Em um país de dimensões continentais, no qual mais de 5.500 municípios também são entes federados, a execução direta da totalidade dos serviços de saúde pelo Estado seria, efetivamente, um grande dificultador no cumprimento de seu dever constitucional para com seus cidadãos. Esta dificuldade pode ser evidenciada por falta de capacidade operacional com a requerida capilaridade e pelo fato de que o Estado brasileiro possui um aparato burocrático pouco flexível, sobretudo em face da demanda por respostas rápidas como ocorre com a área da saúde.

Diante de um cenário complexo, as parcerias com organismos privados mediante a pactuação de objetivos de atuação e metas de desempenho, se tornaram uma alternativa para assegurar a provisão da atenção à saúde no âmbito do SUS. Para disciplinar esta relação com entes não-governamentais, criou-se um arcabouço normativo específico, sobre o qual discorreremos mais adiante.

Neste contexto, delimita-se o objeto deste estudo, que compreende as parcerias com Organizações Sociais de Saúde (OSS) no Estado de São Paulo. No ano de 2015, 107 equipamentos públicos são operados por estas organizações e, em 2014, foram investidos cerca de R\$ 4 bilhões na execução destes contratos. Trata-se de um alto investimento, sobre o qual faz-se necessário aprimorar continuamente a gestão sobre sua alocação, identificando a efetividade dos gastos.

Um dos conceitos que pode apoiar tal avaliação é o de *value-for-money*, definido como a combinação ótima do uso dos recursos empregados para atingir os resultados pretendidos em determinada iniciativa. Tal conceito tem sido amplamente utilizado pelo governo do Reino Unido como balizador para garantir que os recursos públicos serão gastos em atividades que proporcionam os maiores benefícios possíveis para a sociedade e de forma mais eficiente.

O desafio que fundamenta a importância deste estudo vai muito além de uma análise de custo-benefício. Mais do que entender se os recursos aplicados estão sendo executados a contento, é fundamental aferir se estes investimentos geram **valor público**. Nesta expressão,

cunhada pelo Professor Mark Moore na década de 1990, o termo valor não pode ser delimitado por seu aspecto econômico em sentido restrito, mas é compreendido de forma ampliada, nas situações em que os serviços prestados refletem o que é considerado realmente importante para a comunidade na qual estão inseridos.

O que se pretende neste trabalho é analisar alternativas, por meio da elaboração de um framework conceitual e da seleção de indicadores de desempenho, para oferecer ferramentas que possibilitem ao governo do Estado de São Paulo aferir *value-for-money* e, de maneira mais ampla, a geração de valor público na provisão de serviços de saúde. A análise tem como foco os contratos de gestão com as OSS, mas não se limita a eles, por entendermos que a criação de valor público compreende um universo mais amplo do que uma avaliação de desempenho destas organizações e dos custos associados a este modelo de contratação.

A metodologia utilizada para a composição deste trabalho compreende uma revisão da literatura sobre *value-for-money* e sobre geração de valor público, bem como, um estudo de caso sobre o sistema público de saúde do Reino Unido, que fez uso de ambas referências para avaliar parcerias com o setor privado na área. Foram também realizadas entrevistas semiestruturadas com atores chave e especialistas no tema, além de uma visita a um equipamento estadual de saúde gerido por OSS e de uma extensa análise de dados, a partir do Rol de Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores 2013 – 2015 do SUS.

Este estudo está organizado da seguinte forma: no capítulo 2 discorreremos sobre o contexto da participação privada na provisão de serviços públicos de saúde. Abordaremos neste item o contexto político no qual estas parcerias foram viabilizadas, bem como, o marco legal estruturado para regulamentá-las. Traremos também referências internacionais para subsidiar a análise. No capítulo 3 nos aprofundaremos na análise da atuação das OSS no estado de São Paulo, entendendo sua abrangência e modelo de operação, bem como, contextualizando seus desafios na oferta de serviços na área da saúde. No capítulo 4 apresenta-se uma revisão de literatura e análise dos mecanismos e abordagens mais utilizados internacionalmente para avaliar a prestação de serviços públicos. Evidenciaremos as particularidades da experiência inglesa na aplicação dos conceitos de *value-for-money* e geração de valor público, e traremos uma visão de sua aplicação ao contexto da saúde pública. Finalmente, no capítulo 5, apresentaremos uma sugestão de metodologia de avaliação e discutiremos alternativas para viabilizar a internalização da lógica do valor público na provisão de serviços de saúde pelo governo do estado de São Paulo.

2 PARTICIPAÇÃO PRIVADA NA PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS PÚBLICOS DE SAÚDE: PANORAMA BRASIL E REFERÊNCIAS INTERNACIONAIS

2.1 Contexto nacional

A ideia de que a saúde constitui um direito do cidadão a ser garantido pelo Estado é relativamente recente se considerarmos como referencial histórico o advento do Estado moderno. Apenas em meados do século XX, notadamente em países europeus como Alemanha, França e Inglaterra, avançou-se no escopo normativo que disciplina a universalização do acesso aos serviços de saúde.

Décadas depois, em seu período de redemocratização e elaboração de uma nova Constituição no ano de 1988 (CF/88), o Brasil passa a reconhecer a saúde como um direito de todos e a incorporar ao sistema público nacional a demanda por sua plena garantia. Isto não significa, como veremos ao longo deste capítulo, que o Estado deverá ofertar diretamente os bens públicos que asseguram o direito à saúde.

É fundamental destacar a importância da Carta Magna brasileira neste aspecto, já que logrou, como nenhum outro texto constitucional, evidenciar em detalhes as atribuições do Estado para a provisão dos serviços e observância dos direitos à saúde de seus cidadãos. Em sua sessão II, dos artigos 196 a 200, registra-se a criação do Sistema Único de Saúde (SUS). A legislação objetivava montar uma estrutura para dar conta de quatro objetivos principais: a universalização da política, a descentralização e a articulação intergovernamental, mecanismos de profissionalização e de gestão, bem como, de participação social.

Na CF/88, foi estabelecido que haveria uma hierarquia organizada por graus de complexidade, tendo em conta que nem todos os municípios poderiam assumir a mesma rede de oferta. Caberia à União o processo de padronização dos instrumentos do sistema de saúde, além do financiamento e da indução de políticas; caberia aos estados a saúde terciária e parte da secundária (atendimento de alta complexidade, como urgências e emergências, cirurgias e atendimento de especialidades e exames clínicos), além de prestar assistência aos municípios. A estes, caberia a saúde primária e parte da secundária (majoritariamente, atenção básica: unidades básicas de saúde e pronto-atendimentos).

Além da organização federativa das atribuições e responsabilidades na atenção à saúde, há outros importantes avanços na estruturação deste Sistema. Tal como evidencia Mânica (2012, p.36), a criação do SUS foi sofisticada:

- (i) Estabelecendo as diretrizes da política de saúde a ser adotada;
- (ii) Atribuindo à lei complementar a definição dos padrões mínimos de financiamento das ações e serviços de saúde;
- (iii) Determinando que a regulamentação, a fiscalização e o controle do setor sejam realizados nos termos da lei;
- (iv) Assumindo o dever de prestar serviços públicos de saúde, diretamente ou indiretamente, mediante a participação complementar da iniciativa privada.

Assim como descrito no último item, a CF/88 prevê¹ a participação privada na provisão de serviços de saúde, de forma **complementar**. Esta concessão pode ser justificada, dentre outros fatores, porque a saúde representa um âmbito de atuação complexo, em que os custos, à despeito das inovações tecnológicas, são sempre ascendentes, e a demanda por agilidade na operação dos serviços de assistência é muito expressiva, especialmente em face do arcabouço normativo da administração estatal, pouco dinâmico e, por vezes, ineficiente.

O fato é que a **complementariedade** da participação privada na saúde pública, expressa no texto constitucional, não tem seu escopo rigorosamente delimitado, o que dá margem a muitas contestações, especialmente com relação à abrangência desta participação em comparação com atuação estatal direta. Ainda que não encontre respaldo na CF/88, o ideal estatizante do Estado 100% provedor, ao invés de garantidor e regulador, conta com muitos adeptos no Brasil.

Com o objetivo de apresentar um referencial teórico para esclarecer a coexistência entre as prestações pública direta e a privada de serviços de saúde, considera-se oportuno evidenciar um estudo publicado pela Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE), no ano de 2004. No referido documento, as classificações apresentadas não dizem respeito à prestação de serviços públicos por meio de organizações privadas, mas sim, da convivência entre as duas formas de acesso a saúde (quer seja pela rede pública, quer seja por meio de seguros particulares). Para fins deste trabalho, vale ressaltar duas dessas classificações, a saber:

- 1) **Forma duplicada:** contexto no qual a assistência privada provê os mesmos serviços prestados em âmbito público, de modo que o usuário pode ter mais de uma alternativa para a obtenção dos serviços. Tal modelo ocorre no Brasil.

¹Ver artigos 197 e 199 da CF/88

- 2) **Forma complementar:** contexto no qual os serviços prestados no âmbito público são claramente delimitados e os serviços particulares proveem a gama de assistência não ofertada pelo serviço público. Este modelo ocorre em países como Inglaterra e Portugal.

Ainda que estas classificações não compreendam interações público-privadas (mas apenas a coexistência entre os dois modelos), elas apresentam um entendimento que pode dar luz à controvérsia gerada pela amplitude do termo **complementariedade**, sobre o qual tratamos alguns parágrafos acima. Isto porque, de acordo com as definições apresentadas pela OCDE e segundo argumenta Mânica (2012, p.46):

“(...) admite-se a possibilidade de que determinados serviços sejam prestados em duplicidade. No caso brasileiro, considerando que o sistema público de saúde (conhecido como SUS) propõe-se a prestar serviços em caráter universal e gratuito, sem delimitação de pessoas aptas a receber os serviços e **sem delimitação do rol de serviços a serem prestados**, a **complementaridade** – bem como as expressões adotadas pelas Constituições dos Estados-membros e Leis Orgânicas Municipais – **pode apenas ser compreendida como a possibilidade de prestação de serviços de modo duplicado**, sendo que a expressão complementaridade deve ser entendida como a **possibilidade de convivência entre a prestação pública e privada de serviços públicos de saúde**”².

Após a promulgação da CF/88, outro marco importante na trajetória da Gestão Pública Brasileira, que está intimamente ligado à presença da iniciativa privada em temas de interesse público, foi a **Reforma Gerencial**. Implementada no Brasil a partir de 1995, insere-se em um contexto global de reformas político-administrativas que visavam criar mecanismos de superação da “crise do Estado”, a qual se tornou evidente nos anos 1980. Este cenário de crise caracterizou-se, substancialmente, pelo desequilíbrio fiscal, pelo acúmulo de funções do Estado na esfera produtiva – de acordo com o modelo de desenvolvimento adotado até então –, e pelo esgotamento da administração pública burocrática, caracterizada pela rigidez de procedimentos, transformando a proteção do Estado em um fim em si mesmo.

O argumento comumente utilizado pelos países inclinados à reforma gerencial incidia em que a globalização, por constantemente promover a competição entre os países, evidenciava o anacronismo da administração pública burocrática. Era necessária uma abordagem administrativa que contemplasse este dinamismo inerente à globalização, que

²Grifos não constam do original.

promovesse a descentralização gerencial, bem como, o foco nos resultados e no controle social direto.

Diante deste contexto internacional, vivenciado pela maior parte dos países em desenvolvimento, incluindo o Brasil, fez-se imperativa uma reforma que contemplasse tanto mudanças no papel do Estado (que deixa de ser o protagonista na provisão e passa a atuar de forma mais incisiva na regulação do desenvolvimento) e também transformações no aparelho do Estado, objetivando uma boa governança, pautada pelo monitoramento de resultados em detrimento do foco em processos, característica primordial do modelo burocrático a ser superado.

De acordo com o Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado³, que determinou as linhas norteadoras da administração gerencial no Brasil, a área de atuação da União foi segmentada em quatro eixos principais, dentre os quais estão os **Serviços não Exclusivos**. De acordo com o texto oficial, corresponde:

“(...) ao setor onde o Estado atua simultaneamente com outras organizações públicas não-estatais e privadas. As instituições desse setor não possuem o poder de Estado. Este, entretanto, está presente porque os serviços envolvem direitos humanos fundamentais, como os da educação e da saúde, ou porque possuem “economias externas” relevantes, na medida em que produzem ganhos que não podem ser apropriados por esses serviços através do mercado” (MARE, 1995, p.42).

Deste modo, a saúde no país compreende um âmbito de atuação em que a presença da iniciativa privada está prevista não apenas na Carta Magna, como também reiterada na nova configuração do Aparelho do Estado. O compartilhamento destas atividades com entes privados, porém, não implica em uma suposta mercantilização de serviços e direitos públicos. É importante compreender este movimento como uma tentativa do Estado em assegurar à população a efetiva concretização destes direitos, quer sejam eles viabilizados diretamente, quer seja com suporte da iniciativa privada.

A seguir, veremos de que forma estão organizadas, sob o ponto de vista normativo, as relações entre entes públicos e privados na atenção à saúde no Brasil.

³PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA. Câmara da Reforma do Estado. **Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado**. Disponível em: <<http://www.bresserpereira.org.br/documents/mare/planodiretor/planodiretor.pdf>>. Acesso em: 25 ago. 2015.

2.2 Mecanismos de participação privada e arcabouço legal

Como vimos, a CF/88 dispõe de premissas que asseguram a participação da esfera privada na provisão de serviços de interesse público. Especificamente em seu art.199, parágrafo primeiro, discorre sobre os mecanismos de interação privada e complementar no âmbito do SUS. O texto constitucional define o **contrato de direito público** ou o **convênio** como instrumentos jurídicos desta participação e evidencia também que as entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos têm preferência nesta relação.

O contrato de direito público faz referência aos **contratos administrativos**, celebrados entre a Administração Pública e entidades privadas para executar uma atividade de interesse geral e não exclusiva do Estado. No que diz respeito à área da saúde, podem ser objetos do contrato:

- a) Serviços internos relacionados à atividade-fim da entidade prestadora do serviço;
- b) A prestação de serviço por uma unidade privada dotada de infraestrutura apta ao desenvolvimento das atividades;
- c) A gestão de uma unidade pública de saúde, desde a atividade fim, até as atividades acessórias, incluindo atividades-meio (MANICA, 2010, p.28).

Quanto aos **convênios**, quando celebrados com entidades da esfera privada, tem como objetivo incentivá-las a prestarem serviços de interesse público (incluindo a área da saúde), sendo estes seu objeto.

Em ambos casos, independente do instrumento utilizado para viabilizar a interação público-privada, a instrução legal aplicada é a dos contratos administrativos, os quais devem estar sujeitos às determinações da Lei de Licitações (LF 8.666/1990). Não convém aqui discorrer sobre o que está disposto na referida lei, ainda que seja fundamental salientar, no que concerne à dinâmica da provisão de serviços de saúde, que a Lei de Licitações é escassa, por ser rigorosamente procedimental e pouco flexível. Como argumentado anteriormente, tais serviços possuem natureza complexa de operação e demandam agilidade administrativa para minimamente garantir uma entrega adequada às necessidades do cidadão.

Deste modo, foram criadas inovações legislativas, não apenas motivadas pela área da saúde, mas que têm como objetivo adequar as formas de contratação pública a diferentes contextos, ampliando os modelos de participação privada em diversos setores. Atualmente, Figuram entre as principais modalidades de ajuste dos vínculos negociais entre a Administração Pública e o ente privado: os **contratos de concessão administrativa e**

patrocinada, regulamentados pela Lei de Parcerias Público-Privadas (Lei Federal 11.079/2004); o **termo de parceria**, previsto na Lei das Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público – OSCIPs (Lei Federal 9.790/1999) e o **contrato de gestão**, disciplinado na Lei das Organizações Sociais – OSs (Lei Federal 9.637/1998).

Na área da saúde, os contratos de gestão vêm sendo o instrumento mais comum para regulamentar esta interação, uma vez que seu propósito, assim como nos ensina Pasquarelli, é:

“(...) contribuir ou reforçar o atingimento de objetivos de políticas públicas, mediante o desenvolvimento de um programa de melhoria de gestão, com vistas a atingir uma superior qualidade do produto ou serviço prestado ao cidadão. Um contrato de gestão especifica metas (e respectivos indicadores), obrigações, responsabilidades, recursos, condicionantes, mecanismos de avaliação e penalidades” (PASQUARELLI, 2008, p.40).

As entidades qualificadas como Organizações Sociais⁴, e credenciadas a estabelecer contratos de gestão com a Administração Pública, buscam lograr eficiência gerencial na prestação dos serviços públicos, uma vez que sua relação com o Estado é determinada pela pactuação de metas, que incluem a prestação de determinados serviços e a execução do orçamento no tempo contratado. Como é apresentado em Ramos (2013, p.40):

“É sabido que contar com a estrutura de execução orçamentária ou com o estatuto do funcionalismo para gerenciar pessoal da administração direta, além de se submeter as regras de licitação do poder público, são situações que interferem negativamente na eficiência de uma estrutura tão dinâmica como aquelas destinadas a exercerem atividades ligadas a prestação de serviços de saúde. Assim, o contrato de gestão pode ser encarado como uma alternativa para escapar desses entraves (...)”.

Quanto aos termos de parceria, pactuados entre o poder público e as OSCIPs⁵, configuram-se como instrumento de cooperação, para a consecução de atividades de interesse público, por meio de iniciativas e projetos com prazos determinados de desenvolvimento.

⁴ A qualificação de **Organização Social**, tal como previsto na Lei Federal 9.637/1998, em seu artigo primeiro, é concedida a “pessoas jurídicas de direito privado, sem fins lucrativos, cujas atividades são dirigidas ao ensino, à pesquisa científica, ao desenvolvimento tecnológico, à proteção e preservação do meio ambiente, à cultura e à saúde”.

⁵ “OSCIPs são ONGs criadas por iniciativa privada, que obtêm um certificado emitido pelo poder público federal ao comprovar o cumprimento de certos requisitos, especialmente aqueles derivados de normas de transparência administrativas. Em contrapartida, podem celebrar com o poder público os chamados termos de parceria, que são uma alternativa interessante aos convênios para ter maior agilidade e razoabilidade em prestar contas”. Extraído de: <http://jus.com.br/artigos/19265/organizacao-da-sociedade-civil-de-interesse-publico-oscip#ixzz3gBk7JDMm>

Trata-se, portanto, de serviços de apoio, que não são, porém, serviços públicos de saúde, em caráter oficial.

Já a Lei das Parcerias Público-Privadas, ainda que discipline a elaboração de dois tipos de contrato, apenas a **concessão administrativa** pode envolver a prestação de serviços de saúde, já que nesta modalidade, ao contrário do que ocorre na concessão patrocinada, NÃO é cobrada nenhuma tarifa dos usuários. As concessões administrativas costumam ser pactuadas, no âmbito da saúde, tanto na reforma quanto na gestão de hospitais ou outras unidades de saúde, e também no provimento de serviços especializados. O primeiro projeto de PPP na área da saúde, o Hospital do Subúrbio, foi celebrado pelo Governo do Estado da Bahia e iniciou seu atendimento à população em 2010. A unidade hospitalar, concebida para atendimentos de urgência e emergência, é operada pelo consórcio Prodal Saúde S.A.⁶

Dado o contexto brasileiro e o marco legal que disciplina a atuação privada na saúde pública, a seguir serão apresentadas algumas referências internacionais no tema.

2.3 Referências internacionais

A universalização do direito à saúde e sua garantia pelo Estado, bem como outros direitos sociais relacionados à observância e à proteção da dignidade humana, foram reconhecidos em documentos internacionais e agregados a novos textos constitucionais de muitos países europeus após o fim da Segunda Guerra Mundial⁷. Neste contexto, a Grã-Bretanha foi a precursora na concepção sobre a ampliação do direito à saúde a todas as pessoas. Tanto que, em 1948, passa a implantar o *National Health System* (NHS), tornando-se o primeiro Estado a formular e operar um sistema universal de atendimento à saúde.

Sobre a criação e as principais características quando da concepção do NHS, Tanaka e Oliveira, sintetizam:

⁶ Mais informações em: http://www.sefaz.ba.gov.br/administracao/ppp/projeto_hospitalsuburbio.htm

⁷ Em seu livro **O setor privado nos serviços públicos de saúde**, publicado em 2010, Fernando Borges Mânica relata que as Constituições Francesas de 1946 e 1958, a Constituição Alemã de 1949 e a Constituição Italiana de 1948, figuram entre os ordenamentos jurídicos de países europeus que disciplinaram a área da saúde no pós II Guerra.

“O NHS surgiu na Grã-Bretanha em 1948 e, em sua origem, era composto de 14 Autoridades Sanitárias Regionais e três Escritórios Provinciais – País de Gales, Escócia e Irlanda do Norte (NHS, 2005b). O sistema provê cobertura universal baseado no princípio de equidade e integralidade, com algumas exceções (tratamento dental, oftalmológico e dispensação de medicamentos). Esse sistema originou-se centrado na Figura do *General Practitioner* (GP), médicos de atenção primária que recebiam por captação, isto é, conforme o número de pacientes que compunham sua lista de pacientes. Os GP proviam serviços ambulatoriais e agiam como porta de entrada (*gatekeepers*) para assistência hospitalar não-emergencial” (TANAKA; OLIVEIRA, 2007, p.9).

Em meados da década de 1970, no contexto da chamada Crise do Petróleo, o modelo do Estado de Bem Estar Social passou a sofrer críticas incisivas de vertentes mais à direita. A estrutura de operação do NHS foi também alvo destas críticas, sobretudo do Partido Conservador inglês, o qual argumentava sobre o sensível aumento dos custos no provimento de saúde por parte da União. Os Conservadores indicavam a necessidade iminente de reforma do referido Sistema, a fim de lhe conferir eficiência, pautando-se numa lógica de competição e administração gerencial. Ou seja, ambicionavam ampliar a participação privada na área da saúde pública.

Entretanto, apenas em 1991, após muitos anos desde sua chegada ao Poder, o Partido Conservador inglês implementa a reforma do Sistema Nacional de Saúde, sob o argumento da ampliação dos direitos do consumidor, da inovação e da eficiência. Em relatório publicado em 1997, a Organização Mundial da Saúde, sintetiza a vertente fundamental da Reforma:

“A principal alteração promovida pela reforma foi a introdução do conceito de **“mercado interno”**, separando os “compradores” dos “provedores” de serviços de saúde. Os provedores passariam a competir em qualidade e custos, de forma a atrair os compradores, que estavam a partir de então livres para comprar serviços fora de seus limites geográficos”⁸ (WORLD HEALTH ORGANIZATION - WHO, 1997, p.9).

A percepção que norteava tal estratégia – essencialmente fundada na lógica da participação privada na prestação de serviços públicos – era a de que a competição entre os provedores implicaria na progressiva melhora na qualidade dos serviços e da agilidade em seu fornecimento. Note-se que, nesta relação, os “compradores” não são os usuários finais, mas sim, as instituições locais responsáveis pelo atendimento à saúde (*General Practitioners Fundholders* – GPs e *District Health Authorities* – DHA). A ambos eram repassados recursos

⁸Grifos não constam do original.

para compra de serviços de atenção primária e secundária, com a diferença que as DHAs faziam a gestão dos recursos com base na perspectiva da população abrangida em um determinado território e os GPs *Fundholders* orientavam a compra dos serviços com base nas necessidades do seu grupo de pacientes (lógica altamente descentralizada e, sobretudo no âmbito dos GPs *Fundholders*, focada na atenção primária).

Ademais, neste mesmo período de reformas, a maior parte dos hospitais públicos transformou-se em fundações autônomas e independentes do NHS – os chamados *Trusts*. Os recursos que financiavam os hospitais convertidos em *trusts* não seriam mais repassados pelas DHAs e estes hospitais ofereceriam seus serviços para o mercado, competindo com hospitais particulares⁹.

A excessiva descentralização da gestão de atenção à saúde acabou promovendo deficiências na provisão dos serviços aos usuários. O descontentamento da população foi evidenciado quando, nas eleições de 1996, o Partido Trabalhista assume o governo britânico, tendo como um de seus compromissos a “Reforma da Reforma” do NHS.

Este novo período de adequações no Sistema foi marcado pela compreensão de que se deveria manter o que estava funcionando e adaptar as estruturas deficientes. A dinâmica do mercado interno, ou seja, a separação entre compradores e provedores foi mantida. Entretanto, a lógica da competição entre os provedores foi substituída pelo monitoramento de seu desempenho – agregando um **acompanhamento contínuo** na oferta de atenção à saúde, com base em uma **diretriz gerencial**, e qualificando, assim, a prestação dos serviços.

Também fez parte do pacote das novas reformas o empoderamento das Autoridades Distritais Sanitárias, às quais os Grupos de Atenção Primária passariam a estar subordinados. A excessiva descentralização com foco nos GPs *Fundholders* e a falta de visão gerencial sistêmica resultante desta opção, ocasionaram queda na qualidade e agilidade na provisão de serviços. Deste modo, o Partido Trabalhista optou por fortalecer a dimensão da intermediação regional, ainda que os Grupos de Atenção Primária pudessem reter recursos excedentes em benefícios de seus pacientes, visando ganhos de produtividade na assistência básica.

⁹ Entretanto, a despeito da aparente autonomia, os *trusts* ficaram sujeitos à forte regulação, sobretudo no que diz concerne à gestão dos recursos e à provisão dos serviços. Ademais, tinham que se pautar por padrões de preço estabelecidos centralmente. De todo modo, mesmo com o advento dos *trusts*, ressalta-se que a organização da provisão dos serviços públicos de saúde ficou concentrada nos GPs *fundholders* de forma excessivamente descentralizada e descoordenada do ponto de vista da gestão, o que resultou em evidente ineficiência na prestação dos serviços. Mais informações em:

KOEN, V. **Public expenditure reform: the health care sector in the United Kingdom**. London: OECD, 2000. 43 p.

A criação de outras instâncias de prestação de serviços e interação direta com os cidadãos também figuraram entre as inovações trazidas pela nova Reforma, sobretudo com foco na expansão da atenção primária:

1. **NHS Walk-in Centres:** implantados em 1999 em lugares de grande circulação pública, como supermercados e aeroportos, são centros onde não é necessário o agendamento, oferecendo conselhos de saúde e atendimentos menos complexos como tratamento para gripes, resfriados, pequenos acidentes. São abertos de manhã até a noite, sete dias por semana e o atendimento/avaliação é feito por enfermeiros. O objetivo principal desses centros é completar e não substituir os GPs. Essas instâncias de atenção têm similaridade com os pronto-atendimentos implantados nas grandes áreas urbanas de nosso país.

2. **NHS Direct:** linha telefônica operada por enfermeiras, que funciona 24 horas por dia fornecendo informações de saúde e fazendo encaminhamento aos serviços apropriados quando necessário, sejam eles primário ou secundário (TANAKA; OLIVEIRA, 2007, p. 12).

É importante pontuar que outras Reformas subsequentes¹⁰ às que evidenciamos neste capítulo foram implementadas pelo governo britânico no NHS. A mais importante delas foi lançada em 2012, pelo o Parlamento do Reino Unido, e ficou conhecida como *Health and Social Care Act*¹¹.

Neste pacote de reformas, algumas instituições como as Autoridades Sanitárias foram substituídas pelos *Clinical Commissioning Groups* (CCG), os quais passaram a ser os principais responsáveis pelo comissionamento da prestação dos serviços de saúde no NHS. Tal comissionamento implica definir, em esfera regional¹², quais serviços são necessários e quais parceiros devem oferecê-los, garantindo a adequada atenção à saúde aos usuários.

Não nos estenderemos sobre o conteúdo detalhado *do Health and Social Care Act 2012*. O que nos cabe ressaltar, por ora, é que no Reino Unido, 90% da interação dos pacientes com o sistema nacional de saúde se dá no âmbito da atenção primária¹³ e que as

¹⁰Mais informações em: **The history of NHS reform**. Disponível em: <http://nhstimeline.nuffieldtrust.org.uk/>

¹¹ Texto completo. Disponível em: <http://www.legislation.gov.uk/ukpga/2012/7/contents/enacted>

¹² Segundo dados de junho de 2015, existem no Reino Unido 211 CCGs, cada qual responsável pelo atendimento a 226 mil cidadãos, em média. Informações extraídas de: <http://patient.info/doctor/clinical-commissioning-groups-ccgs>

¹³Dados do *Health and Social Care Information Centre*, disponíveis em: <http://www.hscic.gov.uk/primary-care>

contratualizações com entidades privadas, bem como, a regionalização da gestão das políticas públicas de saúde, foram fundamentais para garantir o aprimoramento na provisão de serviços aos usuários finais.

Modelos similares ao implementado pelo governo britânico, e, em muitos aspectos, análogos ao SUS, foram incorporados em países como Espanha e Portugal. Neste último, o Decreto-Lei número 185, de 20 de agosto de 2002, estabeleceu instrumentos, dentre os quais, o contrato de gestão, para disciplinar as relações do poder público com a iniciativa privada. Além disso, segundo comenta Flávia Ramos:

“(…) ocorreram transformações relativas as unidades hospitalares portuguesas, as quais passaram à sociedade anônima e posteriormente em empresas públicas estatais, além da criação de parcerias público-privadas para a construção e operação de novos hospitais” (RAMOS, 2013, p.20).

Na Espanha o Serviço Nacional de Saúde foi regulamentado pela Lei Geral Sanitária, promulgada em 1986. Nos termos desta lei, a participação privada na saúde pública se dá por meio de acordos ou convênios e a prioridade na prestação dos serviços é de entidades sem fins lucrativos. Sobre a legislação espanhola, Ramos argumenta:

“A legislação espanhola, preocupada em ampliar as formas organizativas de prestação de serviços de saúde, buscando maior flexibilização e autonomia, estabeleceu a possibilidade de gestão e prestação de serviços de saúde mediante contratos, acordos ou convênios com entidades públicas e privadas, cujas regras estão disciplinadas na Lei nº 15, de 15/04/1997, conhecida como as *Novas Formas de Gestão do Serviço Nacional de Saúde*” (RAMOS, 2013, p.20).

A seguir nos debruçaremos sobre o caso objeto deste estudo, as contratualizações com Organizações Sociais na prestação de serviços públicos de saúde no governo do estado de São Paulo. Veremos, ainda que esta alternativa na provisão da atenção à saúde secundária e terciária não tenha diminuído os custos gerais com a área, a utilização deste modelo é capaz de conferir maior qualidade e flexibilidade no fornecimento dos serviços.

3 DESCRIÇÃO DO CASO: MODELO DE OPERAÇÃO DAS ORGANIZAÇÕES SOCIAIS DE SAÚDE NO ESTADO DE SÃO PAULO

3.1 As organizações sociais da saúde no Estado de São Paulo

3.1.1 Contexto de atuação

As Organizações Sociais da Saúde (OSS) são instituições privadas, sem fins lucrativos, que recebem um credenciamento a prestarem serviços de saúde em parceria formal com o Estado. A sua atuação deve ser complementar a dos serviços de saúde oferecidos exclusivamente pelo setor público, conforme previsto na lei orgânica nº8080/90.

No estado de São Paulo, especificamente, foi sancionada a lei nº846/98 para a qualificação de Organizações Sociais que atuem com atividades dirigidas a cultura e a saúde. A lei estadual baseou-se na lei federal nº 9.637/98, previamente apresentada no capítulo 2 e especifica que, no caso da saúde, é necessário que a OS possua serviço próprio há pelo menos cinco anos e exige que a prestadora de serviços tenha órgãos de deliberação superior e de direção, um Conselho de Administração e uma Diretoria, de modo a garantir normativas e controles básicos.

Para a adequada atuação das OSS de acordo com as necessidades do setor público, assim como para seu controle e prestações de contas, são firmados contratos de gestão. Nesses contratos, o governo estabelece os objetivos firmados, regulamenta a forma de atuação, garante os recursos orçamentários para o custeio de serviços e estabelece indicadores de qualidade para o acompanhamento da instituição privada que prestará o serviço. Como esclarece o *site* do governo do Estado de São Paulo, “a responsabilidade direta pela administração da unidade é das Organizações Sociais, mas o serviço de saúde continua sendo público, com os seus bens, mobiliários e equipamentos pertencendo ao Estado”.

No Estado de São Paulo, a gama de serviços prestados pelas OSS é ampla, e inclui os seguintes serviços: hospitais, Ambulatórios Médicos de Especialidade (AMEs), centros especializados, como o Centro de Referência do Idoso (CRI), os Centros de Reabilitação da Rede Lucy Montoro, Centros Estaduais de Análises Clínicas (CEAC) e o Centro de Armazenamento e Distribuição de Insumos de Saúde (CEADIS). Também inclui Serviços de Diagnóstico por Imagem (SEDI) e a Central de Regulação de Ofertas de Serviços de Saúde (CROSS).

3.1.2 Histórico

A Figura 1 apresenta a evolução na implantação de hospitais e AMEs por OSS no estado de São Paulo. Pode-se perceber que os primeiros hospitais foram implantados em 1998 e que chegaram a 40 no final de 2014. Já os AMEs, que surgem em 2005, têm aumentado desde então, chegando a 52 em 2014.

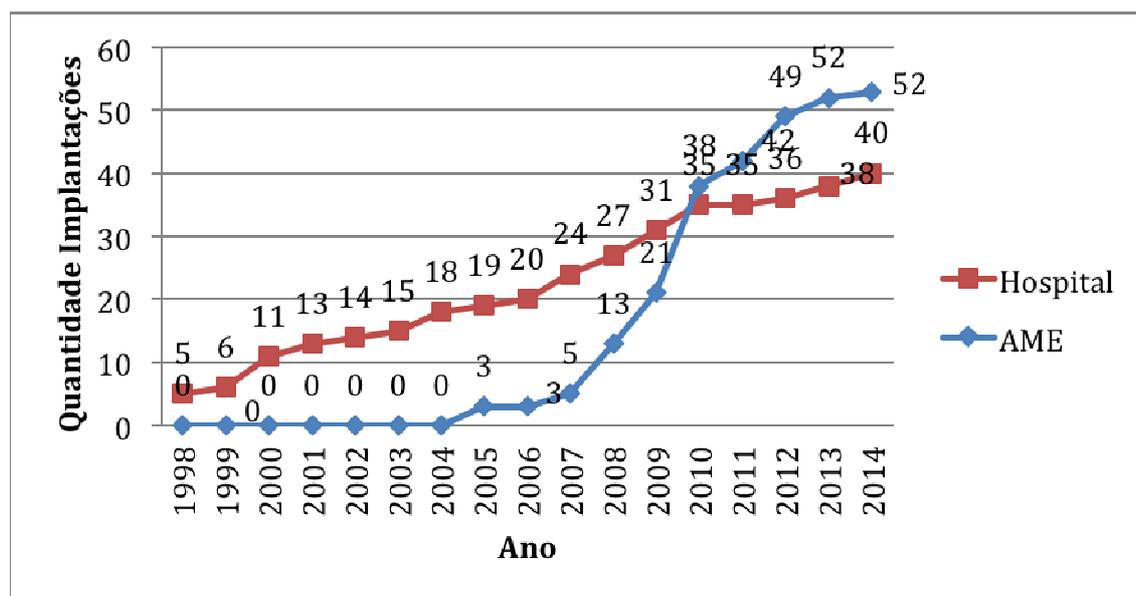


Figura 1 - Organizações Sociais de Saúde – OSS no Estado de São Paulo
Fonte: Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo

Pode-se perceber também, pelo expressivo aumento no número de hospitais e ambulatórios especializados, que o modelo de prestação de serviços por meio de OSS representa um grande investimento da secretaria da saúde no modelo. De acordo com Camargo et al. (2013) o orçamento com as OSS em 2012 era de 3,39 bilhões de reais. Em 2014, de acordo com informações fornecidas pela Secretaria de Inovações e Parcerias do governo do estado de São Paulo, esse orçamento gira em torno de 4 bilhões de reais.

O período de 2008 a 2010 foi de grande impulso ao modelo de prestação de serviços por meio de OSS no estado. À medida que passou a ser mais conhecido pela população, o modelo passou também a ser mais defendido pelo governo. Os anos de 2009 e 2010 foram marcados por um grande investimento financeiro. Em 2010, a implantação das OSS foi uma importante bandeira nas eleições estaduais.

“O trabalho das Organizações Sociais em São Paulo, iniciado há 10 anos, virou exemplo para o Brasil. A parceria por meio de contratos de gestão com essas entidades e o acompanhamento das metas previstas são a receita de um atendimento ágil e eficiente, com otimização de recursos para os cofres públicos” (PORTAL DO GOVERNO DO ESTADO DE SÃO PAULO, 2008).

O crescimento dos últimos 15 anos também foi evidenciado em termos de capilaridade. O quadro 2 ilustra como as OSS já estão bastante espalhadas pelo estado de São Paulo. Embora exista uma concentração na Grande São Paulo, onde vive grande parte da população do estado, pode-se perceber que elas as OSS estão em várias outras regiões, como Araçatuba, São José do Rio Preto e Taubaté.

DRS	Hospitais	AMEs
I – Grande SP	22	13
II – Araçatuba	-	2
III – Araraquara	1	1
IV - Baixada Sant.	3	2
V -Barretos	-	2
VI – Bauru	4	2
VII – Campinas	2	3
VIII – Franca	-	2
IX – Marília	-	3
X -Piracicaba	-	3
XI – Pres. Prudente	2	2
XII – Registro	1	1
XIII – Rib. Preto	2	-
XIV - S João da Boa Vista	-	3
XV – S José do Rio Preto	1	6
XVI – Sorocaba	-	5
XVII – Taubaté	2	2
Total	40	52

Quadro 2 - Hospitais e AMEs por Diretoria Regional de Saúde
Fonte: Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo

3.1.3 Contratos de gestão

Como apresentado no início do capítulo, para a adequada atuação das OSS de acordo com as necessidades do setor público, assim como para seu controle e prestações de contas, são firmados contratos de gestão. Nesses contratos, o governo estabelece os objetivos a serem firmados, regulamenta a forma de atuação, garante os recursos orçamentários para o custeio de serviços e estabelece indicadores de qualidade para o acompanhamento da instituição privada que prestará o serviço.

Para o acompanhamento dos indicadores de qualidade e das prestações de contas é montada uma comissão que inclui representantes do Conselho Estadual de Saúde e representantes da Comissão de Saúde da Assembleia Legislativa. A comissão é responsável por analisar o cumprimento dos indicadores de qualidade, assim como a adequação dos custos e da prestação dos serviços de acordo com o contrato de gestão. Além disso, para toda instituição privada credenciada como OSS e que preste serviço para o estado, é exigida a publicação de suas contas no Diário Oficial do Estado, para que o Tribunal de Contas do Estado avalie e aprove (ou não) a sua execução. Outros órgãos de controle que atuam no acompanhamento das OSS são a auditoria hospitalar do SUS e a Secretaria da Fazenda, essa última, faz uma avaliação fiscal das contas prestadas pela instituição privada.

Os repasses às OSS são elaborados a partir de dois critérios: avaliação e valoração dos desvios nas quantidades de atividade assistencial (parte fixa do contrato de gestão) e avaliação e valoração dos indicadores de qualidade (parte variável do contrato de gestão).

No portal da transparência do governo do estado de São Paulo é possível encontrar todos os contratos firmados entre o governo e as OSS. Da análise destes contratos é importante destacar, por hora, que:

- 1) Todos terminam com a indicação dos pesos percentuais dos indicadores definidos para o ano para a composição da remuneração variável.
- 2) Consta em todos os contratos que a cada ano é fornecido um Manual que estabelece todas as regras e critérios técnicos para a avaliação dos indicadores utilizados para o cálculo da parte variável do contrato de gestão. Esses manuais não são disponibilizados no portal da transparência.
- 3) Consta, em grande parte dos contratos, que a complexidade dos indicadores é crescente e gradual, ou seja, a depender do tempo de parceria entre governo e a OSS prestadora do serviço, poderão ser exigidos indicadores mais complexos, sendo que os indicadores mais antigos passam a contar menos na remuneração variável.

Tendo em vista que o objetivo da Subsecretaria de Inovação e Parcerias é ter ferramentas para poder avaliar a eficiência na alocação do gasto público com saúde, no âmbito das parcerias com as OSS, a análise dos contratos de gestão foi de fundamental importância para o desenvolvimento do presente estudo, já que são eles que estabelecem as diretrizes para a atuação das OSS e os indicadores para avaliar seu desempenho. Uma análise mais aprofundada sobre tais indicadores e sua relação com a avaliação da qualidade do gasto público em saúde é apresentada no capítulo 5.

3.1.4 Os Ambulatórios Médicos de Especialidades (AMEs)

Os Ambulatórios Médicos de Especialidades são equipamentos do governo do estado de São Paulo, cuja prestação de serviços é exclusivamente feita por meio de OSS. Os AMEs oferecem serviços especializados e de média complexidade, de modo a dar suporte a rede básica de saúde.

Somente é possível ser atendido no AME após uma consulta com um clínico geral em uma Unidade Básica de Saúde. Quando julgar necessário, o médico fará um protocolo de encaminhamento e a própria UBS irá agendar a data de atendimento junto ao AME. Entre os serviços oferecidos pelos AMEs estão suporte diagnóstico, análises clínicas, diagnósticos por imagem e cirurgias ambulatoriais.

Assim como os hospitais com prestação de serviços por OSS, os AMEs também estão espalhados pelo estado de São Paulo. Até 2014, existiam 14 AMEs na grande São Paulo, 6 AMEs na região de São José do Rio Preto e 5 AMEs na região de Sorocaba. Ao todo 52 AMEs já estavam em funcionamento.

De acordo com a Coordenadoria de Gestão de Contratos de Serviços de Saúde (CGCSS)¹⁴, o modelo de atuação dos AMEs “é possível somente por meio das OSS”, já que, por serem ambulatórios especializados, eles exigem uma maior flexibilidade dos serviços e profissionais de acordo com a demanda. Tal flexibilidade ficaria restrita em um modelo de prestação de serviços operado exclusivamente pelo setor público. A CGCSS considera que os AMEs possuem “uma dinâmica de ajustes” que não seria possível em uma unidade gerida de forma direta.

Como exemplo, a coordenadoria aponta que em um determinado momento a demanda pode ser por certa especialidade (p.e. cardiologia) e, por diversos motivos, pode passar a ser outra (p.e. oftalmologia). Os AMEs buscam se adaptar a tais mudanças, oferecendo mais

¹⁴ Entrevista realizada em 16 de julho de 2015, na sede da CGCSS, em São Paulo, com o Coordenador Eduardo Ribeiro Adriano.

serviços de oftalmologia e diminuindo os serviços de cardiologia. No modelo de serviços prestados diretamente pelo poder público, a dificuldade em relação à contratação e troca de profissionais seria muito maior, por conta do aparato excessivamente burocrático e legislação pouco flexível.

Os AMEs, em detrimento de outros equipamentos estaduais em operação por OSS, serão analisados em maior profundidade nesse estudo devido a três importantes aspectos. Em primeiro lugar, os AMEs representam um grande montante dos recursos destinados pelo governo do estado às OSS. Em segundo lugar, os AMEs são um exemplo de oferta feita exclusivamente por meio de OSS o que reflete o posicionamento do governo de estado de que é difícil ofertar assistência de média complexidade sem modelos mais flexíveis de gestão. Por fim, os AMEs são vistos, atualmente, como muito estratégicos pelo governo do estado e foram utilizados por ele na disputa eleitoral de 2014.

“Hoje saúde é o maior problema em todos os municípios, grandes e pequenos, por quê? A população envelheceu. Era um país jovem, agora é um país maduro e caminha para ser um país idoso, o que é ótimo, sinal de que estamos desenvolvidos. A medicina se sofisticou. E o governo federal diminuiu a sua participação no financiamento. A mortalidade infantil caiu, a expectativa de vida subiu, mas há uma crise de financiamento. Nós vamos ampliar os AMEs (Ambulatório Médico de Especialidades). E vamos fazer o AME Mais. O AME vai ser hospital dia e vai fazer cirurgia de média complexidade com cirurgião e anestesista. O padrão é o AME Heliópolis aqui na capital. Barretos já tem dois AMEs, um cirúrgico e um clínico, mas a maioria é só clínico. Há uma tendência hospitalocêntrica de todo mundo ir para o hospital e a ideia é evitar. O hospital é para casos mais graves e de internação mais longa. Vamos então ampliar os AMEs e eles serão o ‘hospital dia’. Em todos que forem necessários. E assim vamos reduzindo fila. Há 52 AMEs e vamos expandir, podendo chegar a 100 AMEs.” (GAZETA DE TAUBATÉ, 2014).

3.1.5 Satisfação dos usuários

As Figuras 3 e 4 apresentam resultados de pesquisas de satisfação com os usuários em relação aos Hospitais e aos AMEs, respectivamente. Percebe-se que tanto para os hospitais como para os AMEs, a maioria dos serviços receberam uma avaliação positiva por mais de 90% dos usuários. As exceções são o espaço físico e o pronto de socorro dos hospitais que, ainda assim, receberam percentuais próximos a 90%.

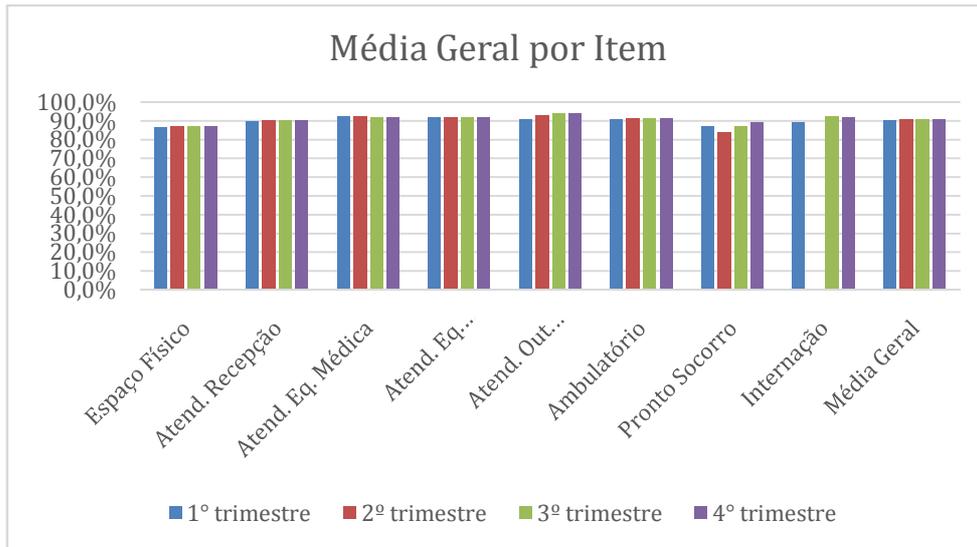


Figura 3 - Hospitais – Satisfação do Usuário – Média Geral 2014
 Fonte: Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo

Embora a Coordenadoria de Gestão de Contratos de Serviços de Saúde (CGCSS)¹⁵ aponte como positivos tais indicadores, reconhece que eles não respondem em sua totalidade sobre a percepção de qualidade do serviço pela população do estado, já que ilustram apenas a satisfação daqueles que tem acesso aos equipamentos de saúde e é possível que a parcela da população que não tem acesso a ele tenha uma visão mais crítica.

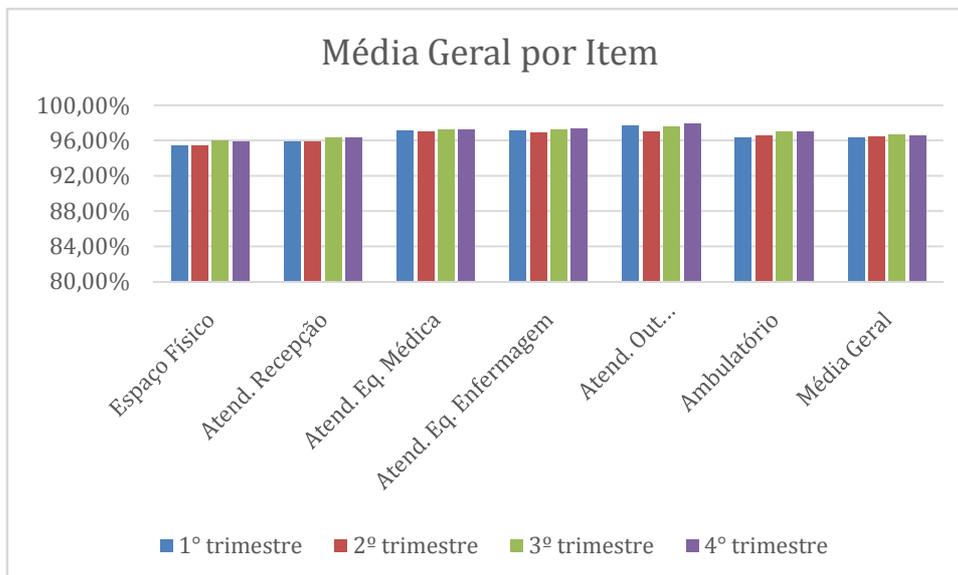


Figura 4 - AMEs – Satisfação do Usuário – Média Geral 2014
 Fonte: Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo

¹⁵ Entrevista realizada em 16 de julho de 2015, na sede da CGCSS, em São Paulo, com o Coordenador Eduardo Ribeiro Adriano.

Embora as avaliações sejam positivas, um problema enfrentado na prestação de serviços das Organizações Sociais é o atendimento à demanda. Enquanto os prontos de socorro do SUS estão lotados, podemos perceber, em visita ao AME Dr. Geraldo de Paulo Bourroul, que ele atua com baixíssima utilização em relação à sua capacidade; cenário que parece se repetir em outros AMES. De acordo com a gerente da unidade, existem dois problemas em relação às vagas disponíveis: um é o próprio preenchimento da vaga – que, por vezes, é feito de maneira incorreta pela UBS – e outro é a falta de um paciente agendado. O AME visitado, por exemplo, não possui nenhuma política de comunicação com o paciente para entender o motivo de sua falta. Cabe aqui destacar que o *NHS Direct*, citado no capítulo anterior, poderia ser uma fonte de inspiração interessante para o AME na resolução deste tipo de problema.

3.2 Desafios na área da saúde

Um grande desafio é a grande desigualdade existente nos indicadores de saúde. Assim como em outras áreas sociais, existe uma grande disparidade entre os municípios e estados brasileiros, como mostra a Figura 5.

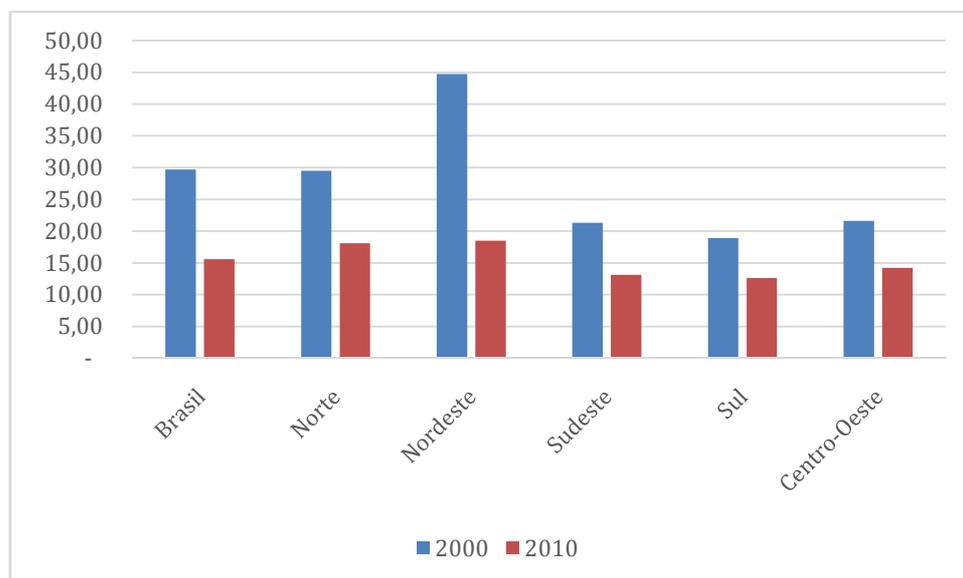


Figura 5 - Evolução da taxa de mortalidade infantil (óbitos de crianças menores de 1 ano para cada 1.000 nascidos vivos) no Brasil e nas grandes regiões

Fonte: Censo Demográfico 2010 (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA - IBGE)

Muito desse desafio deve-se à forma como as prioridades do sistema público de saúde são estabelecidas, as quais ainda são muito mais assistenciais do que preventivas.

“Para nós, o modelo assistencial consiste na organização das ações para a intervenção no processo saúde doença, articulando os recursos físicos, tecnológicos e humanos para enfrentar e resolver os problemas de saúde existentes em uma coletividade. Podem existir modelos que desenvolvam exclusivamente intervenções de natureza médico-curativa e outros que incorporem ações de promoção e prevenção; e ainda há modelos em que seus serviços simplesmente atendem às demandas, estando, sempre aguardando os casos que chegam espontaneamente ou outros que atuam ativamente sobre os usuários, independentemente de sua demanda” (MERHY et al., 2004, p.3).

Do ponto de vista da demanda, a procura por tratamento de natureza médico-curativa é muito maior. Tal questão chama a atenção para a necessidade de indicadores de diagnóstico, de forma que seja possível aprimorar esse tipo de serviço ou estimular a demanda por serviços de saúde com caráter preventivo. Entender se o modelo por OSS favorece ou não um caráter mais assistencialista parece ser de grande importância.

“Modelo Técnico Assistencial constitui-se na organização da produção de serviços a partir de um determinado arranjo de saberes da área, bem como de projetos de ações sociais específicos, como estratégias de políticas de determinado agrupamento social. Entendemos desse modo, que os modelos tecnoassistenciais estão sempre apoiados em uma dimensão assistencial e tecnológica, para expressarem-se como projeto de política, articulado a determinadas forças e disputas sociais” (MERHY et al., 1992, p.10).

Toda essa complexidade na área da saúde aponta que não é trivial fazer uma avaliação de indicadores neste âmbito. Um modelo mais assistencial pode ter um impacto reduzido em indicadores como taxas de mortalidade infantil e expectativa de vida, e essa análise depende da consideração de muitas variáveis.

3.3 O impacto das organizações sociais

Muitos dos estudos de avaliação de custo-benefício trabalham com *benchmarks*, que podem ser desde cases de referência até um exercício de o que seria um indicador máximo possível (capacidade máxima). Essa abordagem considera o melhor indicador (seja do próprio indivíduo ou de outro indivíduo) como parâmetro para melhora. No entanto, tal abordagem na área da saúde pode ser bem limitada pelo fato de serem múltiplos os fatores que podem

influenciar a melhora na área. Existem muitas variáveis que influenciam em um indicador como, por exemplo, percentual da população impactada por dengue. Mesmo que um estado vizinho com condições socioeconômicas semelhantes e evolução histórica do indicador também semelhante consiga erradicar a dengue isso não necessariamente indica que o estado de São Paulo também poderá conseguir.

Alguns estudos também buscaram mensurar indicadores de OSS e hospitais públicos com administração direta. Rinne (2007), por exemplo, encontrou que a taxa de ocupação dos hospitais e o tempo de espera dos pacientes é menor nas organizações de saúde. Esses dados, como se pode ver, são principalmente com caráter processual, e ainda são pouco capazes de indicar a efetividade do sistema de saúde. São quase inexistentes os trabalhos que analisam as OSS em relação à sua efetividade e promoção de valor público. Em relação a indicadores de efetividade, os dados do DataSus apontam menores taxas de mortalidade/mortalidade infantil nos equipamentos operados por OSS, mas ainda é difícil atribuir causa ao modelo de organizações sociais, pois são vários os fatores que podem ter contribuído para a queda.

Não é apresentado nesse trabalho, mas recomenda-se o aprofundamento em métodos de avaliação de impacto do modelo de prestação de serviços por meio de Organizações Sociais. No Quadro 6 são apresentados os principais métodos.

No capítulo 5, são analisados os indicadores de São Paulo de acordo com sua evolução histórica em comparação às demais unidades da federação. Para tanto, foram estudados os indicadores do rol de diretrizes do Ministério da Saúde no período de 2008 a 2014.

Metodologia	Descrição	Grupo de controle	Condições para termos causalidade	Dados necessários	Custo
Experimento Aleatório Controlado	Método experimental para medir a relação causal entre duas variáveis	Participantes aleatoriamente selecionados dentro da população de interesse.	A aleatorização funcionou: os grupos de controle e tratamento são estatisticamente iguais em características observáveis e não-observáveis. Dificuldade de criar essa condição: baixa.	Dados de indicadores de resultados para os grupos de tratamento e controle. Características podem ser usadas como variáveis de controle para reduzir variância e aumentar poder da análise.	Alto, com dados primários. Médio, com dados secundários.
Variável instrumental	Participação pode ser previsto por algum fator aleatório (variável instrumental) que não é correlacionado com o resultado de interessa a não ser pela participação. (i.e. afeta o resultado somente pelo canal da participação).	Indivíduos que, por conta desse fator aleatório, não tem participação prevista e, potencialmente como resultado disso, não participam.	Se não fosse pelo efeito que a variável instrumental tem sobre a participação, ela não afetaria o resultado de interesse. Dificuldade de criar essa condição: média, pode depender muito do desenho do programa.	Indicadores de resultado, o fator aleatório (variável instrumental), e outras variáveis de controle.	Baixo, se o instrumento for achado “na natureza” ou no desenho do programa a ser avaliado. Imprevisível, caso contrário.
Regressão em descontinuidade	Indivíduos são ranqueados com base num critério mensurável (e.g. nota). Há um “corte” nesse critério que diz que o individual é elegível para ser tratado (e.g. se tirar acima de 9 ganha troféu, abaixo não). Tratados e não-tratados muito semelhantes (e.g. tiraram 8.9 e 9.1) são então comparados.	Indivíduos que estão perto do corte, mas não são elegíveis para o tratamento pois não passaram dele.	Indivíduos não podem manipular sua colocação em relação ao corte e indivíduos pouco acima e pouco abaixo do corte são estatisticamente semelhantes. Dificuldade de criar essa condição: média, pode depender muito do desenho do programa.	Indicadores de resultado, variável que mede o critério mensurável e outras variáveis de controle.	Baixo, se a descontinuidade for achada “na natureza” ou no desenho do programa a ser avaliado. Imprevisível, caso contrário.

Metodologia	Descrição	Grupo de controle	Condições para termos causalidade	Dados necessários	Custo
Pareamento com escore de propensão	Indivíduos no grupo de tratamento são comparados a indivíduos similares no grupo de controle.	Não-participantes que possuem características observáveis que preveem que eles teriam tanta probabilidade de serem tratados quanto os que de fato foram.	Fatores não-observáveis não enviesam os resultados porque eles não estão correlacionados com o resultado ou não são significativamente diferentes entre os grupos de tratamento e controle. Dificuldade de criar essa condição: média, pode depender muito do volume de características observáveis a respeito da população que se tem em mãos.	Indicadores de resultado e variáveis para executar o pareamento (<i>matching</i>) entre participantes e não-participantes.	Médio, para dados primários. Baixo, para dados secundários.
Diferenças em Diferenças	Mede a mudança ao longo do tempo dos participantes no programa relativa a mudança dos não-participantes.	Indivíduos que não participaram do programa mas para os quais dados foram coletados antes e depois dele.	Se o programa não tivesse ocorrido, ambos grupos teriam trajetórias de melhora (ou piora) semelhantes. Dificuldade de criar essa condição: média.	Indicadores de resultado para ambos participantes e não-participantes, antes e depois da introdução do programa.	Médio, para dados primários. Baixo, para dados secundários.
Diferença simples	Mede a diferença entre participantes e não participantes após a intervenção.	Indivíduos que não participaram do programa <u>por um motivo qualquer</u>	(i) Tratamento e controle são idênticos exceto pelo fato de uns participarem ou não, e; (ii) eles tinham a mesma probabilidade de serem tratados antes do começo da intervenção. Dificuldade de criar essa condição: praticamente impossível.	Dados de indicadores de resultados após o fim da intervenção, para participantes e não-participantes.	Médio, para dados primários. Baixo, para dados secundários.
Pre-post	Mede como os participantes mudaram ao longo do tempo	Os participantes ao final da exposição do programa são comparados com eles mesmos no começo.	O programa foi o <u>único</u> fator influenciando as mudanças no indicador de interesse ao longo do tempo. Dificuldade: praticamente impossível.	Dados antes e depois da introdução do programa para os participantes.	Médio, para dados primários. Baixo, para dados secundários.

Quadro 6 - Métodos para avaliação de causalidade

Fonte: Elaboração própria, a partir de Fundação Lemann

4 MECANISMOS E ABORDAGENS DE AVALIAÇÃO NA PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS PÚBLICOS: A EXPERIÊNCIA INGLESA

4.1 Antecedentes: a nova gestão pública e a reforma dos serviços públicos

No início da década de 1980, forças econômicas, políticas e sociais desafiavam os governos das sociedades industrializadas avançadas e colocavam em cheque seu papel como instituição relevante e criadora de valor para a sociedade. Especialmente no Reino Unido, o governo era visto como um setor improdutivo, que se alimentava do valor criado pelo setor privado, e constituía-se como um obstáculo ao progresso econômico e social. A solução adotada nesse contexto foi a de diminuir o papel do Estado, estimulando o liberalismo político e econômico.

Com a diminuição do papel do Estado como instituição, diminuiu também a ideia de coletividade e da confiança na esfera pública como definidora e produtora de valor, ao passo que cresceu a valorização do interesse e do poder de escolha de cada indivíduo. Acreditava-se que tais interesses, os quais estão fora do alcance dos governantes, poderiam ser melhor atendidos se os bens e serviços fossem oferecidos pelo mercado, seguindo uma lógica de livre competição. A função do governo era, portanto, garantir que esses interesses fossem atingidos de maneira eficiente, gerenciando os recursos aplicados e as entregas do mercado.

Como havia crescido a confiança nas organizações do setor privado, cresceu também a crença de que suas técnicas de gerenciamento deveriam ser adotadas pelo setor público e, assim, a agenda da **Nova Gestão Pública** ganhou força. Tal abordagem levou a ganhos inegáveis, como a valorização dos interesses dos consumidores (neste caso, os cidadãos usuários dos serviços públicos) e o estabelecimento de objetivos e metas mais claras para o setor público. Algumas de suas contribuições são hoje incontestáveis como, por exemplo, a criação das agências executivas e o uso de ferramentas de gestão no setor público (BENINGTON; MOORE, 2011).

Para a prestação de serviços públicos, a agenda da Nova Gestão Pública significou a descentralização e a abertura para o mercado, baseada na crença de que os serviços públicos seriam melhor prestados por meio de mecanismos privados, que possibilitariam maior personalização, eficiência e possibilidade de inovação para atender as demandas (NATIONAL AUDIT OFFICE - NAO, 2012).

No entanto, nos anos 1990, diversas mudanças sociais, econômicas e tecnológicas impulsionaram o movimento por uma reforma nos serviços públicos no Reino Unido: era

necessário responder ao envelhecimento da população e às mudanças no tamanho e na composição das famílias, que faziam com que os serviços tivessem que contemplar uma diversidade cada vez maior de necessidades; também era imperativo considerar o incremento dos rendimentos e dos níveis de educação, que aumentaram também as expectativas dos cidadãos. Por outro lado, a permanência das desigualdades sociais, que se refletiam no acesso à prestação de serviços públicos, chamava a atenção para a necessidade de tornar o sistema mais universal e equitativo. Somavam-se a esses fatores as inovações tecnológicas e o advento da internet, que pressionavam pela inovação na maneira como os serviços eram prestados (CABINET OFFICE, 2006).

4.2 O *value-for-money* como mecanismo de avaliação da prestação de serviços públicos

O conceito de *value-for-money* tem sido amplamente utilizado pelo governo inglês desde o início da década de 1990. A princípio, o conceito estava muito relacionado ao corte de gastos e à maximização da eficiência produtiva do governo. No entanto, em consonância com a nova proposta para a prestação de serviços públicos, que teve início em 1997, o conceito foi ganhando uma abordagem mais ampla, alinhada à ideia de que mais relevante do que a quantidade de gasto público, é forma como tais recursos são alocados. Era necessário aumentar o investimento nos serviços públicos e a qualidade no seu provimento, garantir eficiência e efetividade e conquistar a equidade.

Para o governo inglês¹⁶, *value-for-money* pode ser definido como a combinação ótima do uso dos recursos empregados para atingir os resultados pretendidos em determinada iniciativa. Em diversas publicações, a expressão *value-for-money* é associada à *cost-effectiveness*, ou seja, **custo-efetividade**. Tal conceito tem sido usado como balizador para garantir que os recursos públicos serão gastos em atividades que proporcionam os maiores benefícios possíveis para a sociedade e de forma mais eficiente.

É importante salientar que há uma ampla exigência por parte do governo inglês de incorporar na análise os benefícios para a sociedade gerados na prestação de um serviço. Isto significa que tanto os efeitos diretos das intervenções, como os efeitos mais amplos sobre outras áreas da economia, devem ser considerados (HM TREASURY, 2011).

É de responsabilidade do NAO, órgão independente ao governo, realizar auditoria das contas públicas, avaliar seu *value-for-money* e reportar ao Parlamento o desempenho dos

¹⁶ Informações disponíveis no site do *National Audit Office* (NAO): <http://www.nao.org.uk/>

diversos setores e órgãos públicos. Para apoiar os departamentos na avaliação de seus programas e projetos, uma série de diretrizes foram elaboradas e publicadas em manuais como o *Magenta Book* e o *Green Book*¹⁷.

Três critérios são utilizados para avaliar o *value-for-money* dos gastos do governo: o primeiro é a **economia**, que significa minimizar os custos dos insumos necessários (*inputs*) para a entrega de um produto ou serviço; o segundo é a **eficiência**, que é a relação entre os produtos entregues (*outputs*) e os recursos alocados para produzi-los (*inputs*); e o terceiro é a **efetividade**, que é a medida pela qual se avalia que os resultados almejados (*outcomes*) pelo gasto público foram atingidos. Em alguns casos, soma-se à análise um quarto critério, o da **equidade**, que significa garantir que os serviços estão sendo disponibilizados e estão efetivamente atingindo os grupos pretendidos¹⁸.

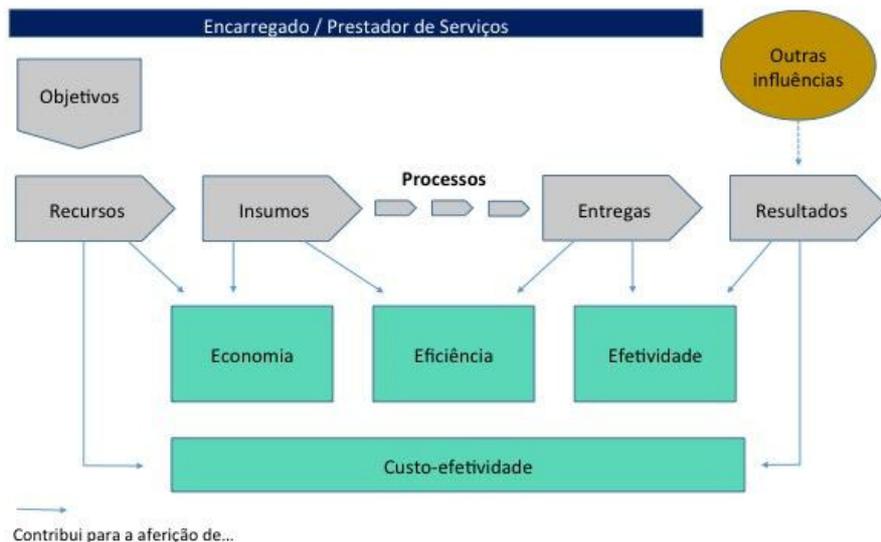


Figura 7 - Abordagem do *value-for-money* adotada pelo NAO
Fonte: NAO

No caso das parcerias com o setor privado ou sem-fins-lucrativos, as análises de *value-for-money* são utilizadas tanto para a escolha da forma como cada serviço deve ser prestado, o que significa avaliar em termos de *value-for-money* qual a melhor alternativa para determinada entrega, como para a avaliação da implementação, que significa comparar dados

¹⁷ Disponíveis em:

https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/220541/green_book_complete.pdf (Green Book) e

https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/220542/magenta_book_combined.pdf (Magenta Book)

¹⁸ Informações disponíveis no site do *National Audit Office* (NAO): <http://www.nao.org.uk/>

reais com dados previstos e certificar-se da existência ou não do *value-for-money*, subsidiando a tomada de decisão futura.

4.2.1 O *value-for-money* na área da saúde

Na área da saúde, que tem o segundo maior gasto entre os departamentos do governo inglês – 111,4 bilhões de libras entre 2013 e 2014, dos quais 95,6 bilhões foram direcionados para a gestão do NHS (NAO, 2014), é grande a pressão pelo *value-for-money*. Ademais, os serviços de saúde são bens públicos centrais para uma sociedade; gerir o NHS significa gerir esse senso de importância, o que faz com que o acesso e a qualidade dos serviços estejam sempre no foco da mídia e dos debates políticos (MAHDON, 2006).

Como todos outros departamentos e órgãos que compõem o governo inglês, o departamento da saúde é constantemente avaliado pelo NAO, tanto em termos de sua sustentabilidade financeira como de sua performance na prestação de serviços. Anualmente, diversos relatórios são publicados, contendo análises sobre indicadores específicos – como admissões de emergência e tempo de permanência em hospitais, oferta de serviços de maternidade e tempo de espera para tratamentos eletivos – e sobre a performance do departamento de maneira geral.

Além disso, o departamento da saúde desenvolveu, em 2010, o NHS *Outcomes Framework*, uma estrutura de indicadores que possibilita ter uma visão geral do desempenho nacional do sistema. Um dos principais objetivos da referida estrutura é aumentar a qualidade do NHS por meio da disseminação da cultura direcionada a resultados entre os atores do sistema. Para os anos de 2015 e 2016, o departamento da saúde estabeleceu cinco domínios de indicadores nos quais a NHS deve evoluir, quais sejam: 1. Prevenir que as pessoas morram prematuramente; 2. Melhorar a qualidade de vida de pessoas com doenças crônicas; 3. Ajudar as pessoas a se recuperarem de episódios de doença e lesões; 4. Garantir que as pessoas tenham uma experiência positiva de cuidado; 5. Tratar e cuidar das pessoas em ambientes seguros e protegê-las de danos evitáveis (NHS GROUP, 2015).

É importante destacar que grande ênfase é dada às ações preventivas, graças ao seu potencial de contribuir, juntamente com as ações que visam à melhoria da eficiência, para a economia dos recursos investidos no sistema.

Para o estabelecimento das diretrizes nacionais e dos padrões de qualidade para a prestação de serviços e para o desenvolvimento de indicadores, o departamento da saúde conta com apoio do *National Institute for Health and Care Excellence* (NICE). Até 2012, a principal abordagem do NICE para medir o *value-for-money* das intervenções de saúde era a

análise de custo-utilidade, que considera a qualidade de vida que as pessoas ganharão como resultado de uma intervenção. Os benefícios são expressos como *Quality-Adjusted Life Years* (QALYs). No entanto, ao longo dos anos, com o ganho de experiência da organização na produção das diretrizes de saúde, ficou claro que havia importantes benefícios que podiam não ser capturados pelos QALYs e que, portanto, em alguns casos, essa não poderia ser a única medida utilizada para avaliar o *value-for-money* das intervenções na área da saúde.

Assim, a partir de 2012, a organização passou a adotar as análises de **custo-consequência** e de **custo-benefício** como o método de determinação do custo-efetividade de uma intervenção. A análise de custo-consequência considera todos os benefícios para a saúde e para outros setores, inclusive aqueles impactos que não podem ser “precificados” e, portanto, oferece aos tomadores de decisão um bom contrabalanceamento para os custos de uma intervenção. A análise de custo-benefício, por sua vez, considera os benefícios para a saúde e outros setores, mas os converte em um único valor monetário. Uma das maneiras de reportar os resultados das análises de custo-benefício usadas pelo NICE é o **valor presente líquido**. Essa dupla abordagem permite assegurar que todos os benefícios relevantes (para a saúde e para a sociedade de forma mais ampla) serão levados em conta¹⁹.

O NICE dedica-se à produção de indicadores que possam contribuir para a melhoria da qualidade dos serviços e impulsionar a gestão por resultados²⁰. Os indicadores levantados pela organização são organizados em “painéis”. Um deles é o *Quality Outcomes Framework* (QOF), uma estrutura de indicadores de qualidade de serviço, na qual os *General Practitioners* (GPs) recebem pontos de acordo com seu nível de realização; quanto maior a pontuação, maior a recompensa financeira recebida. Outro painel é o *Clinical Commissioning Group Outcomes Indicator Set* (CCG OIS), que fornece informações aos *Clinical Commissioning Groups* (CCGs) – grupos responsáveis pela escolha dos parceiros na prestação de serviços, tal como vimos no capítulo 2 – para avaliar e comparar os resultados obtidos pelos diferentes atores encarregados da prestação de serviços.

O NICE também tem a tarefa de olhar para os dispositivos médicos, equipamentos e medicamentos e avaliar se as novas tecnologias agregadas a estes produtos representam *value-for-money*. Isso significa que, por vezes, há possibilidade de que o NICE tome decisões controversas e suscite intensos debates, já que não recomenda que o NHS ofereça

¹⁹ Informações disponíveis em: <http://publications.nice.org.uk/how-nice-measures-value-for-money-in-relation-to-public-health-interventions-lgb10b/nices-approach-to-economic-analysis-for-public-health-interventions#close>

²⁰ Mais informações em: <http://www.nice.org.uk/>

medicamentos ou tratamentos aos pacientes quando consideram que os custos superam o que é julgado como benefício (CLAXTON; CULYER, 2006).

É importante ressaltar que, ainda que haja uma concordância entre a maioria dos partidos políticos de proteger o NHS de cortes de despesas, o atual contexto de austeridade somado à demanda crescente por serviços de saúde – gerados pelo envelhecimento populacional e pelo aumento das expectativas devido à evolução dos tratamentos – causam um “*gap*” de financiamento, que tem que ser coberto por ganhos em eficiência e na produtividade (POWELL; THOMPSON, 2010). Nesse sentido, as análises de *value-for-money*, mesmo que controversas, acabam ganhando grande peso.

Em linhas gerais, é possível afirmar que ainda que as métricas de *value-for-money* tenham evoluído e procurado agregar os benefícios para a sociedade de maneira mais ampla, e sejam uma grande contribuição para a avaliação da eficiência produtiva e alocativa dos gastos do governo, ainda há questões a serem debatidas sobre o que é ou não é medido e sobre como valorar os resultados dos serviços oferecidos aos cidadãos.

4.3 Contribuições da teoria do valor público à avaliação da prestação de serviços públicos

Diante da profunda reforma pela qual passaram os serviços públicos desde a década de 1990, a abordagem do valor público ganhou espaço no Reino Unido. Seus defensores apontam que o valor público pode auxiliar os gestores a solucionarem problemas complexos de alocação de recursos em um contexto de recursos escassos e de medição de resultados, especialmente porque oferece uma medida de sucesso mais abrangente do que as convencionalmente usadas na literatura da Nova Gestão Pública. A aferição do valor público se propõe a avaliar, além dos resultados, os **meios** utilizados para chegar a eles, bem como a **confiança** e a **legitimidade** na execução de determinadas ações. Ademais, permite endereçar assuntos como **equidade**, *ethos* e *accountability* (MAHDON, 2006; KELLY et al., 2002)

Para os defensores da abordagem do valor público, a experiência inglesa mostra que a combinação de instituições públicas fortes, operando segundo a lógica de competição do mercado, e das organizações não-governamentais, alcança o melhor balanço entre *accountability*, inovação e eficiência. A questão passa a ser, então, como garantir que a competição do mercado entregará benefícios em longo prazo para a sociedade. Isso significa garantir, além de resultados, que elas entregarão valor público (KELLY et al., 2002).

Assim, a aferição do valor público constitui-se como uma importante inovação conceitual na prestação de serviços, pois sua proposta apresenta uma nova abordagem no sentido de atingir as necessidades e as expectativas dos cidadãos. Estar conectado com os cidadãos evita o risco de “atingir a meta, mas perder o ponto”; eficiência, eficácia e efetividade são melhores somente enquanto a entrega de valor público estiver no cerne da prestação de serviços (MAHDON, 2006).

4.3.1 A origem da teoria da criação do valor público

Ainda que o neoliberalismo dos anos 1980 e 1990 tenha atacado o governo como instituição e minado a ideia de esfera pública, não foi possível eliminar completamente suas funções. Ainda era necessário produzir e distribuir uma série de bens e serviços, regular as atividades econômicas para garantir a prosperidade, manter a coesão social e avançar na causa da justiça, como previsto nas Constituições. Os gestores públicos ainda enfrentavam dilemas de como gastar os recursos arrecadados coletivamente e havia grandes pressões em prol da melhoria das capacidades administrativas do Estado.

Foi nesse contexto que Mark Moore publicou o livro “*Creating Public Value: Strategic Management in Government*”, em 1995. A teoria por ele proposta procurava dar respostas à pressão por mudanças na maneira como o governo era visto pelas pessoas, na sua relação com a sociedade como um todo e sobre aquilo que deveria constituir uma gestão pública efetiva. Sua principal preocupação era construir um arcabouço conceitual para que gestores públicos pudessem entender e lidar com desafios estratégicos e decisões complexas. Sua ideia era criar um **propósito estratégico para o setor público**, assim como o valor privado servia de propósito para o setor privado.

A teoria proposta por Moore aceita que o governo precisa melhorar suas operações e isso inclui não apenas mudar o tamanho e o escopo das ações, mas adotar um novo modelo em que o governo possa pagar pela produção de serviços e não necessariamente produzi-los; precisa ser mais flexível, inovador e criativo para responder às demandas – em constante transformação – dos cidadãos; precisa, também, entregar resultados de forma eficiente e efetiva e, portanto, tem muito a aprender com o setor privado. Ele argumenta que os cidadãos devem debater o papel do governo na sociedade e decidir quais situações devem ser tratadas como coletivas e de responsabilidade do Estado e quais devem ser tratadas como responsabilidade individual, por meio de relações de mercado. O melhor árbitro para o valor

público, na concepção de Moore, é a sociedade como um todo; isso significa ir além da simples soma dos interesses individuais.

A proposta de Moore vê Estado, mercado e sociedade civil como esferas interdependentes e que, juntas, devem perseguir a criação de valor público. Nesse contexto, Moore atribui aos gestores públicos o importante papel de orquestrar o processo de desenvolvimento das políticas públicas de forma a garantir que boas escolhas serão feitas em favor do benefício público. Moore acredita que três processos são necessários para a criação do valor público: a **definição de propósitos** valiosos para o público, a criação de um **ambiente autorizador** e a **construção da capacidade operacional**. Os três processos são sintetizados em uma estrutura, que ficou conhecida como triângulo estratégico.

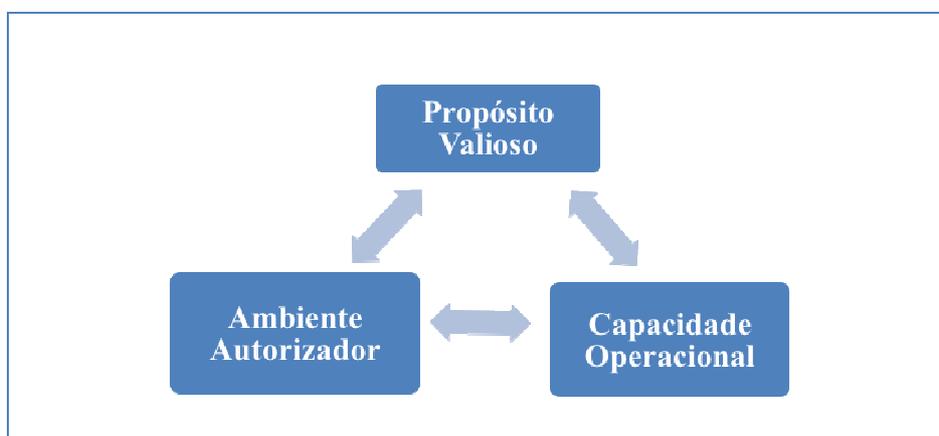


Figura 8 - O triângulo estratégico de criação do valor público

Fonte: Adaptado de Benington e Moore (2011, p. 5).

O triângulo estratégico sugere que as estratégias de criação do valor público devem atender a três testes: em primeiro lugar, elas devem ter como objetivo a criação de resultados valiosos para o público; em segundo lugar, elas devem criar um ambiente autorizador, ou seja, uma coalizão de *stakeholders* para dar suporte a determinada ação, que as legitime e garanta sua sustentabilidade política e; em terceiro lugar, devem ser operacional e administrativamente factíveis (BENINGTON; MOORE, 2001, p. 5).

Os três fatores são estratégicos, porém raramente estão alinhados e, portanto, os gerentes públicos precisam se esforçar constantemente para obter o alinhamento e para negociar *trade-offs* viáveis entre eles. Como exemplificam Alford e O’Flynn (2009 apud BENINGTON; MOORE, 2011, p. 5), se o produto mais valioso a ser entregue não está alinhado com as expectativas dos atores-chave do ambiente autorizador, o gerente público deve revisar a proposta de valor ou deve persuadir os atores a mudarem sua posição. Da

mesma forma, se uma organização não tem capacidade operacional para entregar um propósito valioso, tal propósito deve ser moldado para que seja possível entregá-lo.

Benington (2011) contribui com a evolução da teoria, argumentando que o valor público deve ser pensado de duas maneiras, por vezes, conflitantes: a primeira, deve considerar o que o público define como valioso e a segunda deve considerar o que adiciona valor para a esfera pública. O primeiro aspecto, que engloba o que público considera valioso, enfatiza o diálogo, o engajamento com usuários, cidadãos e comunidades e, portanto, implica em um rompimento com a administração pública tradicional em que o “produtor” define e determina o valor dos serviços públicos; o foco do modelo deve ser, portanto, no consumidor. Porém, ao contrário de um bem privado, que é valorado por um consumidor individualmente, um bem público é valorado por um grupo/comunidade. Isso significa que a atenção deve estar não apenas nos interesses individuais, que podem ser divergentes e conflitantes, mas no interesse público de maneira mais ampla – o que leva ao segundo aspecto da criação de valor público destacado pelo autor: a definição de valor público deve englobar também o que adiciona valor para a esfera pública, ou seja, deve assegurar que o interesse público, em longo prazo, seja atendido. Portanto, o desafio enfrentado pelos governos é, por um lado, melhorar os serviços básicos para os indivíduos e, ao mesmo tempo, promover estratégias para melhorar o contexto e a cultura em que os indivíduos vivem.

Benington reforça que o valor público não é criado pelo governo; ele é, na verdade, cocriado pelo governo, setor privado e sociedade civil. Especialmente no caso das políticas sociais, o valor público é criado por quem está na ponta, lidando diretamente com os usuários dos serviços. Assim, a criação de valor depende do comprometimento e da capacidade de quem atua diretamente com o público.

Segundo o autor, o conceito de valor público exige que o foco da mensuração seja nos processos e no impacto e não apenas nos recursos empregados e nas entregas. Assim, os ciclos eleitorais podem acabar por prejudicar a criação do valor público a medida que fazem com que os governantes pensem mais em suas “entregas” em curto prazo. O foco em resultados mais amplos para a sociedade só pode ser medido em longo prazo, o que exige que os governos criem mecanismos (técnicas, indicadores, etc.) que os comprovem e ambientes autorizadores que sustentem determinadas decisões.

4.3.2 Aferição do valor público

Segundo Kelly et al.(2002) o valor público pode ser criado em três dimensões. A primeira é a do valor criado pela prestação de serviços: os cidadãos avaliam bens públicos da mesma forma como avaliam bens privados, por isso é importante considerar sua satisfação, que pode ser influenciada por fatores como o tratamento recebido, a quantidade de informação disponível sobre um serviço e a facilidade de acesso. No arcabouço da nova gestão pública, o consumidor está no centro, no entanto, o envolvimento está limitado à pesquisas de satisfação com relação a procedimentos. Para a abordagem do valor público, além da satisfação do usuário, é importante também considerar a satisfação dos cidadãos, que não necessariamente utilizam os serviços, mas avaliam o serviço recebido por outros, ou seja, estar conectado com os cidadãos significa conhecer sua satisfação, mas também significa saber o que o cidadão valoriza mais. Assim, a maximização do valor pela prestação de serviços exige o entendimento do que é mais valioso para o público em relação a determinado serviço (MAHDON, 2006).

A segunda dimensão é a do valor dos resultados: resultados em longo prazo são parte fundamental do contrato entre cidadãos e governo. As metas de resultado tem se tornado cada mais sofisticadas e, em diversas áreas, a disponibilidade de recursos tem sido atrelada a indicadores de performance. No entanto, determinar o valor de determinada intervenção por meio de medidas objetivas de resultado é uma tarefa difícil, que exige técnicas complexas de aferição e de estabelecimento de relações de causalidade (KELLY et al., 2002).

A terceira dimensão é a do valor da confiança e legitimidade: a confiança está na base da relação entre cidadãos e governo; ela é especialmente importante em áreas que afetam diretamente a vida dos cidadãos como saúde, segurança, serviço social e educação. Nesses casos, mesmo que sejam cumpridas as metas de resultado, um abalo na confiança/legitimidade pode destruir o valor público. Os cidadãos desejam poder confiar naqueles que prestam serviços, no serviço prestado, na maneira como eles são incluídos no processo de criação e entrega do serviço e na forma como os processos de entrega e os produtos são medidos.

É importante salientar que o valor público pode ser destruído, assim como pode ser criado, dependendo da forma como as três categorias se relacionam. Assim, todas as etapas da prestação de serviços e da criação do valor público devem ser baseadas em padrões de boas práticas, ser apropriados relevantes e confiáveis (MAHDON, 2006).

4.3.3 Valor público na área da saúde

A saúde pública no Reino Unido e, mais especificamente, o NHS, foram campo para diversos estudos sob a perspectiva do valor público. Uma primeira hipótese, defendida por Levy (2008 apud NHS, 2010, p.32), é a de que o arcabouço do valor público apresenta uma possível solução para o chamado ‘paradoxo da entrega’, ou seja, para que a saúde pública consiga atingir, ao mesmo tempo, as necessidades individuais dos usuários e as demandas gerais do público. Tritter (2005), por sua vez, analisa as vantagens da abordagem para exploração das parcerias que existem a nível local, notadamente os *Primary Care Trusts*. O autor chama a atenção para a necessidade de legitimar o papel dessas organizações, já que, na época em que o texto foi escrito, elas eram as responsáveis por alcançar o valor público, pois estavam mais próximas dos cidadãos²¹.

Ampla discussão também é elaborada por Mahdon (2006), que utiliza o arcabouço do valor público para analisar os desafios do NHS em um contexto de profundas reformas. Entre eles, é oportuno citar: como lidar com a escassez de recursos, garantindo que eles sejam alocados para o alcance de melhorias na saúde pública? Como medir a satisfação do cidadão, além da satisfação do usuário? Como criar um ambiente autorizador e garantir confiança e legitimidade?

Em 2009, o NICE – em parceria com a *Warwick Business School* – lançou o manual *Tackling Tough Choices: Creating Public Value*, que se propõe a apoiar os gestores da área da saúde na operacionalização dos conceitos de valor público. O manual disponibiliza uma série de ferramentas e estudos de caso e oferece orientações para diferentes processos – como a delegação de serviços e o envolvimento dos pacientes – e para diferentes temas – como inovação e liderança – que permeiam o NHS.

Para a aplicação prática dos conceitos do valor público, foram criadas três ferramentas. A primeira é o *Public Value Lens*²², um conjunto de perguntas que direcionam os gestores públicos para os elementos estratégicos necessários a criação do valor público. A segunda, o *Creating a Public Value Process*, consiste em uma metodologia que busca gerar valor público por meio do aumento dos níveis de discussão e deliberação entre gestores públicos, profissionais dos serviços e do público em geral. Tal ferramenta auxilia na identificação dos principais componentes de um processo alinhado ao arcabouço do valor público e facilita seu redesenho. A terceira ferramenta, o *Public Value Stream*, auxilia os

²¹Como vimos no capítulo 2, o *Health and Social Care Act 2012* substituiu algumas instituições, dentre elas, os *Primary Care Trusts*, pelos CCGs, que passaram a ser as entidades mais próximas dos usuários.

²²As três ferramentas foram reproduzidas no Anexo A.

gestores a identificarem as atividades e processos de produção e coprodução de determinado serviço público e a concentrarem-se em como agregar valor público em todas as fases do processo. O *toolkit* também disponibiliza dois estudos de caso (*NHS Dorset* e *NHS County Durham*) que aplicaram as referidas ferramentas em suas atividades.

É importante destacar que, em que pese ter crescido a crença de que a teoria do valor público pode contribuir para a melhoria da prestação de serviços na área da saúde, e ter evoluído o debate sobre as possíveis metodologias de implementação, a aplicação prática do arcabouço conceitual do valor público ainda é bastante reduzida.

Nos capítulos seguintes, nos debruçaremos sobre algumas alternativas de aplicação da abordagem do valor público para a avaliação da prestação de serviços públicos de saúde no Brasil.

5 ALTERNATIVA PARA A CRIAÇÃO DE VALOR PÚBLICO NA PROVISÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE PELO GOVERNO DO ESTADO DE SÃO PAULO

5.1 Proposta de metodologia de avaliação (*framework*)

Como procuramos demonstrar no capítulo anterior, medidas de custo-benefício podem não ser suficientes para a avaliação da provisão de serviços públicos na área da saúde. Ainda que eficácia e eficiência sejam resultados importantes a serem atingidos – especialmente em um contexto de limitação de gastos e custos crescentes – é necessário considerar variáveis mais abrangentes que permitam legitimar e dar suporte para escolhas estratégicas feitas pelo governo no sentido de garantir benefícios em curto, médio e longo prazo para a sociedade em geral. Assim, a hipótese que defendemos nesse trabalho é que a abordagem do valor público pode contribuir para a avaliação da prestação de serviços públicos já que permite agregar variáveis subjetivas, como expectativas, satisfação e confiança, a variáveis mais objetivas, relacionadas ao desempenho.

A metodologia que será proposta a seguir é baseada no triângulo estratégico, criado por Mark Moore, porém não se limita a ele. Considerando o contexto do caso em questão, procuraremos agregar à análise do triângulo estratégico, o conceito de desempenho – e de *value-for-money*, como uma das formas de expressá-lo – e o conceito de governança colaborativa.

O valor público em suas três dimensões – resultados, prestação de serviços e confiança – é produzido na interação entre os três elementos – propósitos valiosos, ambiente autorizador e capacidade operacional – que compõem o triângulo estratégico. Assim, nossa proposta é analisar o caso à luz desses três elementos, conforme o esquema exposto na Figura 7.

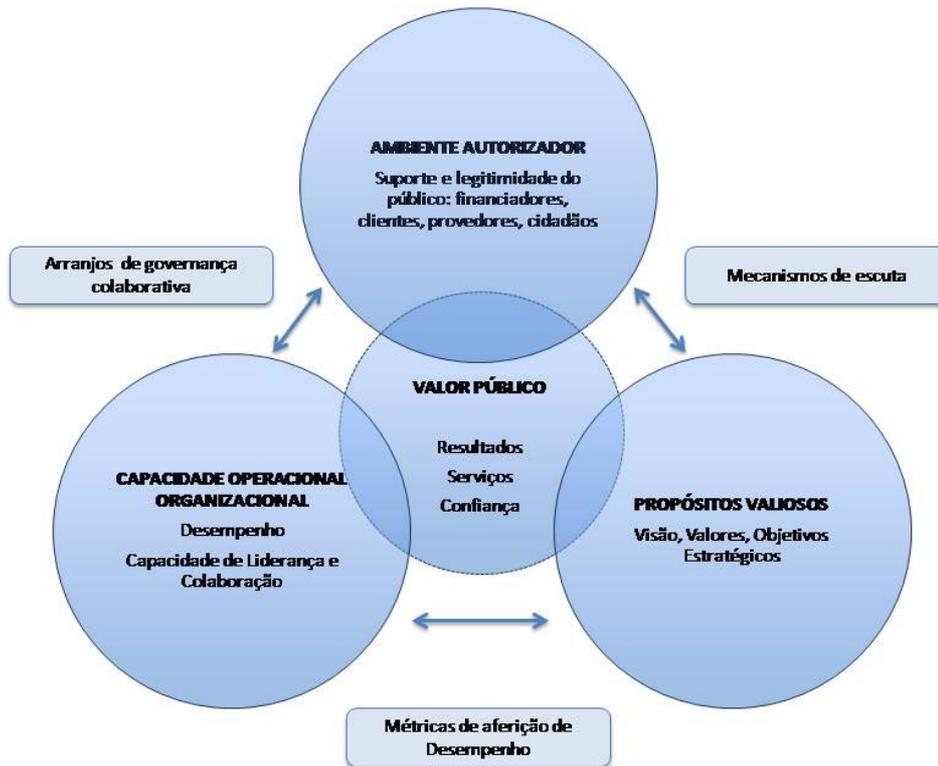


Figura 9 - Proposta de metodologia de avaliação, baseada no triângulo estratégico de Moore
 Fonte: Elaboração própria, a partir da revisão bibliográfica relacionada ao valor público

- 1) **Ambiente autorizador:** o valor público é gerado em um processo de cocriação e a organização que lidera o processo, em cada caso, deve engajar os diferentes *stakeholders* (financiadores, provedores, usuários e cidadãos) no suporte e na legitimidade de determinada ação. Para isso, faz-se necessário estabelecer mecanismos e **arranjos de governança colaborativa**.
- 2) **Propósitos valiosos:** na abordagem do valor público, é a sociedade que deve estabelecer quais valores devem ser perseguidos pelas organizações governamentais. Tais valores, por sua vez, devem servir como base para o estabelecimento da missão da organização e se desdobrar em objetivos estratégicos. Para que isso seja possível, é necessário estabelecer **mecanismos de escuta**.
- 3) **Capacidade operacional/organizacional:** para que seja possível alcançar os propósitos definidos pelo público e sustentados pelo ambiente autorizador, é necessário que a organização tenha capacidade operacional. No caso em questão, em que a prestação de serviços é executada por organizações parceiras, a

capacidade operacional adquire o sentido de capacidade organizacional, ou seja, a organização pública deve ser capaz de liderar e gerir tais parcerias, garantindo que outros atores tenham a capacidade operacional necessária para atingir aos resultados almejados. Para que seja possível acessar e avaliar o desempenho das organizações parceiras de maneira consistente, é necessário elaborar **métricas de aferição**.

Como já exposto previamente, os três elementos são estratégicos, porém, não estão naturalmente alinhados; faz-se necessário conquistar tal alinhamento para a geração de valor público. É oportuno salientar que tal função não cabe exclusivamente à Secretaria de Governo – organização demandante deste estudo –, tampouco às OSS – o objeto de estudo –, mas a um conjunto de atores. Por consequência, a proposta de metodologia aqui apresentada transcende o escopo do trabalho de tais organizações, entendidas aqui como apenas dois dos atores corresponsáveis pelo processo de geração do valor público.

Como veremos a seguir, o Sistema Único de Saúde brasileiro já prevê em sua concepção os mecanismos de escuta e colaboração e as métricas de aferição de desempenho acima mencionados. Portanto, nossa proposta não é criar novas ferramentas, mas analisá-las sob a perspectiva da geração de valor público para, em alguma medida, contribuir para seu fomento e atuação coordenada.

5.1.1 Definindo propósitos valiosos: mecanismos de escuta e participação dos cidadãos

Em oposição à dinâmica da iniciativa privada, organizações que prestam serviços públicos devem ser *accountable* aos cidadãos para os quais tais serviços são dirigidos, e também aos seus representantes na esfera pública. O termo utilizado em inglês compreende mais do que a prestação de contas sobre os recursos aplicados, em caráter meramente processual. Ser *accountable* é assegurar legitimidade nas ações empreendidas por meio de constantes diálogos com cidadãos e engajamento popular, com vistas à geração de valor público.

Em 2003 foi criada, por meio do Decreto nº 4.726, a Secretaria de Gestão Participativa, do Ministério da Saúde. Como principais responsabilidades e objetivos, a então SGP – que em 2006 passou a ser denominada Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa (SGEP) – tem a formulação, implementação e institucionalização de políticas públicas voltadas para aprimoramento do SUS. As políticas gestadas por esta Secretaria estão

majoritariamente relacionadas com o fortalecimento da participação, mobilização e controle social, pela implementação e coordenação da Ouvidoria Geral do SUS, pelo fomento das relações interfederativas, pela informatização de processos e pela transparência e controle da gestão.

Em 2007, mediante a Portaria nº 3027, a SGEPE lançou a Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa no SUS (ParticipaSUS), com o objetivo de “orientar as ações de governo na promoção, na qualificação e no aperfeiçoamento da gestão estratégica e democrática das políticas públicas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), nas respectivas esferas de gestão” (BRASIL, 2009, p. 13).

Por meio destas diretrizes, objetivava-se a consolidação de uma gestão participativa em saúde, focada no controle e organização social para garantir legitimidade às decisões tomadas, quando das escolhas estratégicas para a provisão de serviços públicos de saúde. Algumas das principais ações propostas por esta Política, que dizem respeito especificamente a mecanismos de escuta e diálogo com os cidadãos são:

- Afirmação do protagonismo da população na luta por saúde a partir da ampliação de espaços públicos de debates e construção de saberes;
- Integração e interação das ações de auditoria, ouvidoria, monitoramento e avaliação com o controle social, entendidos como medidas para o aprimoramento da gestão do SUS nas três esferas de governo;
- Ampliação dos espaços de escuta da sociedade em relação ao SUS, articulando-os com a gestão do sistema e a formulação de políticas públicas de saúde;
- Fortalecimento das formas coletivas de participação e solução de demandas²³.

Há também previsto no arcabouço programático do ParticipaSUS atividades voltadas à educação popular sobre cuidados com a saúde, além da capacitação dos Conselheiros, tanto estaduais como municipais, bem como, de lideranças sindicais e de movimentos populares articulados, com vistas ao cumprimento do princípio da equidade na oferta de saúde, garantindo a prestação do serviço alinhada às especificidades de comunidades e cidadãos.

Como evidenciado acima, há institucionalizados diversos mecanismos, tanto na esfera federal, como nas esferas estadual e municipal, capazes de contribuir com a participação

²³ BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa no SUS – ParticipaSUS**. 2. ed. Brasília, 2009. 13 p.

cidadã e potencializar sua visão na construção das políticas, por meio de mecanismos de escuta (ouvidorias) e treinamento de lideranças.

O desafio que se coloca é justamente potencializar estas ferramentas já existentes, segundo uma lógica estratégica de gestão pública, na qual a geração de propósitos valiosos é primordial para apoiar a consecução de resultados positivos na prestação dos serviços de saúde. É sabido, pelo que já foi exposto neste trabalho, que são parte integrante do contrato de gestão com OSS no estado de São Paulo metas de satisfação dos usuários, como uma das métricas de aferição de desempenho. É evidente que entender se o serviço prestado foi satisfatório é importante para avaliar a qualidade de seu prestador. Entretanto, para aferir valor público, é necessário dar um passo atrás na consulta ao cidadão (não limitando-se ao usuário do serviço). É primordial identificar se de fato os serviços ofertados naquela instituição, quer seja hospital, ambulatório especializado ou pronto-socorro, atendem às necessidades dos principais *stakeholders* do entorno.

Como evidenciado no capítulo anterior, o Sistema Nacional de Saúde do Reino Unido (NHS), em parceria com a *Warwick Business School*, lançou em 2009 um guia de apoio ao gestor público para operacionalização das diretrizes de criação de valor público. Neste *toolkit* é oportuno destacar algumas considerações sobre a gestão participativa em saúde, como diretriz estratégica para a geração de valor público:

*“The notion of co-production of services is compatible with a public-value focus on **generating high-trust relationships** with service users, the public and other provider agencies. The public value approach places focus on the responsibility of the public themselves to contribute to what is considered ‘valuable’ so that citizens are not just recipients and beneficiaries of public interventions but also co-designers of the public policy (...) The public value approach does not, however, promote a piecemeal process of decision-making by popular vote. Instead, it suggests the need for a more sophisticated reconciliation of public preferences with longer term objectives, government mandate, and expertise and evidence. These multiple (and potentially competing) imperatives will need to be balanced in a process of deliberation which builds consensus whilst avoiding manipulation²⁴”* (NHS; WARWICK BUSINESS SCHOOL, 2009).

A *Mckinsey&Company*, consultoria global de gestão estratégica, por meio de seu núcleo de atuação em governos (*Mckinsey Center for Government*)²⁵, reuniu alguns exemplos

²⁴Grifos não constam do original.

²⁵Mais informações disponíveis em:

http://www.mckinsey.com/client_service/public_sector/mckinsey_center_for_government

de boas práticas internacionais, cuja referência é a abordagem centrada nos cidadãos para formulação e implementação de serviços públicos. Intitulada “*Implementing a citizen-centric approach to delivering government services*”, a pesquisa, lançada em julho de 2015, evidencia que quando a provisão de serviços é de fato baseada nas demandas dos cidadãos, os governos não apenas aumentam a satisfação pública como reduzem custos.

O texto reúne elementos fundamentais para apoiar a implementação de serviços no modelo *citizen-centric*, a partir de algumas experiências já executadas e bem sucedidas. Abaixo identificamos dois deles:

1) Medir a satisfação do cidadão: Em primeiro lugar, é preciso definir como acessar a opinião dos cidadãos (o que e como perguntar. Em geral, fatores como agilidade de resposta, clareza sobre procedimentos, equipe qualificada e atenciosa, são apontados como igualmente importantes em pesquisas de satisfação. Para ampliar a precisão nas consultas, o estudo argumenta que, ao invés de solicitar que o cidadão opine sobre a importância destes elementos, é mais assertivo pedir que classifiquem os serviços segundo cada um destes fatores.

Ademais, faz-se necessário coordenar dados gerados por estas pesquisas de satisfação com o monitoramento de processos internos dos órgãos públicos (por exemplo: número de atendimentos), de modo a gerar conexões entre eles. Segundo demonstra o estudo da Mckinsey, por meio desta sistematização de informações é possível identificar correlações estatísticas entre as **áreas** específicas identificadas como problemáticas pelos cidadãos e os respectivos **fatores** de insatisfação.

2) Obter um entendimento detalhado sobre a “jornada do cidadão”: isto significa que os governos devem acessar a satisfação dos cidadãos ao longo de toda sua experiência para a obtenção de um serviço. Tais experiências costumam ter vários pontos de interação e, muitas vezes, são multissetoriais. Uma solução para mapear as chamadas “jornadas dos cidadãos” foi realizada por uma agência pública asiática, que fez um levantamento de quais serviços eram prestados naquele órgão e, a partir daí, classificou-os segundo o grau de complexidade da “jornada” para obtê-los. Este mapeamento, combinado com pesquisas de satisfação, ajudou os gestores públicos a elaborar uma hipótese sobre quais jornadas eram mais problemáticas aos olhos dos cidadãos e quais suas possíveis causas.

Em outro espectro, a questão da escolha do paciente com relação a algum tipo de tratamento também configura-se como elemento importante na criação de valor público. A Portaria de número 1820/2009, evidencia direitos e deveres dos usuários da saúde, indicando

em seu artigo 4º, item XI, “o direito à escolha de alternativa de tratamento, quando houver, e à consideração da recusa de tratamento proposto²⁶”.

No Reino Unido, as recentes reformas do NHS promoveram enfoque na garantia da ampliação das escolhas dos usuários do serviço, fundamentadas por pesquisas realizadas mundialmente. Tais pesquisas apontam que tratamentos são mais efetivos se os pacientes o escolhem, entendem e controlam seus cuidados²⁷. Deste modo, é importante garantir que os profissionais das OSS estejam adequadamente treinados para, sempre que possível, apresentar estas oportunidades de escolha, apoiando os pacientes a fundamentar suas decisões. A opção por determinado tratamento é parte importante de sua efetividade, agregando valor, consolidando relações de confiança e impactando positivamente na satisfação do usuário do serviço.

Considerando a área da saúde como um cenário de demandas infinitas e recursos escassos, a gestão participativa e o controle social devem ser considerados como mecanismos importantes de gestão pública, e não apenas como ideais democráticos a serem perseguidos. Trata-se, efetivamente, de estratégias fundamentais na legitimação de escolhas para a prestação de serviços públicos, que geram valor (e não só resultados) para a população.

5.1.2 Articulando o ambiente autorizador: arranjos de governança colaborativa

Em um contexto subsequente à Nova Gestão Pública, a Governança Pública vem sendo considerada um conceito de vanguarda, pois posiciona os entes públicos em um cenário de pluralidade e complexidade, no qual as interações entre diferentes esferas governamentais e entre estas e a sociedade, articulada em redes, são cada vez mais frequentes e, no limite, inescapáveis. Neste âmbito, insere-se a chamada Governança Colaborativa, parte integrante e fundamental da Governança Pública, sobre a qual Humberto Martins e Caio Marini discorrem:

“Governança colaborativa é a ciência e a arte de **gerar valor público de forma conectada**: é a governança em rede entre instituições e entre estas e a sociedade. E a governança colaborativa é um fenômeno irresistível porque os indivíduos vivem numa sociedade em rede, fazem parte

²⁶ Ministério da Saúde. Portaria nº 1.820, de 13 de agosto de 2009. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt1820_13_08_2009.html

²⁷ Mais informações no site *NHS Choices*, disponível em: <http://www.nhs.uk/choiceintheNHS/Yourchoices/allaboutchoice/Pages/Allaboutchoice.aspx>

de um estado em rede, e são cada vez mais partícipes da coprodução de políticas públicas²⁸”
(MARTINS; MARINI, 2009, p. 46).

A provisão de serviços públicos na área da saúde demanda pragmatismo e flexibilidade e, por esta razão, é uma agenda passível de colaboração. No que concerne às parcerias com as OSS, formalizadas por meio de contratos de gestão, entende-se que estas alavancam as capacidades do Estado, pois auxiliam os entes federados a cumprir com seu mandato constitucional. Do ponto de vista gerencial, por serem mais dinâmicos, os contratos de gestão acabam assegurando maior capacidade de resposta, sobretudo quando se trata de problemas públicos complexos, como é o caso da área da saúde.

Como vimos no capítulo 3, há 107 equipamentos sob gestão de parceiros privados no Estado de São Paulo. O governo do estado possui uma Coordenadoria específica, dentro da Secretaria da Saúde, para elaborar e monitorar contratos, bem como, assegurar sua adequada prestação de contas.

Entretanto, o desempenho das OSS focado no efetivo cumprimento dos processos e entrega dos produtos discriminados nos contratos de gestão não basta para assegurar valor público. É preciso, como vimos, garantir que os resultados vinculados a estes processos e produtos sejam considerados na avaliação, e estejam associados a uma demanda legítima da população, identificada como prioritária pelos cidadãos. Em outras palavras, a eficiência produtiva não pode prescindir da eficiência alocativa, o que significa que não basta ter desempenho satisfatório na entrega de um serviço que não gera valor.

Como alternativa para a superação deste hiato, observamos na sessão anterior que é preciso se atentar para a importância estratégica das ouvidorias e dos conselhos de saúde. A efetiva participação da população, por meio de uma ouvidoria eficiente e inclusiva, quiçá itinerante nas localidades mais inóspitas, deve estar associada a um Conselho Estadual fortalecido, que, em parceria com o governo federal, apoie os Conselhos Municipais em sua qualificação e efetivo engajamento da população. Se coordenados de forma articulada e regionalizada, há nestes instrumentos grande potencial para oferecer suporte ao governo do estado na melhoria da provisão de serviços públicos de saúde, equalizando oferta e demanda, otimizando recursos e, fundamentalmente, gerando valor público.

Além da colaboração com as OSS e com a população, a cooperação federativa entre o estado de São Paulo e os municípios também é fundamental para aferir valor público:

²⁸ Grifos não constam do original.

“A articulação cooperativa e solidária entre as gestões municipais e a gestão estadual, conformando um modelo regionalizado, representa a possibilidade concreta de construção da atenção integral à saúde. Para a consolidação do SUS, a formulação da política de saúde deve emergir dos espaços onde acontece a aproximação entre a construção da gestão descentralizada, o desenvolvimento da atenção integral à saúde e o fortalecimento da participação popular” (BRASIL, 2009, p.8).

Em entrevista²⁹ ao responsável pela Coordenadoria de Gestão de Contratos de Serviços de Saúde (CGCSS), Eduardo Ribeiro Adriano, compreendemos que os municípios são responsáveis pela assistência à saúde de baixa complexidade e que, se esta fosse entregue a contento, pouparia gastos na atenção de média e alta complexidade. Porém os municípios em geral, sobretudo os com menos de 50 mil habitantes, tem baixa capacidade de gestão e de financiamento na área da saúde. Ademais, boa parte dos equipamentos do governo do estado, dirigidos à atenção de urgências, emergências e alta complexidade, acabam absorvendo grande parte da demanda não atendida pelos municípios. O cenário que se coloca é a aplicação dos recursos de forma pouco eficiente.

Como argumenta Rafael Garofano, em artigo publicado em maio de 2015:

“Na maioria das vezes, os problemas de saúde que demandam maiores despesas de tratamento poderiam ter sido evitados com medidas simples de prevenção, medicação adequada e acompanhamento clínico de rotina. Esta situação cria um círculo vicioso no qual a falta de cuidados na atenção de base acaba aumentando a demanda por atendimento de alta complexidade (agrava o Quadro de saúde pública), o que leva à necessidade de investir cada vez mais em saúde terciária (...)

É preciso, pois, dotar os Municípios de gestão e regulação eficientes dos serviços de saúde, de maneira a melhor identificar as necessidades (diagnóstico) e melhor alocar os recursos na prevenção, na atenção de base (...)” (GAROFANO, 2015).

Uma alternativa a ser considerada, tendo em vista a alocação de recursos de forma eficiente e garantindo atenção à saúde de qualidade para um número maior de pessoas, o governo do estado de São Paulo poderia intensificar sua atuação nos municípios.

Como última observação à articulação do ambiente autorizador, porém não menos importante, destacamos a coordenação com os órgãos de controle da administração pública,

²⁹ Entrevista realizada em 16 de julho de 2015, na sede da CGCSS, em São Paulo, com o Coordenador Eduardo Ribeiro Adriano.

sobretudo os Tribunais de Contas. Os procedimentos associados à análise e aprovação das contas públicas estão relacionados a diretrizes que, muitas vezes, não são capazes de considerar dinâmicas peculiares de algumas áreas.

No caso da saúde, por exemplo, a lógica da economicidade nem sempre é a mais adequada quando se trata de analisar a eficácia do atendimento, ou seja, se é de qualidade e alcança um número expressivo de cidadãos. Por vezes, o investimento em equipamentos mais caros para execução de exames e diagnósticos, capazes de gerar resultados em um prazo menor, garantindo atendimento a mais pessoas, é questionado pelo órgão de controle. Este questionamento não é arbitrário e reflete o cumprimento com os procedimentos de fiscalização da instituição.

Entretanto, é importante trabalhar em uma agenda coordenada que mobilize gestores públicos de saúde e técnicos de organismos de controle com vistas à revisar alguns destes procedimentos, considerando a natureza dos serviços oferecidos, e objetivando sempre a geração de valor público. A economicidade, como veremos no item a seguir, é uma dimensão de esforço; e esforços não podem ser avaliados de forma desassociada dos resultados que visam produzir.

5.1.3 Qualificando desempenho e capacidade operacional

A terceira dimensão necessária à criação de valor público é a capacidade operacional. Como vimos no capítulo 2, o Estado brasileiro optou por estabelecer parcerias com organizações sociais de saúde, em caráter de complementaridade, para a oferta de serviços de saúde, baseado na crença de que sua atuação garantiria maior qualidade e eficiência no atendimento ao público.

Assim, o setor público não-estatal – especificamente as OSS, nesse caso – tem papel fundamental na criação do valor público. Para que isso seja possível, elas precisam ter a capacidade operacional necessária para a prestação dos serviços públicos. O poder público, por sua vez, precisa articular o ambiente autorizador em que a política de saúde está inserida, garantir que as ações estejam alinhadas aos princípios e valores definidos pelo público e garantir o fluxo de recursos necessários à operacionalização da política. Também é fundamental escolher parceiros alinhados a esses valores e monitorar e avaliar seu desempenho para garantir que os serviços que estão sendo entregues são efetivamente geradores de valor público. Nesse sentido, **métricas de aferição de desempenho** – alinhadas aos mecanismos de contratação e de repasse de recursos – são essenciais.

O contrato de gestão é a principal diretriz para o monitoramento e avaliação de desempenho das OSS no estado de São Paulo. É ele que define o escopo da atuação da OSS e estabelece os resultados a serem atingidos, bem como, os indicadores para a avaliação do desempenho. Uma análise de *value-for-money* dos gastos da saúde deveter como base, portanto, aquilo que é acordado nos contratos de gestão.

Isso posto, analisaremos os indicadores estabelecidos nos contratos de gestão e nos manuais de indicadores das OSS à luz da literatura sobre *value-for-money*, brevemente apresentada no capítulo 4, procurando responder a seguinte pergunta: é possível avaliar o *value-for-money* dos gastos com a saúde tendo como base os indicadores que constam nos contratos de gestão?

Outros frameworks de indicadores, a saber, o Rol de Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores para 2013-2015 do SUS e o *NHS Outcomes Framework* também serão brevemente analisados. O primeiro, porque estabelece as diretrizes nacionais para a avaliação do sistema de saúde pública brasileiro, e o segundo, porque – como veremos – sua estrutura reflete uma lógica de avaliação alinhada à concepção de *value-for-money*. Tais *frameworks* podem, portanto, contribuir para a análise crítica dos indicadores que compõem hoje os contratos de gestão estabelecidos com as OSS.

Cabe, agora, elucidar os conceitos que foram utilizados na análise dos indicadores dos referidos contratos e *frameworks*.

A concepção de desempenho adotada engloba, além dos resultados, os esforços empregados para obtê-los, conforme exposto na Figura a seguir (MARTINS; MARINI, 2014,p.10).

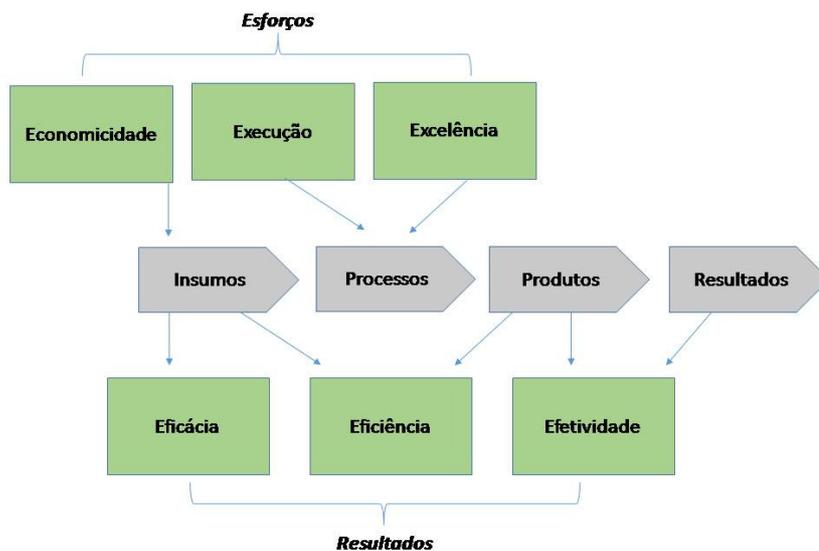


Figura 10 - Desempenho

Fonte: Adaptado de Martins e Marini (2014, p.10)

Os **insumos** são recursos que a organização pública tem disponíveis para a elaboração de um produto/resultado. Os **produtos** são os bens ou serviços produzidos por um organismo público para atender aos cidadãos, empresas ou outras agências governamentais. Os **resultados** são os impactos ou consequências geradas para a sociedade por meio dos produtos elaborados.

As dimensões de resultado são eficiência, eficácia e efetividade.

- Efetividade está relacionada aos impactos (primários, secundários ou finais) no contexto da intervenção.
- Eficácia está relacionada aos produtos entregues aos beneficiários diretos no que se refere a sua quantidade, qualidade e cobertura.
- Eficiência é a relação entre os produtos gerados (outputs) e os insumos empregados, usualmente sob a forma de custos ou produtividade (MARTINS; MARINI, 2014,p.11).

As dimensões de esforço são economicidade, excelência e execução.

- Execução refere-se à realização das atividades programadas, quer sob a forma de processos, projetos ou eventos.
- Excelência é a conformidade a critérios e padrões de qualidade para a realização dos processos, atividades e projetos.

- Economicidade está relacionada à aquisição vantajosa e uso racional de recursos, dentro dos requisitos de qualidade exigidos (MARTINS; MARINI, 2014, p.12).

Para cada uma das dimensões acima expostas podem ser estabelecidos indicadores específicos. As principais categorias utilizadas para a classificação dos indicadores dos contratos de gestão e *frameworks* analisados foram: **indicadores de esforço** (que, de maneira geral, englobam as dimensões de execução, economicidade e excelência), **indicadores de eficácia, indicadores de eficiência e indicadores de efetividade**.

5.1.3.1 Análise e seleção de indicadores

a) *NHS Outcomes Framework*

ONHS Outcomes Framework, como mencionado no capítulo 4, estabelece os indicadores de desempenho do sistema de saúde inglês organizada em 5 diretrizes estratégicas, que enfocam ações preventivas, benefícios para a saúde e qualidade de vida da população em geral: 1. Prevenir que as pessoas morram prematuramente; 2. Melhorar a qualidade de vida de pessoas com doenças crônicas; 3. Ajudar as pessoas a se recuperarem de episódios de doença e lesões; 4. Garantir que as pessoas tenham uma experiência positiva de cuidado; 5. Tratar e cuidar das pessoas em ambientes seguros e protegê-las de danos evitáveis. Para cada um desses domínios são estabelecidos indicadores globais e áreas de melhoria, com seus respectivos indicadores. Um quadro resumido da estrutura, conforme apresentado pelo departamento de saúde do Reino Unido, está reproduzido no Anexo A.

É importante destacar que o *NHS Outcomes Framework* serve como base para as diretrizes de avaliação de outros órgãos que compõem o sistema de saúde, notadamente os *Clinical Commissioning Groups*³⁰ que, como já foi dito, são os responsáveis pelas parcerias com o setor privado na prestação dos serviços. Tal alinhamento garante, além da mobilização para o alcance dos resultados em si, a disseminação da cultura direcionada a resultados entre os atores do sistema.

Três dos cinco domínios de indicadores (domínios 1, 2 e 3) que compõem o *NHS Outcomes Framework* podem ser classificados como domínios de efetividade. Os outros dois domínios (4 e 5) estão relacionados à esforços. A ênfase no estabelecimento de indicadores de efetividade é indispensável para as análises de *value-for-money*, assim, o foco nesse tipo de indicador corrobora a posição defendida pelo governo inglês de que *value-for-money* não é

³⁰Disponível em: <http://www.england.nhs.uk/wp-content/uploads/2012/12/ois-ataglance.pdf>

fazer escolhas com base no custo mais baixo(HM TREASURY, 2006). A escolha de tais indicadores também é condizente com uma perspectiva de geração de valor público já que busca englobar a garantia da oferta de experiências positivas de cuidado e a melhoria da qualidade de vida da população.

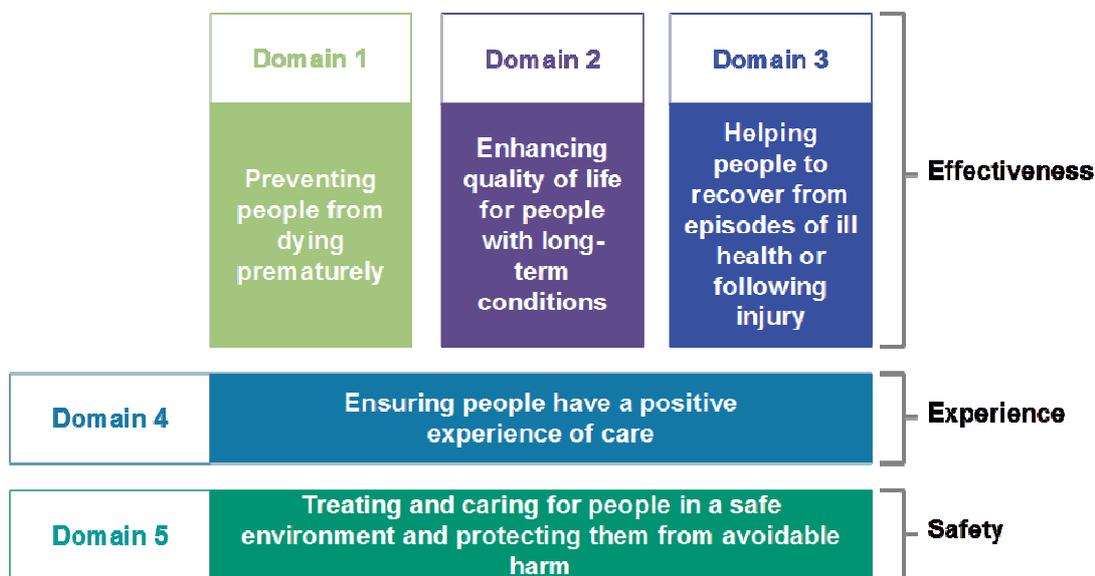


Figura 11 -NHS Outcomes Framework – Classificação dos indicadores³¹

Fonte: NHS. Disponível em: <http://www.england.nhs.uk/resources/resources-for-ccgs/out-frwrk/>

Ainda que não seja possível dispensar a utilização de outros indicadores de eficácia e eficiência(que também fazem parte da análise do *value-for-money*), a ênfase nos indicadores de efetividade pode ser considerada um sinal do amadurecimento da gestão do sistema de saúde inglês. Ou seja, supera uma visão burocrática de monitoramento e avaliação de processos para direcionar o foco no atingimento dos resultados esperados.

b) Rol de Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores 2013-2014 do SUS

Em 19 de junho de 2013, foram publicadas as Orientações para a Pactuação de Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores para os anos de 2013-2015 como resolução da Comissão Intergestores Tripartite (CIT)³². As orientações objetivam fortalecer o planejamento

³¹Optou-se pela não tradução da figura pois sua formatação original demonstra a classificação dos indicadores, tal como foram concebidos pelo órgão responsável pela gestão do NHS.

³² A CIT é constituída (em nível federal) paritariamente por representantes do Ministério da Saúde (MS), do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass) e do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems). Na CIT, são definidas diretrizes, estratégias, programas, projetos e alocação de recursos do SUS. Mais informações disponíveis em:

<http://dev-sus20anos.datasus.gov.br/SUS20ANOS/index.php?area=030303>

do Sistema Único de Saúde e a implementação do Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde (Coap)³³.

Tal documento é de grande importância para o acompanhamento e controle das políticas na área da saúde, na medida em que estabelece um rol único de indicadores a ser utilizado nos instrumentos de planejamento do SUS e Coap. A partir desses indicadores, é possível fazer análises comparativas por meio de parâmetros comuns, sendo possível, inclusive, avaliar a qualidade dos serviços em determinado segmento.

Para os anos de 2013 – 2015 foram estipuladas, ao todo, 13 diretrizes e 54 metas que se desdobraram em 67 indicadores, sendo 33 universais e 34 específicos.

Por indicadores universais entendem-se aqueles que expressam o acesso e a qualidade da organização em redes, além de considerar os indicadores epidemiológicos de abrangência nacional e desempenho do sistema, sendo a pactuação comum e obrigatória nacionalmente. Por indicadores específicos entendem-se aqueles que expressam as características epidemiológicas locais e de organização e desempenho do sistema, sendo sua pactuação obrigatória quando forem observadas as especificidades no território em questão.

Da análise do rol do Ministério da Saúde, é possível concluir que há diversos indicadores de eficácia, alguns de esforço e poucos de efetividade. É possível perceber que as metas e diretrizes foram formuladas no sentido de melhorar o sistema e sua cobertura, porém pouca ênfase é dada às metas de efetividade, que demonstrem melhorias na saúde e qualidade de vida da população. Em que pese considerar a importância de tais diretrizes, metas e indicadores para o desenvolvimento do sistema, é importante salientar que a dimensão da efetividade ainda é pouco explorada, especialmente quando a estrutura é comparada com os indicadores estabelecidos pelo *NHS Outcomes Framework*.

Já da análise dos dados referente a tais indicadores, disponibilizados no *site* do Data Sus para os anos 2008 a 2014, também é possível tirar conclusões importantes a respeito do sistema de saúde no estado de São Paulo.

A figura a seguir foi elaborada mediante coleta e análise dos indicadores disponíveis no DataSus³⁴ sobre as 27 unidades da federação no período de 2008 a 2014. Neste período, foram observados alguns dados faltantes, o que influenciou a escolha das variáveis analisadas

³³ O contrato organizativo da ação pública é um instrumento da gestão compartilhada, tem a função de definir entre os entes federativos as suas responsabilidades no SUS, permitindo, a partir de uma região de saúde, uma organização dotada de unicidade conceitual, com diretrizes, metas e indicadores, todos claramente explicitados e que devem ser cumpridos dentro de prazos estabelecidos. Mais informações disponíveis em: http://bvsmis.saude.gov.br/bvsmis/publicacoes/contrato_organizativo_acao_publica_saude.pdf

³⁴ Disponível em: <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0201> Acesso em: 23 ago. 2015.

nesse trabalho. A partir dos dados, buscou-se contextualizar os resultados do estado de São Paulo em relação aos demais estados da região. Para tanto, foi calculada a evolução em pontos percentuais de cada indicador no período de 2008 a 2014 para todas as 27 unidades da federação, bem como para o agregado de cada uma das cinco regiões do país.

De posse destes dados, atribui-se ao estado de São Paulo uma classificação por cores. O estado recebeu vermelho em um indicador quando ele piorou em relação a 2008; amarelo quando o indicador evoluiu, mas se mostrou menos positivo do que o indicador da região Sudeste; e verde quando o indicador melhorou e se mostrou mais positivo do que o da região Sudeste.

Situação	Meta	Indicador	Dado de 2014	Evolução (2014-08)
	Aumentar a cobertura populacional estimada pelas equipes de Atenção Básica	Cobertura populacional estimada pelas equipes de Atenção Básica	54,62%	-1,66 p.p.
	Redução de internações por causas sensíveis à Atenção Básica	Proporção de internações por condições sensíveis à Atenção Básica (Icsab)	24,50%	-2,58 p.p.
	Aumentar o percentual de cobertura de acompanhamento das condicionalidades de Saúde no Programa Bolsa Família (PBF)	Cobertura de acompanhamento das condicionalidades de Saúde do Programa Bolsa Família (PBF)	69,62%	+26,33 p.p.
	Aumentar a cobertura populacional estimada pelas equipes de Saúde Bucal	Cobertura populacional estimada pelas equipes básicas de Saúde Bucal	36,57%	+2 p.p.
	Aumentar o percentual de ação coletiva de escovação dental supervisionada	Média de ação coletiva de escovação dental supervisionada	2,51%	-0,29 p.p.
	Reduzir o percentual de exodontia em relação aos procedimentos preventivos e curativos	Proporção de exodontia em relação aos procedimentos	4,06%	-7,02 p.p.

Quadro 12 - Indicadores de Atenção Básica no estado de São Paulo

Fonte: Tabulação própria a partir do Data Sus e do Rol de Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores 2013-2015 do Ministério da Saúde. Legenda de cores: vermelho quando o indicador piorou em relação a 2008; amarelo quando o indicador evoluiu, mas é menos positivo do que o indicador da região Sudeste; verde quando o indicador melhorou e é mais positivo do que o da região Sudeste

De forma geral, os indicadores de São Paulo se mostram preocupantes em relação à atenção básica. A cobertura populacional estimada pelas equipes de Atenção Básica é de 54,62%. Em relação a 2008, houve uma queda de 1,66 pontos percentuais, fazendo com que o estado passasse a ter a menor cobertura da região Sudeste. A cobertura de saúde bucal de São Paulo também é a mais baixa da região (36,57%).

Apesar dessa baixa cobertura, os índices de internações por causas sensíveis à atenção básica são baixos em relação aos outros estados da região: 24,5% contra uma média de 28,5%. No entanto, a queda na região foi superior à do estado.

Esses números apontam vários desafios em relação à atenção básica no estado. A extensa população parece ser um problema quanto à garantia da cobertura; e as melhores condições socioeconômicas, embora ajudem, não parecem ser suficientes para garantir ao estado um percentual de internações baixo. Embora menor do que o desempenho da região Sudeste, 24% não pode ser considerado um indicador aceitável para o estado mais rico do Brasil. Esses índices parecem refletir uma escolha do estado de São Paulo em investir em ações de média complexidade, como já foi discutido nesse estudo.

Situação	Meta	Indicador	Dado de 2014	Evolução (2014-08)
	Aumentar o número de procedimentos ambulatoriais de média complexidade selecionados para população residente	Razão de procedimentos ambulatoriais de média complexidade e população residente	2,15%	+1,08 p.p.
	Aumentar o número de internações clínico-cirúrgicas de média complexidade na população residente	Razão de internações clínico-cirúrgicas de média complexidade e população residente	3,35	-0,08 p.p.
	Aumentar o número de procedimentos ambulatoriais de alta complexidade selecionados para população residente	Razão de procedimentos ambulatoriais de alta complexidade e população residente	7,27	+2,7 p.p.
	Aumentar o número de internações clínico-cirúrgicas de alta complexidade na população residente	Razão de internações clínico-cirúrgicas de alta complexidade e população residente	3,63	+0,68 p.p.
	Ampliar os serviços hospitalares com contrato de metas firmado	Proporção de serviços hospitalares com contrato de metas firmado	12,09	-4,34 p.p.

Quadro 13 - Indicadores de atenção especializada no estado de São Paulo

Fonte: Análise e tabulação próprias a partir do Data Sus e do Rol de Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores 2013-2015 do Ministério da Saúde. Legenda de cores: vermelho quando o indicador piorou em relação a 2008; amarelo quando o indicador evoluiu, mas é menos positivo do que o indicador da região Sudeste; verde quando o indicador melhorou e é mais positivo do que o da região Sudeste.

Os dados de São Paulo em relação a indicadores de atendimento especializado para média complexidade apresentam avanços nos últimos anos, embora em alguns casos seja

modesto. Embora o estado de São Paulo lidere na região e fique apenas atrás do Distrito Federal em relação ao número de procedimentos ambulatoriais por 100 habitantes, o estado fica atrás de Minas Gerais e Espírito Santo no indicador de internações clínico-cirúrgicas de média complexidade.

Já nos indicadores de alta complexidade São Paulo se destaca. A razão de procedimentos ambulatoriais de alta complexidade e a população residente é a mais alta do país: 7,27. Já em relação ao número de internações por 100 habitantes o indicador é o mais alto da região Sudeste: 3,63. Vale destacar que o índice ainda é bem abaixo ao da região Sul (5,84).

Em síntese, pelo que os dados permitem extrair, os números de São Paulo ilustram muitos desafios em relação à atenção básica. Ainda que esta, no modelo federativo brasileiro, seja uma competência atribuída aos municípios, sua deficiência acaba por prejudicar a adequada provisão de serviços pelos equipamentos estaduais, que passam a atender problemas da atenção básica e não focam em sua atribuição principal, ou seja, o atendimento de urgências, emergências e alta complexidade.

Dadas essas distorções no atendimento, cobertura parece ser um grande problema para o estado mais populoso do país. Esse cenário exige atenção, inclusive do governo do estado, já que os sistemas nacionais de saúde que conseguiram avanços consideráveis fizeram grande investimento na atenção básica, como ilustra o caso inglês, tratado anteriormente nesse estudo. Entendemos que não há forma de gerar valor público na provisão de serviços de saúde se não houver esforços coordenados dos governos estaduais no efetivo apoio aos municípios para a melhoria da atenção básica.

No que diz respeito aos indicadores de média e alta complexidade, estes são inconclusivos. Embora o estado de São Paulo possua uma cobertura maior do que a existente no restante da região Sudeste, os percentuais ainda são abaixo do desejável.

Os dados, portanto, mostram um cenário mais positivo em relação à média e alta complexidade, mas ainda permitem dizer pouco sobre a efetividade dessas ações. Isso se deve a própria característica dos indicadores mensurados que, como vimos, focam mais em insumos e processos.

Indicador	Tipo
Indicador 1: Cobertura populacional estimada pelas equipes de Atenção Básica	Eficácia
Indicador 2: Proporção de internações por condições sensíveis à Atenção Básica	Efetividade
Indicador 3: Cobertura de acompanhamento das condicionalidades de Saúde do Programa Bolsa Família	Eficácia
Indicador 4: Cobertura populacional estimada pelas equipes básicas de Saúde Bucal	Eficácia
Indicador 5: Média da ação coletiva de escovação dental supervisionada	Eficácia
Indicador 6: Proporção de exodontia em relação aos procedimentos	Efetividade
Indicador 7: Razão de procedimentos ambulatoriais de média complexidade e população residente	Eficácia
Indicador 8: Razão de internações clínico-cirúrgicas de média complexidade e população residente	Eficácia
Indicador 9: Razão de procedimentos ambulatoriais de alta complexidade e população residente	Eficácia
Indicador 10: Razão de internações clínico-cirúrgicas de alta complexidade na população residente.	Eficácia
Indicador 11: Proporção de serviços hospitalares com contrato de metas firmado	Gestão

Quadro 14 - Classificação dos Indicadores de atenção básica e atenção especializada do Rol de Diretrizes do Ministério da Saúde

Fonte: Elaboração própria, a partir do Rol de Diretrizes do Ministério da Saúde.

Portanto, é importante salientar que, embora nos ajudem a avaliar o sistema, os indicadores do rol do SUS nos dizem pouco sobre o sucesso dos sistemas de saúde dos estados. Isso está ligado ao fato de que há poucos indicadores que buscam medir a **efetividade** do sistema. Outro problema que deve ser considerado é em relação à atualização dos dados. O indicador de mortalidade infantil, um dos poucos classificados como pertencentes à dimensão de efetividade do rol de diretrizes, não foi atualizado para o ano de 2014. Como mostrou o exemplo do *NHS Outcomes Framework*, a ênfase nos indicadores de resultado é importante não só para garantir ganhos individuais e coletivos à saúde e qualidade de vida da sociedade em geral, mas para mobilizar e direcionar os atores responsáveis pela prestação de serviços que, por estarem em contato direto com as pessoas, são os maiores agentes de criação de valor público.

É importante destacar também que, para um melhor diagnóstico, são necessários novos indicadores, tal como o apoio em métodos de avaliação, como já foi apresentado no capítulo 3.

Tal defasagem não é característica apenas do sistema de saúde pública brasileiro. Dados levantados pela OCDE em 2003 apontam que dos 38 países analisados, apenas

26,3%(10 países) declaram fazer uso sistemático de mecanismos de aferição de custo-efetividade ou *value-for-money* em suas avaliações sobre a alocação de recursos públicos. Entre os 6 países latino-americanos estudados, nenhum declara fazer uso deste tipo de mecanismo. Também é baixa a utilização de acordos de desempenho que detalhem resultados desejados; entre os 38 países analisados, apenas 31,5% (12 países) fazem uso; entre os países da América Latina, o número cai para apenas 1.

Mecanismos	Total de Países	Porcentagem entre os países analisados (N=38)	Porcentagem entre os países da América Latina (N=6)
Revisão do êxito dos principais programas no logro de seus objetivos anunciados	18	47.3 %	33.3%
Revisões especiais (<i>ad-hoc</i>) setoriais ou de programas	29	76.3 %	50.0%
Avaliação sistemática da eficiência, eficácia e rendimento	7	18.4 %	33.3%
Avaliações especiais (<i>ad-hoc</i>) da eficiência, eficácia e rendimento	14	36.8 %	16.7%
Avaliações ad-hoc de custos de efetividade (<i>cost effectiveness/value for money</i>)	10	26.3 %	0.0%
Acordos de desempenho detalhando resultados desejados	12	31.5 %	16.7%
Revisões realizadas por organizações externas (por exemplo, Banco Mundial, oficina suprema de auditoria)	15	39.4 %	33.3%

Quadro 15 - Mecanismos utilizados para estimar a eficiência, eficácia e custo efetividade/eficiência do gasto (*value for money*) das atividades públicas

Fonte: OECD/World Bank Survey on Budget Practices and Procedures (2003)

c) Contratos de Gestão e Manual de Indicadores das OSS

Como vimos no capítulo 3, os contratos de gestão vinculam o repasse de recursos às OSS ao alcance das metas contratadas e ao desempenho em indicadores pré-estabelecidos. O monitoramento e avaliação do desempenho se dão em dois momentos: para o pagamento da parte fixa do contrato, que tem indicadores relativos à quantidade de serviços oferecidos

(como consultas, cirurgias e exames) e para o pagamento da parte variável do contrato, que tem indicadores relativos à qualidade.

Importante salientar que ainda que os contratos com as AMEs tenham sido analisados com mais profundidade para esse estudo, uma breve análise de contratos de gestão e manuais de indicadores de hospitais geridos por OSS, disponibilizados pela CGCSS, permite afirmar que tal cenário se repete. Ainda que o conteúdo dos indicadores seja distinto, por referirem-se a procedimentos de natureza distinta, eles seguem o mesmo padrão, ou seja, são voltados ao monitoramento da execução de processos e não de resultados.

Para os contratos de AMEs, são estabelecidos os seguintes pré-requisitos para a avaliação da possibilidade (ou não) do recebimento da parte variável: controle de origem de pacientes; perda primária – consulta médica; taxa de absenteísmo – consulta médica; taxa de cancelamento de cirurgia e índice de retorno.

Satisfeitas as pré-condições, a avaliação da remuneração variável se dá pelos seguintes critérios: comissão de revisão de prontuários, que se refere ao preenchimento correto das fichas e prontuários; política de humanização, que se refere à pesquisa de satisfação dos usuários e ouvidoria; e qualidade na informação, que se refere à qualidade da informação inserida nos sistemas de acompanhamento.

Na análise dos contratos de gestão e dos manuais de indicadores que estabelecem os termos das parcerias com as OSS, chama a atenção o fato de que nenhum indicador de efetividade é acompanhado. A pactuação se dá apenas em termos dos produtos a serem entregues – na parte fixa – e da qualidade da execução dos processos – na parte variável.

Especialmente no que diz respeito à parte variável do contrato, que poderia estabelecer os incentivos para que as OSS fossem mais efetivas, eficazes e eficientes na prestação de serviços, chama a atenção que os indicadores de qualidade estabelecidos referem-se majoritariamente à qualidade da informação, ou seja, a processos intermediários e não àqueles que são entregues à população. Aos indicadores que se referem à inserção de informações nos prontuários médicos e no sistema de gestão em saúde, estão atrelados 70% dos recursos da parte variável. Em contraste, apenas 30% do repasse variável está atrelado ao desempenho da OSS nas pesquisas de satisfação e no funcionamento das ouvidorias.

Além disso, no que diz respeito aos critérios que definem o pagamento da parte fixa do contrato, é possível afirmar que também não oferecem incentivos para que as OSS aumentem seu atendimento. Em visita realizada ao AME Dr. Geraldo de Paulo Bourroul, pode-se perceber que o trabalho das OSS não é apenas orientado pelas metas que são

pactuadas nos contratos de gestão, como muitas vezes é limitado por elas. Isto porque cada AME possui uma meta de número de procedimentos a serem realizados por mês e, de acordo com a gerente da instituição visitada, a OSS trabalha com vistas ao atingimento dessas metas e nunca em superá-las. Caso o faça, pode-se entender que sua proposta de orçamento foi superestimada o que, por sua vez, pode culminar com a redução do repasse. Ou seja, parece existir um medo de punição por eficiência, indicando, assim, que a forma como a remuneração está estruturada é incompatível com uma perspectiva de *value-for-money* e geração de valor público.

Para que seja possível fazer análises de *value-for-money* dos recursos investidos nas OSS é preciso, como ponto de partida, uma adequada pactuação de resultados, além dos produtos a serem entregues e da preocupação com a qualidade da informação. A decisão sobre a melhor alocação dos recursos, entre uma OSS e uma unidade de atendimento gerida diretamente pelo Estado, por exemplo, deve ser tomada tendo em conta não apenas a entrega de serviços – e sua eficácia de modo geral –, mas os resultados alcançados graças à tais entregas.

5.2 Proposta para a elaboração do quadro de indicadores

Boas metas para um sistema de saúde devem estar ligadas à efetividade e ao valor público da provisão dos serviços atribuído pela sociedade. Para tanto, devem ser construídos indicadores que possibilitem o engajamento dos *stakeholders* e sua legitimidade perante os usuários. Os indicadores devem também compreender a dimensão de resultados, retratando ganhos para os indivíduos e para a sociedade. Como exposto anteriormente, a análise do *NHS Outcomes Framework* pode contribuir para o estabelecimento de um quadro de indicadores que permita avaliar de maneira mais consistente o *value-for-money* e o valor público gerado na prestação de serviços de saúde.

É importante ressaltar que o *NHS Outcomes Framework* estabelece as diretrizes para o sistema de saúde inglês de forma geral e, por isso, é composto por “indicadores globais”, que se propõem a medir resultados mais abrangentes como a redução da mortalidade infantil, o aumento da qualidade de vida de pessoas com doenças crônicas, e a redução da mortalidade prematura por doenças cardiovasculares, respiratórias ou por câncer. Não é plausível esperar que a atuação de uma única OSS produza efeitos em indicadores tão abrangentes e, portanto, não se espera – tampouco se recomenda – que eles sejam agregados aos contratos de gestão. A contribuição de tais indicadores é oferecer um panorama do sistema de saúde como um todo e direcionar as ações dos diversos atores do sistema na busca de objetivos comuns.

Ainda assim, há diversos indicadores que compõem o *NHS Outcomes Framework* – especialmente os que dizem respeito às “áreas de melhorias” – que se aplicam ao escopo de trabalho das OSS no estado de São Paulo e que poderiam servir como base para a revisão dos indicadores que são hoje pactuados nos contratos de gestão. Uma seleção de tais indicadores, mais adequados ao contexto das OSS, é apresentada no Quadro 16.

Domínio1: Prevenir mortes prematuras
<i>Indicadores globais</i>
1a Anos potenciais de vida perdidos por causas sensíveis a tratamentos de saúde
i Adultos
ii Crianças e adolescentes
1b Expectativa de vida aos 75 anos
i Homens
ii Mulheres
1c Mortalidade neonatal e natimortos
<i>Áreas de Melhoria</i>
Reduzir a mortalidade prematura das principais causas de morte
1.1 Taxa de mortalidade por doença cardiovascular em pessoas abaixo de 75 anos
1.2 Taxa de mortalidade por doenças respiratórias em pessoas abaixo de 75 anos
1.3 Taxa de mortalidade por doença hepática em pessoas abaixo de 75 anos
1.4 Taxa de mortalidade por câncer em pessoas abaixo de 75 anos
i Um e ii Cinco anos de sobrevivência de todos os cânceres
iii Um e iv Cinco anos de sobrevivência de cânceres de mama, pulmão e colorretal
v Um e vi Cinco anos de sobrevivência de cânceres diagnosticados em estágio 1 & 2
Reduzir a mortalidade infantil
1.6 i Mortalidade infantil
ii Cinco anos de sobrevivência de todos os tipos de cânceres em crianças
Domínio 2: Melhorar a qualidade de vida de pessoas com doenças crônicas
<i>Indicadores globais</i>
2. Qualidade de vida relacionada à saúde de pessoas com doenças crônicas
<i>Áreas de Melhoria</i>
Garantir que as pessoas se sintam apoiadas a lidar com sua condição
2.1 Proporção de pessoas que se sentem apoiadas para lidar com sua condição
Melhorar a capacidade funcional em pessoas com doenças crônicas
2.2 Empregabilidade de pessoas com doenças crônicas
Reduzir o tempo gasto em hospitais por pessoas com doenças crônicas
2.3 i Hospitalização não planejada por causas crônicas sensíveis a atenção básica
ii Hospitalização não planejada por casos de asma, diabetes e epilepsia em menores de 19 anos
Domínio 3: Ajudar as pessoas na recuperação de episódios de doença ou após lesão
<i>Indicadores globais</i>
3a Internações de emergência por condições agudas que não deveriam usualmente requerer

internação hospitalar
3b Reinternações de emergência no período de 30 dias desde o recebimento de alta do hospital
<i>Áreas de Melhoria</i>
Aprimorar os resultados dos tratamentos planejados
3.1 Ganho total em saúde tal como avaliado pelos pacientes em procedimentos eletivos
i. Procedimentos relacionados à saúde física
ii. Terapias psicológicas
iii. Melhoria na qualidade de vida de pacientes com doenças mentais
Melhorar a recuperação de lesões e traumas
3.2 Sobrevivência após graves traumas
Domínio 4: Garantir que as pessoas tenham uma experiência positiva de atendimento
<i>Indicadores globais</i>
4a Experiência dos pacientes no atendimento hospitalar
4b Experiência dos pacientes classificada como ruim ou péssima
<i>Áreas de Melhoria</i>
Aprimorar a experiência das pessoas em atendimentos ambulatoriais
4.1 Experiência dos pacientes em atendimentos ambulatoriais
Melhorar a capacidade de resposta dos hospitais para as necessidades pessoais
4.2 Capacidade de resposta às necessidades dos pacientes internados
Melhorar a experiência das pessoas em serviços de urgência e emergência
4.3 Experiência dos pacientes em serviços de urgência e emergência
Melhorar a experiência de mulheres e de suas famílias em serviços de maternidade
4.4 Experiência das mulheres em serviços de maternidade
Melhorar a experiência de serviços de saúde para crianças e jovens
4.5 Experiência de crianças e jovens em serviços de internação
Domínio 5: Tratar e cuidar de pessoas em um ambiente seguro e protegê-los de danos evitáveis
<i>Indicadores globais</i>
5a Mortes atribuíveis a problemas na prestação de serviços de saúde
5b Danos graves atribuíveis a problemas na prestação de serviços de saúde
<i>Áreas de Melhoria</i>
Reduzir a incidência de danos evitáveis
5.1 Mortes causadas por eventos relacionados à tromboembolismo venoso (TEV)
5.2 Incidência de infecções associadas aos cuidados de saúde
5.3 Proporção de pacientes com categorias 2, 3 e 4 de úlceras de pressão
5.4 Fraturas de quadril ocorridas por queda durante tratamento hospitalar
Melhorar a segurança dos serviços de maternidade
5.5 Admissão de bebês nascidos a termo (e não apenas os prematuros) aos cuidados neonatais
Aprimorar a cultura dos relatórios de segurança
5.6 Incidentes de segurança com pacientes reportados

Quadro 16 – Proposta de quadro de indicadores de resultado, baseada no *NHS Outcomes Framework*.

Fonte: Elaboração própria, a partir dos indicadores que constam no *NHS Outcomes Framework*, apresentado na íntegra no Anexo B.

Para a revisão dos contratos de gestão, além da incorporação de indicadores mais voltados a resultados, é importante ter em mente que tais indicadores, atrelados às metas, devem possuir três características fundamentais: devem ser **desafiadores, factíveis e legítimos**.

Uma meta somente será desafiadora se for difícil de ser atingida, isto é, se exigir um alto grau de esforço e estiver associada a um indicador de resultado ambicioso. No caso das OSS no estado de São Paulo, esse caráter desafiador deveria ser contemplado nas metas que dizem respeito à parte variável do contrato de gestão, ou seja, quanto mais a OSS tiver um bom desempenho mais ela será recompensada por isso. Infelizmente, este não é o cenário atual dos contratos de gestão estabelecidos. Confunde-se nestes documentos a **pactuação de resultados** com o **estabelecimento de metas**, pois quando a OSS faz uma proposta a partir de diretrizes do governo, ela apenas o faz de modo a garantir essa pactuação. Logo, como a proposta visa o cumprimento de um pacto, e não a superação de metas, ela é necessariamente conservadora.

O que o conceito de meta desafiadora traz é que se deve buscar objetivos além dos pactuados como mínimos em contrato, ou esperados com um esforço mediano. Um bom sistema de incentivos deve premiar esforços que resultem em resultados acima da média e que contribuam com uma maior efetividade do sistema. Os mecanismos presentes nos contratos de gestão permitem esta premiação por meio da parte variável, já presente nesses instrumentos. Esta parte variável deve ser devidamente utilizada de modo a valorizar indicadores acima do esperado, tanto no que concerne o número de serviços prestados quanto à sua qualidade. Como se percebeu na seção anterior, isso hoje não acontece nos AMEs.

Uma meta factível é aquela que mesmo podendo ser desafiadora é passível de ser atingida. Tal compreensão é de grande importância para garantir que exista mobilização na busca do cumprimento da meta, sendo igualmente importante, neste mesmo contexto, separar desejos de metas.

Muitas vezes, governos colocam metas ligadas a aspirações e visões, e não a algo que de fato possa ser concretizado. Como exemplo de metas que seriam desejos não factíveis, podemos destacar a erradicação da mortalidade infantil ou a avaliação positiva de 100% dos usuários. Para ambos casos, as metas parecem pouco razoáveis, já que mesmo nos países considerados desenvolvidos existe mortalidade infantil, mesmo que em patamares ínfimos; e pelo fato de que com um perfil diverso de pacientes, uma avaliação com 100% de satisfação provavelmente deve ser inconsistente. Trata-se, portanto, de exemplos de bons princípios,

mas não de boas metas. Para estabelecer metas factíveis é necessário um adequado conhecimento do indicador e de sua série histórica, tendo sempre como referência os dados e as considerações dos atores que influem o resultado.

Por fim, a meta precisa ser legítima. Portanto, as OSS e os próprios usuários devem acreditar na relevância do indicador. Na área da saúde, cuja garantia é um direito constitucional do cidadão, isso é fundamental. No caso dos usuários, pelo menos alguns dos indicadores deverão ser construídos a partir de uma consulta pública, de modo que o trabalho se oriente por suas necessidades. No caso dos profissionais das OSS, mais do que apontar a relevância em melhorar os índices de saúde, é importante buscar indicadores que eles acreditam poder influenciar diretamente. É fundamental considerar, no caso de São Paulo, que serão as OSS as responsáveis por fazer a maioria (se não todas) das ações na direção do cumprimento das metas. Por este motivo, não basta o governo do estado estabelecer metas desafiadoras e factíveis sem que as OSS acreditem que essas metas são de fato desafiadoras, factíveis e, sobretudo, relevantes e reflexos dos seus esforços. Como já foi exposto, os cidadãos – usuários ou não do sistema de saúde público – e as próprias OSS são *stakeholders* importantes para a legitimidade e suporte à política de saúde.

O conceito de legitimidade para o ator responsável pelo atingimento das metas está ligado ao fato de que estas estimulem seu engajamento e esforço contínuo, os quais serão refletidos nos indicadores que precisa alcançar. Quanto aos indicadores da dimensão de resultados, por exemplo, estes precisam ser passíveis de influência pela atuação da OSS, o que, em curto prazo, não parece ser o caso de um indicador como expectativa de vida, por exemplo.

Finalmente, não podemos deixar de destacar que os indicadores precisam ser medidos e verificados com precisão e que, idealmente, sua obtenção não deve exigir um alto custo financeiro. Estas questões são de grande importância, sobretudo quando se trata de um órgão público, o qual precisa ser eficiente no uso dos recursos financeiros e prestar contas para a sociedade.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS: CONTRIBUIÇÕES AO GOVERNO DO ESTADO DE SÃO PAULO

O objetivo deste estudo centrou-se em oferecer ao governo do estado de São Paulo um *framework* conceitual que permita uma reflexão sobre a provisão de serviços públicos de saúde prestados por Organizações Sociais, explorando de que forma esta modalidade de contratação, mais flexível do ponto de vista da gestão, pode ser geradora de *value-for-money* e valor público.

Em um contexto marcado pela baixa atividade produtiva e diminuição da arrecadação tributária, torna-se cada vez mais relevante avaliar a adequada utilidade do dinheiro público, sobretudo na provisão de serviços aos cidadãos. Como vimos no capítulo 5, para que tal avaliação seja possível, é fundamental aprimorar o arcabouço de metas e indicadores dispostos no contrato de gestão, a fim de que estes representem não apenas o cumprimento de procedimentos e entrega de produtos, mas a coordenação articulada de esforços para se atingir resultados que reflitam a geração de valor público.

A partir da análise desenvolvida, apresentamos à Secretaria de Governo algumas contribuições, enumeradas a seguir:

1. Utilização da abordagem do valor público para a avaliação dos serviços públicos de saúde

Como procuramos demonstrar, medidas de custo-benefício podem não ser suficientes para a avaliação da provisão de serviços públicos na área da saúde. Ainda que eficácia e eficiência sejam resultados importantes a serem atingidos – especialmente em um cenário de limitação de gastos e custos crescentes – é necessário considerar variáveis mais abrangentes que permitam legitimar e dar suporte às escolhas estratégicas feitas pelo governo no sentido de garantir benefícios em curto, médio e longo prazo para a sociedade.

Assim, a hipótese que defendemos neste trabalho é que a abordagem do valor público pode contribuir para a avaliação da prestação de serviços públicos, já que permite agregar variáveis subjetivas, como expectativas, satisfação e confiança, às variáveis mais objetivas, relacionadas ao desempenho.

Adotar uma abordagem de geração de valor público implica que tanto as escolhas na prestação de serviços públicos, quanto o acompanhamento na provisão dos mesmos, devem se pautar pelos benefícios gerados ao cidadão, de acordo com o que este considera valor. Uma vez cumprida a etapa da eficiência alocativa, faz-se fundamental garantir o atendimento público de saúde com foco nos resultados identificados como prioritários, assegurando a

efetividade das ações. Apenas articulando a adequada alocação de recursos com a eficiência na produção de serviços, é possível garantir que o atendimento público de saúde se transforme em benefícios reais para a população, cumprindo com efetiva geração de valor público.

2. Necessidade de aprimoramento dos mecanismos de escuta dos cidadãos

Vimos no capítulo 5 que instrumentos como as ouvidorias e os Conselhos de Saúde, se coordenados de forma articulada e regionalizada, possuem grande potencial para oferecer suporte ao governo do estado na melhoria da provisão de serviços públicos de saúde, equalizando oferta e demanda, otimizando recursos e, fundamentalmente, gerando valor público.

Sugere-se também a análise aprofundada e a possível aplicação das ferramentas que compõe o *toolkit* “*Tackling Tough Choices: Creating Public Value*”, desenvolvido pelo NICE em parceria com a Warwick Business School, além do estudo da McKinsey, citado neste trabalho, sobre o aprimoramento de serviços públicos com foco nas efetivas demandas dos cidadãos.

3. O ambiente autorizador

a) Articular os esforços do estado e dos municípios

Também evidenciamos que boa parte dos equipamentos do governo do estado, dirigidos à atenção de urgências, emergências e alta complexidade, acabam absorvendo uma parcela significativa da demanda de assistência básica não atendida pelos municípios. Essas distorções no atendimento exigem atenção, já que impactam diretamente na cobertura dos serviços e na adequada capacidade de atendimento ao cidadão. Como procuramos demonstrar, não há forma de gerar valor público na provisão de serviços de saúde sem que haja uma coordenação de esforços dos governos estaduais no efetivo apoio aos municípios para a melhoria da atenção básica.

b) Envolver os Tribunais de Contas na “autorização” do novo modelo

Faz-se necessário trabalhar em uma agenda coordenada que mobilize gestores públicos de saúde e técnicos de organismos de controle com vistas a revisar procedimentos, considerando a natureza dos serviços oferecidos, e objetivando sempre a geração de valor público. Caso se pretendam criar um novo modelo de contrato de gestão, mais voltado a resultados e a geração de valor público para a população, esse arcabouço deve estar refletido nas diretrizes e procedimentos associados à análise e à aprovação das contas públicas.

4. Capacidade operacional: Necessidade de revisão dos indicadores que compõem o contrato de gestão

a) Estabelecer foco em resultados

Para que seja possível fazer análises de *value-for-money* dos recursos investidos nas OSS é preciso, como ponto de partida, uma adequada pactuação de resultados, além dos produtos a serem entregues e da preocupação com a qualidade da informação. Sugerimos no capítulo 5 um método para elaboração de um quadro de indicadores que poderiam compor um novo modelo contratual. Tal modelo estabeleceria foco em resultados, estando estes vinculados a procedimentos coordenados para atingi-los. Também sugerimos um rol de indicadores, tendo como referência o material *NHS Outcomes Framework*, do governo britânico.

b) Diferenciar pactuação de resultados e estabelecimento de metas

Uma segunda característica do atual formato de contratos de gestão é que se confunde a **pactuação de resultados** com o **estabelecimento de metas**, pois quando a OSS faz uma proposta a partir de diretrizes do governo, ela apenas o faz de modo a garantir essa pactuação. Logo, como a proposta visa o cumprimento de um pacto, e não a superação de metas, ela é necessariamente conservadora.

Como demonstrado, há inconsistências no quadro de indicadores referentes à remuneração fixa destas organizações, as quais claramente não se enquadram na lógica do *value-for-money*. Quando se atinge um determinado objetivo contratual, que, no caso, se trata de uma certa quantidade de serviços oferecidos, a tendência é que as OSS retraiam seu atendimento. Isto para evitar que o governo entenda que aquela organização acabou por superestimar seus custos de operação, quando do estabelecimento ou renovação da parceria.

O que nos parece evidente é que, caso se pretenda trabalhar com estas parcerias sob uma perspectiva de *value-for-money* e geração de valor público, é preciso promover uma revisão consistente no conteúdo e padrão de gestão dos contratos. O ideal é que a **superação** da provisão dos serviços pactuada, somada a um bom desempenho nas pesquisas de satisfação dos usuários, componham a parte variável do contrato. Com o excedente dos recursos, estas instituições poderão investir no aprimoramento de suas capacidades organizacionais e operacionais para prover mais serviços com mais qualidade, fomentando, assim, um **ciclo virtuoso**.

À exemplo do que ocorre nos Títulos de Impacto Social (*Social Impact Bonds*, em inglês) – modelo de investimento criado para incentivar o financiamento privado em programas de alto impacto social – um excedente financeiro pode ser pago ao parceiro privado, caso este supere as metas previstas no contrato com o órgão estatal. Esta lógica fundamenta-se na ideia de que, em longo prazo, a iniciativa gerará economia aos cofres públicos, por prestar serviços de alto impacto e de forma eficiente. Deste modo, a “premiação” se justifica.

c) Remuneração variável atrelada à superação de metas e à satisfação dos usuários

Tratando-se de *value-for-money* e geração de valor público, chama especial atenção que, com relação à parte variável do contrato de gestão, os indicadores de qualidade estabelecidos referem-se majoritariamente à precisão da informação, ou seja, à inserção correta de dados nos prontuários médicos e no sistema de gestão em saúde. O monitoramento destes indicadores não é capaz de assegurar os benefícios que deveriam ser gerados à população, mas apenas acompanha processos intermediários. Como vimos anteriormente, a estes indicadores estão atrelados 70% dos recursos relacionados aos incentivos de desempenho, enquanto que apenas 30% estão associados à performance da OSS nas pesquisas de satisfação e no funcionamento das ouvidorias.

O *framework* de avaliação proposto, como já mencionado, transcende o escopo de trabalho das OSS. Para a geração de valor público é necessário o alinhamento de uma série de *stakeholders*, responsáveis pela formulação das políticas públicas, pelo estabelecimento dos arranjos institucionais que possibilitem sua implementação, monitoramento e avaliação, além da prestação dos serviços de saúde em si.

Ainda que não seja responsável pela formulação da política pública de saúde, a Secretaria de Governo, por responder pela coordenação e avaliação contínua das atividades pertinentes às OSS, teria condições e legitimidade para encabeçar as revisões propostas neste estudo, procurando articular os diversos atores.

REFERÊNCIAS

BAIG, A.; DUA, A.; RIEFBERG, V. **Putting citizens first: how to improve citizens' experience and satisfaction with government services**. London: MacKinsey, 2014.

BENINGTON, J. From private choice to public value? In: BENINGTON, J.; MOORE, M. (Ed.). **Public value: theory & practice**. New York: Palgrave Macmillan, 2011. p. 31-51.

BENINGTON, J.; MOORE, M. (Ed.). **Public value: theory & practice**. New York: Palgrave Macmillan, 2011. 314 p.

BRASIL. Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado. **Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado**. Brasília: Presidência da República, Imprensa Oficial, Setembro 1995. 42 p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa no SUS – ParticipaSUS**. 2. ed. Brasília, 2009.

CABINET OFFICE. **The UK government's approach to public service reform**. London, 2006.

CAMARGO, T.; PRADO, O.; BERNARDO, R.; LARA, A. **Controle e transparência no modelo de organizações sociais de saúde no Estado de São Paulo**. Disponível em: <http://www.escoladegoverno.pr.gov.br/arquivos/File/2013/V_CONSAD/VI_CONSAD/050.pdf>. Acesso em: 25 ago. 2015.

CLAXTON, K; CULYER, J. Wickedness or folly? The ethics of NICE's decisions. **Journal of Medical Ethics**, Cambridge, v. 32, n. 7, p. 373-377, 2006.

GAROFANO, R. **Parcerias público-privadas no setor de saúde: uma solução nas mãos dos municípios?** Disponível em: <<http://www.pppbrasil.com.br/portal/content/artigo-parcerias-p%C3%BAblico-privadas-no-setor-de-sa%C3%BAde-uma-solu%C3%A7%C3%A3o-nas-m%C3%A3os-dos-munic%C3%ADpios>>. Acesso em: 25 ago. 2015.

GAZETA DE TAUBATÉ. **Rota do interior contra o crime**. 2014. Disponível em: <<http://gazetadetaubate.com.br/rota-interior-contra-o-crime/>>. Acesso em: 25 ago. 2015.

HM TREASURY. **Value for money assessment guidance**. 2006. Disponível em: <https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/252858/vfm_assessmentguidance061006opt.pdf>. Acesso em: 25 ago. 2015.

_____. **The green book: appraisal and evaluation in central government**. London, 2011. Disponível em:

<https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/220541/green_book_complete.pdf>. Acesso em: 25 ago. 2015.

KELLY, G.; MULGAN, G.; MUERS, S. **Creating public value: an analytical framework for public service reform.** 2002. Disponível em: <http://anti-corruption.pbworks.com/f/Creating+Public+Value_UK.pdf>. Acesso em: 25 ago. 2015.

KOEN, V. **Public expenditure reform: the health care sector in the United Kingdom.** London: OECD, 2000. 43 p.

MAHDON, M. **Public value and health.** 2006. Disponível em: <http://www.theworkfoundation.com/assets/docs/publications/112_health_ag.pdf>. Acesso em: 25 ago. 2015.

MÂNICA, F.B. **O setor privado nos serviços públicos de saúde.** Belo Horizonte: Fórum, 2010. 299 p.

_____. A complementaridade da participação privada no SUS. **Revista Brasileira de Direito da Saúde**, Brasília, v. 2, p. 34-54, jan./jul. 2012.

MARTINS, H.F.; MARINI, C. Governança pública contemporânea: uma tentativa de dissecação conceitual. **Revista do TCU**, Brasília, ano 46, n. 130, p. 42-56, maio/ago. 2014. Disponível em: <<http://portal2.tcu.gov.br/portal/pls/portal/docs/2676082.PDF>>. Acesso em: 25 ago. 2015.

MERHY, E.E.; CECÍLIO, L.C.O.; NOGUEIRA, R.C. Por um modelo técnico-assistencial da política de saúde em defesa da vida: contribuições para as conferências de saúde. **CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE**, 9., 1992, Brasília. **Descentralizando e democratizando o conhecimento: caderno...** Disponível em: <http://www.ccms.saude.gov.br/conferenciasnacionaisdesaude/pdfs/9conferencia/9conf_nac_vol_1.pdf>. Acesso em: 25 ago. 2015.

MERHY, E.E.; MALTA, D.C.; SANTOS, F.P. Desafios para os gestores do SUS, hoje: compreender os modelos de assistência à saúde no âmbito da reforma sanitária brasileira e a potência transformadora da gestão. In: FREESE, E. (Org.). **Municípios: a gestão da mudança em saúde.** Recife: UFPE, 2004. p. 45-76.

NATIONAL AUDIT OFFICE. **Delivering public services through markets: principles for achieving value for money.** 2012. Disponível em: <http://www.nao.org.uk/wp-content/uploads/2012/06/Delivering_public_services_through_markets.pdf>. Acesso em: 25 ago. 2015.

_____. **The performance of the department of health 2013-14.** 2014. Disponível em: <<http://www.nao.org.uk/wp-content/uploads/2014/12/Department-of-Health-departmental-overview.pdf>>. Acesso em: 25 ago. 2015.

NHS GROUP. Department of Health. **The NHS outcomes framework 2015/16.** Disponível em: <https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/385749/NHS_Outcomes_Framework.pdf>. Acesso em: 25 ago. 2015.

NHS INSTITUTE FOR INNOVATION AND IMPROVEMENT. **Public value and the English NHS**. London, 2010. Disponível em: <http://www.institute.nhs.uk/research_and_evaluation_reports/reports/public_value_and_the_english_nhs.html>. Acesso em: 25 ago. 2015.

NHS & WARWICK BUSINESS SCHOOL. **Tackling tough choices: creating public value; an introduction to public value**. 2009. Disponível em: <http://www.institute.nhs.uk/commissioning/tackling_tough_choices/an_introduction_to_public_value.html><http://www.institute.nhs.uk/commissioning/tackling_tough_choices/an_introduction_to_public_value.html>. Acesso em: 25 ago. 2015.

ORGANISATION FOR ECONOMIC CO-OPERATION AND DEVELOPMENT; WORLD BANK. **Survey on budget practices and procedures**. 2003. Disponível em: <http://www.coneval.gob.mx/rw/resource/coneval/eval_mon/1447.pdf>. Acesso em: 25 ago. 2015.

PASQUARELLI, R. Da construção à operação. In: CONGRESSO LATINO AMERICANO DE ADMINISTRADORES DE SAÚDE, 4., São Paulo, 2008. **Parceria público-privada na saúde**: anais...

PORTAL DO GOVERNO DO ESTADO DE SÃO PAULO. **SP libera R\$ 1,7 bilhão para hospitais e AMEs**. 2008. Disponível em: <<http://www.saopaulo.sp.gov.br/spnoticias/lenoticia.php?id=101752>>. Acesso em: 25 ago. 2015.

POWELL, T.; THOMPSON, G. **Value for money in the NHS**. 2010. Disponível em: <http://www.parliament.uk/documents/commons/lib/research/key_issues/Key-Issues-Value-for-money-in-the-NHS.pdf>. Acesso em: 25 ago. 2015.

RAMOS, F.L. **Participação do setor privado na prestação do serviço público de saúde: o caso dos contratos de gestão com as organizações sociais**. 2013. 75 p. Monografia (Especialista em Controle Externo nas Concessões de Serviços Públicos) – Fundação Escola do Governo, Florianópolis, 2013.

RINNE, J. Mejorando el desempeño del sector salud en Brasil: comparación entre distintos modelos de hospitales. **Revista del CLAD Reforma y Democracia**, Caracas, v. 37, p. 101-140, 2007.

TANAKA, O.Y.; OLIVEIRA, V.E. de. Reforma(s) e estruturação do sistema de saúde britânico: lições para o SUS. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 16, n. 1, p. 7-17, jan./abr. 2007.

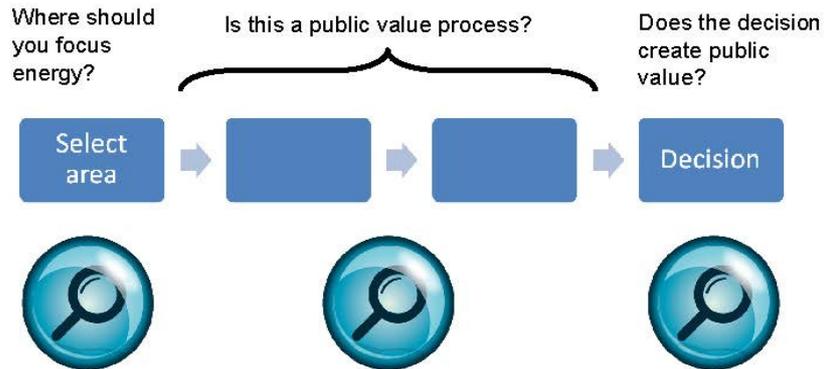
TRITTER, J. Framing the production of health in terms of public value: lessons from the UK National Health Service. In: BENINGTON, J.; MOORE, M. (Ed.). **Public value: theory & practice**. New York: Palgrave Macmillan, 2011.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Highlights on health in the United Kingdom**. London, 1997.

ANEXOS

Anexo A – Ferramentas que compõe o toolkit “Tackling Tough Choices: Creating Public Value”

Use of the Public Value Lens



The Public Value Lens Questions



Public Value Outcomes

- What are the guiding principles, mission and goals currently informing the enterprise?
- How were these developed?
- What, if any, further development of these aims and principles is required?
- What changes are ongoing, imminent or planned?

What does the public value?

- (How) was the public involved in agreeing the outcomes?
- What do [organisation] know about what their public(s) most value?

What adds value to the public sphere?

- Did experts input into the outcomes? Who? How?
- How have professionals inputted into identifying the outcomes?
- How was evidence used to inform value outcomes?
- What does the [organisation] know about what adds value to the public sphere?

Operational Capability

- What existing tools are in use?
- What existing resources (people/money) are in place to support action?
- How do you perform against quality assurance and performance management standards?
- How do others perform against quality assurance and performance management standards?
- What collaborative delivery mechanisms exist with partner agencies?

Authorising Environment

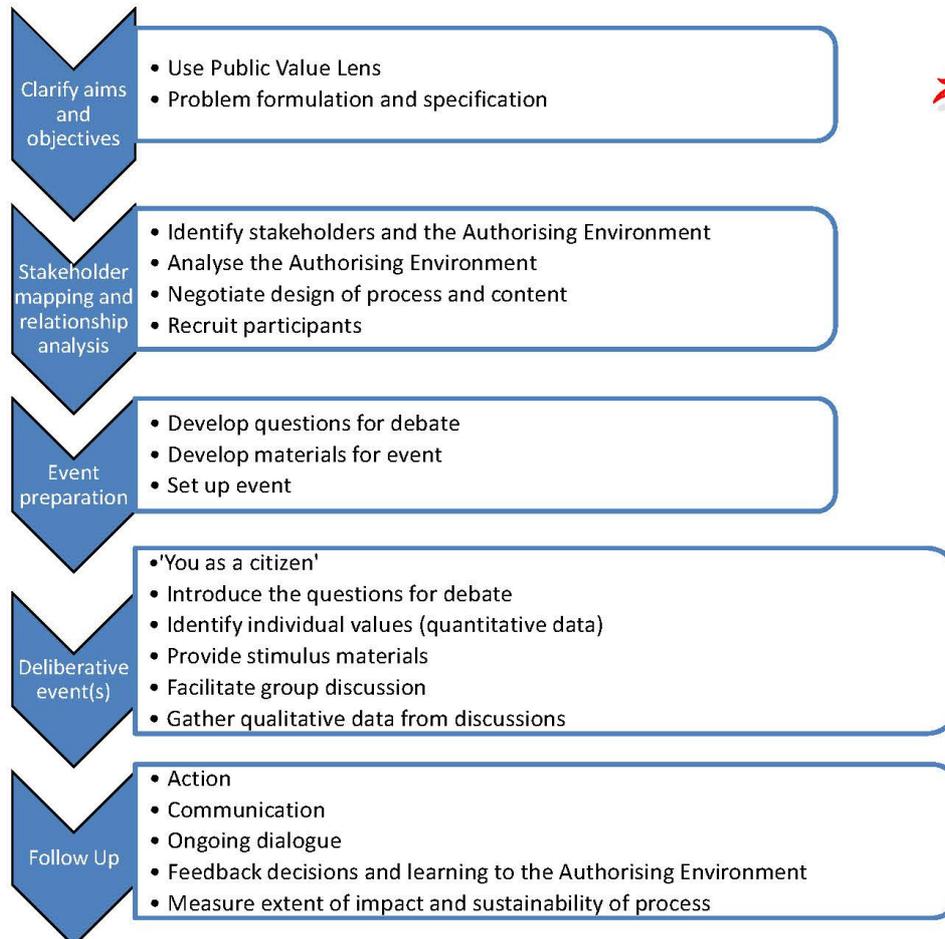
- Who are the key relationships with? Where do you gain authorisation from?
- What is [organisation]'s profile in media and broader public and what are their expectations?
- What is the current level of trust within and between these parties?
- What is the nature of the [organisation]'s relationships with users, Strategic Health Authority, Local Authority, Department of Health, 3rd Sector?
- What are the other important aspects of context (demographics etc)

Aligning the triangle

- How are your resources influenced by your authorising environment?
- How far are these resources aligned behind the strategic outcomes?
- Does your authorising environment support your public value aims?
- Are your financial, personnel and technological resources mobilised to deliver your public value aims?



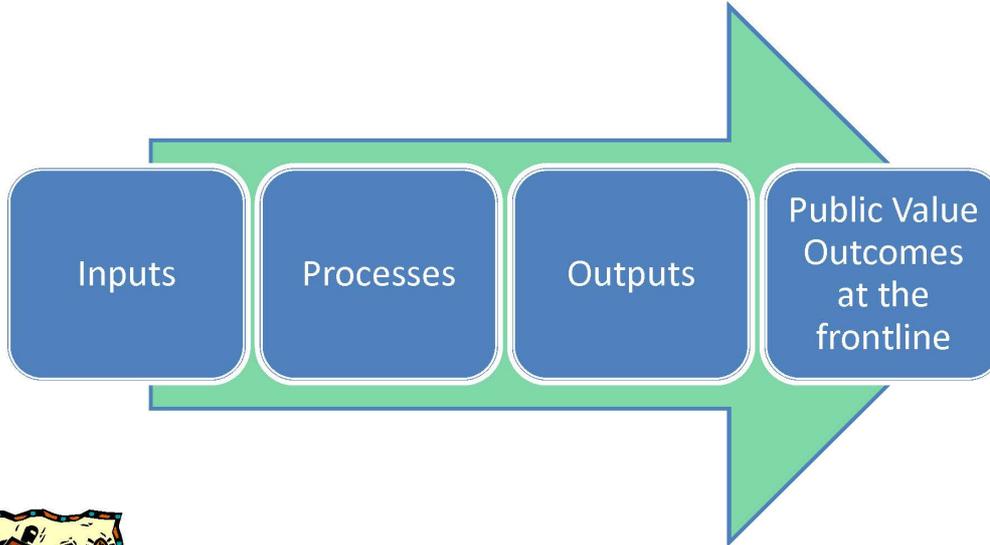
Creating a Public Value Process



Core Elements of a Public Value Process

- Broad identification of stakeholders in the Authorising Environment
- Selection of issues and service areas where real change can be affected (i.e. not those centrally mandated)
- Deliberative discussions with stakeholders (where everyone can feel they have both contributed and listened) including citizens and tax payers
- Analysis and articulation of Public Value aims
- Feedback to stakeholders within Authorising Environment (including media, government etc)
- Mobilising resources to pursue and achieve Public Value aims

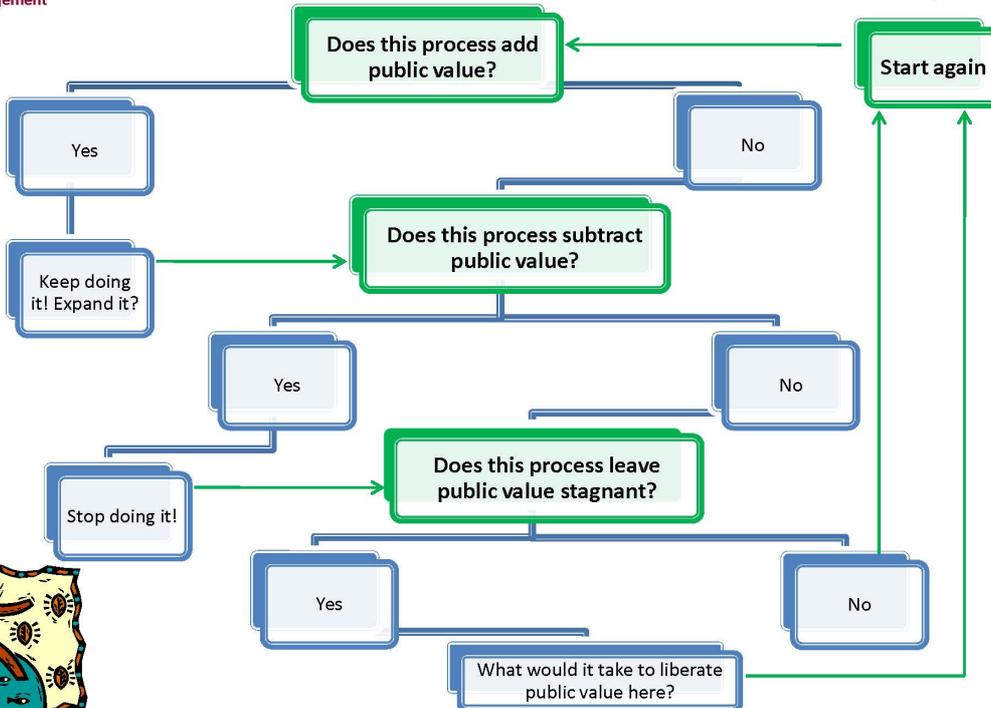
Public Value Stream



© Copyright NHS Institute for Innovation and Improvement 2009

www.institute.nhs.uk/TacklingToughChoices

Public Value Stream



© Copyright NHS Institute for Innovation and Improvement 2009

www.institute.nhs.uk/TacklingToughChoices

Anexo B -Quadro completo de indicadores do *NHS Outcomes Framework*2015-2016

Domain 1. Preventing people from dying prematurely
Overarching indicators
1a Potential years of life lost (PYLL) from causes considered amenable to healthcare i Adults ii Children and young people 1b Life expectancy at 75 i Males ii Females 1c <i>Neonatal mortality and stillbirths</i>
Improvement areas
Reducing premature mortality from the major causes of death 1.1 Under 75 mortality rate from cardiovascular disease (PHOF 4.4*) 1.2 Under 75 mortality rate from respiratory disease (PHOF 4.7*) 1.3 Under 75 mortality rate from liver disease (PHOF 4.6*) 1.4 Under 75 mortality rate from cancer (PHOF 4.5*) i One- and ii Five-year survival from all cancers iii One- and iv Five-year survival from breast, lung and colorectal cancer v <i>One- and vi Five-year survival from cancers diagnosed at stage 1&2 (PHOF 2.19**)</i>
Reducing premature death in people with mental illness 1.5 i Excess under 75 mortality rate in adults with serious mental illness (PHOF 4.9*) ii <i>Excess under 75 mortality rate in adults with common mental illness</i> iii <i>Suicide and mortality from injury of undetermined intent among people with recent contact from NHS services (PHOF 4.10**)</i>
Reducing deaths in babies and young children 1.6 i Infant mortality (PHOF 4.1*) ii <i>(previously 1.6.iii) Five-year survival from all cancers in children</i>
Reducing premature death in people with a learning disability 1.7 <i>Excess under 60 mortality rate in adults with a learning disability</i>
Domain 2. Enhancing quality of life for people with long-term conditions
Overarching indicators
2 Health-related quality of life for people with long-term conditions (ASCOF 1A**)
Improvement areas
Ensuring people feel supported to manage their condition 2.1 Proportion of people feeling supported to manage their condition
Improving functional ability in people with long-term conditions 2.2 Employment of people with long-term conditions (ASCOF 1E** & PHOF 1.8*)

<p>Reducing time spent in hospital by people with long-term conditions</p> <p>2.3 i Unplanned hospitalisation for chronic ambulatory care sensitive conditions</p> <p>ii Unplanned hospitalisation for asthma, diabetes and epilepsy in under 19s</p>
<p>Enhancing quality of life for carers</p> <p>2.4 Health-related quality of life for carers (ASCOF 1D**)</p>
<p>Enhancing quality of life for people with mental illness</p> <p>2.5 i Employment of people with mental illness (ASCOF 1F** & PHOF 1.8**)</p> <p>ii <i>Health-related quality of life for people with mental illness (ASCOF 1A** & PHOF 1.6**)</i></p>
<p>Enhancing quality of life for people with dementia</p> <p>2.6 i Estimated diagnosis rate for people with dementia (PHOF 4.16*)</p> <p>ii <i>A measure of the effectiveness of post-diagnosis care in sustaining independence and improving quality of life (ASCOF 2F**)</i></p>
<p>Improving quality of life for people with multiple long-term conditions</p> <p>2.7 <i>Health-related quality of life for people with three or more long-term conditions (ASCOF 1A**)</i></p>
<p>Domain 3. Helping people to recover from episodes of ill health or following injury</p>
<p>Overarching indicators</p> <p>3a Emergency admissions for acute conditions that should not usually require hospital admission</p> <p>3b Emergency readmissions within 30 days of discharge from hospital (PHOF 4.11*)</p>
<p>Improvement areas</p> <p>Improving outcomes from planned treatments</p> <p>3.1 Total health gain as assessed by patients for elective procedures</p> <p>i <i>Physical health-related procedures</i></p> <p>ii <i>Psychological therapies</i></p> <p>iii <i>Recovery in quality of life for patients with mental illness</i></p>
<p>Preventing lower respiratory tract infections (LRTI) in children from becoming serious</p> <p>3.2 Emergency admissions for children with LRTI</p>
<p>Improving recovery from injuries and trauma</p> <p>3.3 <i>Survival from major trauma</i></p>
<p>Improving recovery from stroke</p> <p>3.4 <i>Proportion of stroke patients reporting an improvement in activity/lifestyle on the Modified Rankin Scale at 6 months</i></p>

Improving recovery from fragility fractures

3.5 Proportion of patients **with hip fractures** recovering to their previous levels of mobility/ walking ability at i 30 and ii 120 days

Helping older people to recover their independence after illness or injury

3.6 i Proportion of older people (65 and over) who were still at home 91 days after discharge from hospital into reablement / rehabilitation service (ASCOF 2B[1]*)

ii Proportion offered rehabilitation following discharge from acute or community hospital (ASCOF 2B[2]*)

Dental health

3.7 I *Decaying teeth* (PHOF 4.02**)

ii *Tooth extractions in secondary care for children under 10*

Domain 4. Ensuring that people have a positive experience of care

Overarching indicators

4a Patient experience of primary care

i GP services

ii GP out-of-hours services

iii NHS dental services

4b Patient experience of hospital care

4c *Friends and family test*

4d *Patient experience characterised as poor or worse*

i *Primary care*

ii *Hospital care*

Improvement areas

Improving people's experience of outpatient care

4.1 Patient experience of outpatient services

Improving hospitals' responsiveness to personal needs

4.2 Responsiveness to in-patients' personal needs

Improving people's experience of accident and emergency services

4.3 Patient experience of A&E services

Improving access to primary care services

4.4 Access to i GP services and ii NHS dental services

Improving women and their families' experience of maternity services

4.5 Women's experience of maternity services

Improving the experience of care for people at the end of their lives

4.6 Bereaved carers' views on the quality of care in the last 3 months of life

Improving experience of healthcare for people with mental illness 4.7 <i>Patient experience of community mental health services</i>
Improving children and young people's experience of healthcare 4.8 <i>Children and young people's experience of inpatient services</i>
Improving people's experience of integrated care 4.9 <i>People's experience of integrated care (ASCOF 3E**)</i>
Domain 5. Treating and caring for people in a safe environment and protecting them from avoidable harm
Overarching indicators
5a (previously 5c) <i>Deaths attributable to problems in healthcare</i> 5b <i>Severe harm attributable to problems in healthcare</i>
Improvement areas
Reducing the incidence of avoidable harm 5.1 Deaths from venous thromboembolism (VTE) related events 5.2 Incidence of healthcare associated infection (HCAI) i MRSA ii C. difficile 5.3 <i>Proportion of patients with category 2, 3 and 4 pressure ulcers</i> 5.4 <i>Hip fractures from falls during hospital care</i>
Improving the safety of maternity services 5.5 Admission of full-term babies to neonatal care (<i>definition and quality statement amended</i>)
Improving the culture of safety reporting 5.6 Patient safety incidents reported

Alignment with Adult Social Care Outcomes Framework (ASCOF) and/or Public Health Outcomes Framework (PHOF)

* Indicator is shared

** Indicator is complementary

≠ Indicator is health inequality assessed

Indicators in italics are in development

Anexo C

MPGPP/FGV – TERMO DE REFERÊNCIA PARA TRABALHO FINAL 2015**Subsecretaria de Parcerias e Inovação – Secretaria de Governo do Estado de SP*****Value for money nas parcerias com as Organizações Sociais na área da saúde*****Antecedentes**

No início de 2015, a estrutura e organização do Governo do Estado de São Paulo passaram por importante reformulação. Nesse contexto, foi criada em 1º de janeiro a Secretaria de Governo, responsável, em linhas gerais, pela coordenação, planejamento e execução das diretrizes e políticas relativas à integração das ações governamentais.

Dentre as suas diversas específicas atribuições, compete-lhe a execução das atividades operacionais relativas ao Programa Estadual de Desestatização - PED e ao Programa de Parcerias Público-Privadas - PPP, coordenando, quando for o caso, as concessões e as parcerias público-privadas do Estado de São Paulo.

Para tanto, a Secretaria de Governo conta com a Subsecretaria de Parcerias e Inovação, a que pertence a Unidade de Parcerias Público-Privadas, incumbida, no âmbito da modelagem de projetos, de: avaliar os estudos prévios de viabilidade técnica e econômica apresentados pelos órgãos setoriais ou pela iniciativa privada; avaliara melhor alternativa para estruturação de projetos, seja concessão, parceria público-privada ou obra pública; desenvolver, diretamente ou através dos órgãos setoriais, pesquisas de mercado necessárias à estruturação dos projetos de concessões e parcerias público-privadas e; realizar estudos técnicos visando à elaboração dos projetos de concessões e parcerias público-privadas, em articulação com órgãos e entidades setoriais.

Adicionalmente, compete à Secretaria de Governo a articulação, a coordenação e a avaliação contínua das atividades pertinentes às organizações sociais (OS). Com vistas ao atendimento de tais atribuições, foi criada, na estrutura da Subsecretaria de Parcerias e Inovação, a Unidade de Parcerias com Organizações Sociais, incumbida de monitorar, promover estudos e avaliar o modelo das OS.

Situação problema

Os governos nacionais estão continuamente buscando prestar serviços públicos com mais qualidade e produtividade. Em outras palavras, fazer mais com menos. No atual contexto econômico, de baixo crescimento da atividade produtiva e de diminuição da arrecadação tributária, a adequada utilidade do dinheiro público tem relevância ainda maior.

Nesse cenário, o Governo do Estado de São Paulo tem estudado diversas alternativas para prestar serviços públicos de modo mais eficiente – muitas vezes em associação com o setor privado. No âmbito da saúde, a resistência a essas novas formas de parceria/contratação tem, aos poucos, diminuído, em razão de conhecidas experiências bem sucedidas.

A Subsecretaria de Parcerias e Inovação da Secretaria de Governo do Estado de São Paulo quer ter ferramentas para poder avaliar a eficiência na alocação do gasto público com saúde, no âmbito das parcerias com as OS, a fim de assegurar o interesse geral (ou benefícios públicos) na prestação dos serviços.

As concessões de serviço público não parecem ser uma modalidade de parceria possível no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), visto que a gratuidade nele existente não permitiria a cobrança de tarifa ao usuário. Assim, as parcerias com as OS devem poder ser avaliadas e comparadas em razão da utilização eficiente do dinheiro público investido para o atingimento dos resultados desejados.

Objetivos

A finalidade do projeto é propor uma metodologia de avaliação, com base na análise e diretrizes do *Value for Money*, para as parcerias com as OS na área da saúde no estado de São Paulo.

Abordagem

- Revisão da literatura sobre *value for money*;
- Estudo de casos (nacionais e/ou internacionais) que fizeram uso do *value for money* para as aludidas parcerias;
- Proposta de implementação de metodologia de avaliação, que compreenda as diretrizes do *Value for Money* às parcerias com o setor privado na área da saúde, especificamente em relação aos contratos de gestão/organizações sociais.

Metodologia

A proposta metodológica será definida pelo grupo de mestrandos do MPGPP, sendo desejável o uso de bibliografia especializada sobre o tema, somada a abordagem de experiências (nacionais e internacionais) sobre o uso do *value for Money* em parcerias com o setor privado na área da saúde.

Produtos

- Relatório final, 60 a 80 páginas, Times New Roman 12, espaço 1,5, acrescidas de anexos e referências bibliográficas, a ser protocolado na Secretaria de Registro da EAESP-FGV até 10 de agosto de 2015.
- Apresentação do relatório diante de banca, com a participação de dirigente da organização envolvida.

Conteúdo

Relatório elaborado pela equipe contendo:

- Diagnóstico da situação e análise;
- Proposta de medidas específicas e justificativas, além de procedimentos relacionados à implementação das medidas propostas.
- Anexos: lista de participantes do grupo; o presente termo de referência; lista de pessoas entrevistadas; fontes de dados consultadas.
- Referências bibliográficas.

Organização

Subsecretaria de Parcerias e Inovação

Secretaria de Governo do Estado de São Paulo

Av. Morumbi, 4500 – Palácio dos Bandeirantes, 2º andar, sala 210 – São Paulo/SP.

Contato e pessoas responsáveis

Marcos D'Avino Mitidieri - Assessor da Subsecretaria de Parcerias e Inovação (e aluno do MPGPP)

mdmitidieri@sp.gov.br - Tel.: 2193 8922

Anexo D – Lista de pessoas entrevistadas e roteiro de perguntas

Karla Bertocco Trindade
Subsecretaria de Inovação e Parcerias

Humberto Falcão Martins
Instituto Publix

Eduardo Ribeiro Adriano
Coordenadoria de Gestão de Contratos de Serviços de Saúde (CGCSS)

Roteiro de perguntas:

Em geral, como é a relação do governo do Estado com as OS? Quais são os atores envolvidos (MP, Secretarias, algum outro órgão de governo)?

- Para quem as OS prestam contas?
- No município de São Paulo, quanto do orçamento em saúde é executado pelo município e quanto é executado pelo governo do estado?
- Que modelos de gestão de desempenho e gestão para resultados o governo do estado costuma utilizar no contexto das parcerias com organizações privadas?
- Quais são os benefícios esperados pela secretaria com a atuação das OS nos serviços de saúde? Que tipos de avaliação e quais indicadores são utilizados como referência?
- Já houve descredenciamento de OS? Quais os motivos? Quais os critérios de seleção?
- Existe um padrão estadual de prestação de serviços, que regula a atuação das OS em São Paulo?
- Com que frequência são realizadas pesquisas com os usuários para avaliar a atuação das OS na prestação de serviços?
- O que é transversal e deve estar vinculado em todos contratos com as OS?
- No site da secretaria aparecem os seguintes serviços prestados por OS na saúde: “Hospitais, Ambulatórios Médicos de Especialidade (AME), Centro de Referência do Idoso (CRI), Centros de Reabilitação da Rede Lucy Montoro, Centros Estaduais de Análises Clínicas (CEAC), Serviços de Diagnóstico por Imagem (SEDI), Centro de Armazenamento e Distribuição de Insumos de Saúde (CEADIS) e Central de Regulação de Ofertas de Serviços de Saúde (CROSS)”. Para quais destes são destinados a maior parte dos recursos financeiros? Em que anos esses serviços foram implementados? Existe concentração de atuação em alguns municípios?