

## **RESUMO**

O estudo analisa a parceria firmada entre a Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo e Organizações Sociais na gestão de serviços de saúde, hospitalares em particular. São analisadas a terminologia jurídica e os formatos institucionais utilizados no processo. É efetuada comparação com outras alternativas, como a administração pública direta, a terceirização e os consórcios de saúde.

## **PALAVRAS-CHAVE**

Parcerias Público-Privado; Serviços Públicos; Gestão de Saúde; Estado de São Paulo; Organizações Sociais.

## **ABSTRACT**

This research analyses the partnership between the São Paulo State Health Secretary and not-for-profit organizations in the process of public services management. It is a purpose to study different terms from the law and different organizational arrangements from the practice. Some alternatives are compared, like public delivery, contracting out and health consortiums.

## **KEY WORDS**

Public-Private Partnerships; Public Services Management; Health and Hospital Services; São Paulo State; Not-for-profit organizations.

## SUMÁRIO

I.	Introdução .....	4
II.	Mudanças no papel do Estado e as parcerias na administração pública .....	6
	1. Mudanças no papel do Estado.....	6
	2. Parcerias na administração pública .....	11
	2.1. Parcerias, delegações e a descentralização.....	12
	2.2. Outras formas de delegação.....	14
	2.3. Organizações sociais .....	16
III.	O sistema de serviços de saúde no Brasil.....	18
	1. No Estado da Bahia .....	20
	2. No Estado do Paraná .....	21
	3. No Estado do Mato Grosso .....	21
	4. No Estado do Ceará .....	22
IV.	Organizações sociais de saúde no Estado de São Paulo.....	23
	1. Escolha do modelo .....	23
	2. Processo de qualificação de uma organização social de saúde .....	26
	3. Flexibilização da administração hospitalar .....	30
	4. Controle e fiscalização do contrato .....	32
	5. Remuneração dos serviços prestados pela OSS.....	33
	6. As organizações sociais de saúde.....	36

---

V. Três experiências.....	50
1. Hospital Estadual de Itaim Paulista .....	50
2. Hospital Estadual de Itapecerica da Serra .....	52
3. Hospital Estadual de Guarulhos.....	56
VI. Considerações finais .....	59
VII. Bibliografia.....	62
VIII. Anexos.....	65
1. Questionário aos dirigentes das OSS .....	66
2. Entrevista com Dr. José da Silva Guedes (Secretário de Estado da Saúde), realizada em novembro de 2002 .....	69
3. Entrevista com Dr. Márcio Cidade Gomes (Coordenador da Coordenadoria de Contratação de Serviços de Saúde), realizada em maio de 2002.....	91

# **GESTÃO ESTRATÉGICA DE POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE PELOS GOVERNOS SUBNACIONAIS: ESTUDO SOBRE O PROCESSO DE PARCERIA NA GESTÃO DE SERVIÇOS HOSPITALARES ENTRE A SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE SÃO PAULO E ORGANIZAÇÕES SOCIAIS NO CONTEXTO DA REFORMA DO ESTADO\***

*Tânia Margarete Mezzomo Keinert*

## **I. INTRODUÇÃO**

O presente relatório pretende apresentar os resultados da pesquisa realizada no Estado de São Paulo, conforme objetivos e metodologia constantes no projeto de pesquisa aprovado pelo NPP/EAESP/FGV em agosto de 2002.

O trabalho analisa a delegação da prestação de serviços de saúde no processo denominado “parceria” entre a Secretaria de Estado da Saúde e Organizações Sociais de Saúde (OSS), especialmente a contribuição para a melhoria na provisão dos serviços de saúde desta modalidade de gestão descentralizada envolvendo um ente estatal e organizações de direito privado.

Neste sentido o presente trabalho não buscou avaliar a experiência mediante indicadores de desempenho ou análise de metas atingidas mas, sim, destacar alternativas de redesenho institucional e estratégias de gestão.

---

\* O NPP agradece aos alunos que participaram da pesquisa que originou o presente relatório como auxiliares de pesquisas, Otávio Prado, Silvia Maria Karruz, Vinicius Schurgelies e Carolina Peloso Vieira de Andrade.

Na seção II, *Mudanças no papel do Estado e as parcerias na administração pública*, que se divide em duas partes, analisou-se primeiramente a reforma do Estado, sua origem e introdução no Brasil, via *Plano diretor da reforma do aparelho do Estado*. Em um segundo momento, enfocou-se a questão da desburocratização do Estado, que se faz, inclusive, pela delegação. Buscou-se conhecer as várias possibilidades de delegação do serviço público, objetivando delimitar as características institucionais da experiência analisada, *vis-à-vis* outras desenvolvidas em diferentes entes da federação.

Na seção III retomam-se alguns princípios norteadores da política de saúde no país, especialmente quanto à atuação dos governos subnacionais, destacando-se ainda as experiências inovadoras que alguns Estados vêm apresentando na gestão de políticas públicas de saúde.

Utilizou-se como metodologia, para o trabalho presente nas seções II e III, fundamentalmente a revisão bibliográfica acerca dos conceitos, limites e possibilidades de distintas formas de descentralização dos serviços públicos de saúde; o levantamento bibliográfico de estudos congêneres; e o estudo da terminologia jurídica e da prática institucional de diferentes alternativas de gestão, conforme consta no projeto de pesquisa aprovado.

Fez-se um apanhado sobre os pontos controvertidos do modelo adotado no Estado de São Paulo, bem como o levantamento de todas as organizações sociais de saúde hoje atuando em parceria com o governo estadual paulista; tais estudos são apresentados na seção IV.

Por fim, a seção V traz a análise aprofundada de três organizações sociais, a saber, **OSS/Itaim Paulista** (entidade mantenedora: Associação Beneficente Casa de Saúde Santa Marcelina); **OSS/Guarulhos** (entidade mantenedora: Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo); e **OSS/Itapeçerica da Serra** (entidade

mantenedora: Serviço Social da Indústria da Construção e do Mobiliário do Estado de São Paulo – Seconci).

Nas seções IV e V as estratégias metodológicas utilizadas baseiam-se em entrevistas com atores-chave do processo de delegação dos serviços, bem como na aplicação de questionários aos dirigentes das unidades hospitalares.

Destaca-se que o presente trabalho tem por objetivo a análise de aspectos relacionados ao modelo de gestão em tela, não se atendo, desta forma, à avaliação dos reflexos desse modelo sobre a saúde da população envolvida.

## **II. MUDANÇAS NO PAPEL DO ESTADO E AS PARCERIAS NA ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA**

### **1. MUDANÇAS NO PAPEL DO ESTADO**

Desde a década de 1980, seguindo uma transformação que começou na Inglaterra, a administração pública internacional vem passando por constantes mudanças em sua estrutura organizacional. Em meio a esse processo, FERLIE *et alii* (1999) identificam quatro modelos da nova administração, arrolando suas principais características.

O modelo pioneiro, conhecido por “impulso para a eficiência”, que teve como mentora a política thatcheriana, dominou a primeira metade da década de 1980. Objetivou transportar todas as características da administração privada para a pública, recebendo várias críticas principalmente por não levar em conta as prerrogativas da administração pública. Seus temas-chaves incluem: aumento dos controles financeiros; uma espinha dorsal administrativa mais forte; maior ênfase na rápida resposta do prestador de serviço com relação aos consumidores;

desregulamentação do mercado de trabalho e aumento do ritmo de trabalho; redução do poder de auto-regulação das profissões; delegação de um certo grau de poder para uma administração menos burocrática e mais empreendedora, mas ainda com as rigorosas exigências anteriores de responsabilidade para com os níveis superiores; novas formas de governabilidade cooperativa.

O modelo “*downsizing* e descentralização” ganhou corpo na segunda metade da década de 80. Atualmente demonstra crescente importância tanto no setor público como privado. Seus temas-chaves incluem: ênfase na mentalidade voltada para o mercado; mudança da gestão hierárquica para gestão por contrato; redução drástica da folha de pagamento do setor público; separação entre financiamento público e dotação do setor autônomo; troca da forma de gestão do tipo “comando e controle”, associada ao primeiro modelo, por novos estilos gerenciais; tentativa de mudanças das formas padronizadas de serviço para um sistema de serviço caracterizado por mais flexibilidade e variedade.

Já o modelo da “busca pela excelência” representa a aplicação, aos serviços públicos, da teoria da administração chamada Escola das Relações Humanas, e confere ênfase à importância do fator humano. Apresenta basicamente duas abordagens: de baixo para cima e de cima para baixo. Seus temas-chaves incluem: na abordagem de baixo para cima, ênfase no desenvolvimento organizacional e na aprendizagem, reconhecimento da cultura organizacional como forma de adesão, descentralização radical com o desempenho julgado por meio dos resultados; na abordagem de cima para baixo, projeção de uma visão de cima para baixo, programas gerenciados de mudança cultural, ênfase nas formas carismáticas de liderança de cima para baixo.

“Orientação para o serviço público”, o quarto modelo, encontra-se ainda em desenvolvimento. Seus temas-chaves contemplam: grande preocupação com a qualidade do serviço; reflexo das preocupações e valores do usuário no processo de gestão; desejo de trazer o poder de volta dos grupos nomeados para aqueles eleitos

localmente; ênfase no desenvolvimento da aprendizagem social acima e além dos serviços de rotina.

Nesse processo de reformas, torna-se essencial repensar a estrutura organizacional da administração pública, tendo em vista o esgotamento do modelo burocrático, de orientação racional-legal, que não mais responde às necessidades de aumento na capacidade de governança. A qualidade e a efetividade da governança são cruciais para a prosperidade dos Estados-nação. Nesse sentido, faz-se necessário descentralizar algumas funções enquanto se centralizam outras responsabilidades críticas de *policymaking*.

Assim, há que se redefinir as áreas de atuação do Estado e reconstruí-lo nos setores em que está debilitado, capacitando-o a exercer seus novos papéis, medida essencial para dotá-lo de maior capacidade de governança. É necessário fazer um reexame do quê o Estado deve fazer e financiar, o quê ele deve pagar mas não fazer, e o quê ele não deve fazer nem pagar. Essa questão é fundamental para a distinção entre as atividades que são “exclusivas do Estado”, e, portanto, devem ser fortalecidas; e aquelas que são “competitivas”, ou seja, em que não há “poder de Estado” e, pois, podem ser executadas por diversas organizações sociais.

O *Plano diretor da reforma do aparelho do Estado* (BRASIL, 1995a), síntese dos objetivos da reforma da administração pública em nível federal no Brasil, visa a construir um Estado que responda às necessidades de seus cidadãos, que seja menos burocratizado, e mais preocupado com a qualidade e a eficiência dos serviços prestados à população. O mesmo documento identifica quatro “setores” do Estado e suas respectivas responsabilidades típicas:

1. Núcleo Estratégico. Compreende os órgãos de governo, os Poderes Legislativo e Judiciário, o Ministério Público, o Presidente da República, os ministros e seus auxiliares e assessores. É encarregado da formulação das leis e das políticas públicas, bem como de seu efetivo cumprimento. Dentre os objetivos

específicos definidos no *Plano diretor* para esse setor destacam-se: modernização da administração burocrática, mediante uma política de profissionalização do serviço público; introdução de uma cultura gerencial baseada na avaliação de desempenho; atribuição de capacidade gerencial para definir e supervisionar os contratos de gestão com as agências autônomas, responsáveis pelas atividades exclusivas do Estado, e com as organizações sociais, responsáveis pelos serviços não-exclusivos do Estado realizados em parceria com a sociedade. Os serviços típicos do núcleo estratégico devem ser exercidos necessariamente pelo Estado.

2. Atividades Exclusivas do Estado. Atividades em que está presente o poder de Estado e somente este pode prestá-las, por exemplo coleta e fiscalização de impostos, polícia, previdência social básica, serviço de desemprego, fiscalização do cumprimento de normas sanitárias, serviço de trânsito, compra de serviços de saúde pelo Estado, controle de meio ambiente, subsídios à educação básica, serviço de emissão de passaporte. Dentre os objetivos específicos previstos para este setor destacam-se a maior participação popular na fixação de políticas públicas; instituição do controle por resultados; transformação das autarquias e fundações que possuem poder de Estado em agências autônomas, administradas segundo contratos de gestão; escolha dos dirigentes segundo critérios profissionais. Esse tipo de serviço deve ser exercido pela administração indireta, não pelo particular, mas existindo a possibilidade de outorga de maior autonomia aos órgãos públicos.
3. Serviços Competitivos ou Não-Exclusivos. São os serviços públicos de maneira geral, nos quais não se verifica o poder extroverso; correspondem principalmente aos serviços sociais do Estado: universidades, serviços de saúde em geral, centros de pesquisa, museus. Para esse setor são previstos como objetivos específicos o programa de publicização, transformando as atuais fundações públicas em organizações sociais; tais entidades, financiadas

pelo Estado, serão controladas pela própria sociedade. Esse tipo de serviço pode ser exercido pelo poder não-estatal através de contrato de gestão.

4. Produção de Bens e Serviços para o Mercado. Envolve a área de atuação das empresas públicas, abrangendo atividades voltadas para o lucro. Como objetivos específicos foram arrolados a continuidade do programa de privatização, a reorganização e o fortalecimento dos órgãos de regulação dos monopólios naturais privatizados, a implantação de contrato de gestão com as empresas que não puderam ser privatizadas. Esse tipo de serviço deve ser provido pelo setor privado, excetuando-se os das áreas estratégicas.

Para atingir esses objetivos, o *Plano diretor* propõe:

- aumentar a governança do Estado, ou seja, sua capacidade administrativa de governar com efetividade e eficiência, voltando a ação dos serviços do Estado para o atendimento dos cidadãos;
- limitar a ação do Estado àquelas funções que lhe são próprias, reservando, em princípio, os serviços não-exclusivos para a propriedade pública não-estatal e a produção de bens e serviços para o mercado para a iniciativa privada;
- transferir da União para os estados e municípios as ações de caráter local; só em casos de emergência cabe a ação direta da União;
- transferir parcialmente da União para os estados as ações de caráter regional, de forma a permitir uma maior parceria entre os estados e a União. (BRASIL, 1995a, *apud*, DI PIETRO, 1999: 42)

É para cumprir estes objetivos que a administração pública começa a fazer parcerias com o setor privado e sem fins lucrativos. No contexto atual de reformas administrativas as parcerias ocupam um lugar de destaque, sendo utilizadas como

forma de diminuição do tamanho do aparelho do Estado, através de institutos como a concessão e a permissão de serviços públicos; a cooperação do particular na execução de atividades próprias da administração pública, via terceirização; o incentivo ao setor privado por meio de convênios e contratos de gestão, que também funcionam como forma de desburocratização, na busca pela eficiência. (DI PIETRO, 1999: 32)

## 2. PARCERIAS NA ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA

A idéia de parceria na administração pública remonta quase à origem do Estado. Passou por desenvolvimentos que acompanharam a evolução social e novamente toma importante papel na atual reforma administrativa.

Pode-se conceituar parceria como designação de

... todas as formas de sociedade que, sem formar nova pessoa jurídica, são organizadas entre os setores público e privado, para a consecução de fins de interesse público. Nela [*na parceria*] existe a colaboração entre o poder público e a iniciativa privada nos âmbitos social e econômico, para a satisfação de interesses públicos, ainda que, do lado do particular, se objetive o lucro. (DI PIETRO, 1999: 31)

Historicamente pode-se destacar a figura da **concessão**, que foi o primeiro tipo de parceria utilizada pela Administração. Firmada junto a empresas privadas, caracterizava-se pela não-responsabilização da administração pelos riscos econômicos; com o advento das cláusulas de garantia e da teoria da imprevisão, esse tipo de parceria passou a não atender mais às necessidades públicas, especialmente em alguns setores específicos como os serviços sociais.

Segundo Maria Sylvia Zanella Di Pietro (1999), o surgimento das **sociedades de economia mista** e das **empresas públicas** deu-se simultaneamente ao enfraquecimento das concessões, fenômeno típico, no Brasil, do período de ditadura militar. Mas essas organizações logo evidenciaram o conflito de interesses entre a lógica de gestão privada e o funcionamento do Estado como um todo. Em nível internacional, depois de um declínio, os dois institutos ganharam força novamente após a Segunda Grande Guerra, período representado pela necessidade de intervenção estatal. As áreas de atuação foram aumentadas, incluindo serviços como transporte e energia elétrica.

A concessão volta ao direito brasileiro como resultado de uma influência mundial, não mais para entregar o serviço ao setor privado, e sim a empresas estatais. Com a Constituição Federal de 1998 e o *Plano diretor da reforma do aparelho do Estado*, este instituto evoluiu para a forma atual de delegação das atividades administrativas ao setor não-estatal.

## 2.1. Parcerias, delegações e a descentralização

As parcerias podem assumir a forma específica de **delegação**, que é uma das modalidades de descentralização. No caso em análise, o instituto das **organizações sociais** é considerado uma forma de delegação.

Poucos conceitos ou valores têm sido tão estimados quanto a descentralização. Agregando grupos distintos em sua defesa, cuja posição geral é favorável a essa reorganização territorial e organizacional de poder, tem sido utilizada com diversas conotações, o que dificulta uma definição precisa. ABRUCIO (2000: 28) a define como “um processo nitidamente político, que resulta em transferência e/ou conquista de autonomia em termos de poder decisório, sendo diferente, portanto, da mera delegação de funções administrativas”. Especificamente, descentralização diz respeito à distribuição de recursos, de poder e de competências sobre as políticas públicas.

Novamente, o conceito de descentralização tem sido utilizado para se referir a diferentes processos. Entre as reformas do tipo descentralizador podem ser identificadas as seguintes modalidades: delegação, desconcentração, privatização, transferência de atribuições e devolução, que são caracterizadas no quadro a seguir.

### Quadro 1

#### Modalidades de Reformas do Tipo Descentralizador

	<b>ARRETCHÉ (1996)</b>	<b>RONDINELLE (1983, <i>apud</i> MENDES, 2001)</b>
<b>Delegação</b>	Transferência da responsabilidade na gestão dos serviços para agências não vinculadas ao governo central, mantido o controle dos recursos pelo governo central.	Transferência de responsabilidade gerencial para organização não governamental. Envolve a relação Estado e sociedade civil.
<b>Desconcentração</b>	Transferência de responsabilidade de execução de serviços para unidades fisicamente descentralizadas, no interior das agências do governo central.	Transferência de capacidade decisória sem transferência de autonomia para níveis hierárquicos inferiores.
<b>Privatização</b>	Transferência da prestação de serviços sociais para organizações privadas.	Desestatização das atividades governamentais.
<b>Transferência de Atribuições</b>	Transferência de recursos e funções de gestão para agências não vinculadas institucionalmente ao governo.	-
<b>Devolução</b>	-	Implementos de níveis subnacionais dando-lhes autonomia.

## 2.2. Outras formas de delegação

Neste tópico serão brevemente descritas outras formas de delegação além da modalidade consubstanciada nos contratos de gestão obedecidos pelas organizações sociais. A enumeração a seguir, entretanto, não é exaustiva.

Os **consórcios** são “instrumentos de que o poder público se utiliza para associar-se com outros entes e facilitar a gestão dos serviços públicos ou de utilidade pública” (DI PIETRO, 1999: 183). Um consórcio pode se apresentar sob a modalidade administrativa – entes de mesmo nível se juntam e formam uma pessoa jurídica de direito público, com todas as limitações e prerrogativas de um ente público; ou sob a modalidade intermunicipal, na qual municípios se juntam sob a roupagem de uma associação civil, formalizada em pessoa jurídica de direito privado, criada independente de autorização legislativa, sujeitando-se a todas as normas aplicáveis às sociedades civis em geral.<sup>1</sup>

A **terceirização** na administração pública é utilizada para a contratação de fornecimento de mão-de-obra, fundamentalmente para prestação de serviços técnicos especializados. É bastante utilizada na área da saúde como forma de descentralização dos serviços.

Ainda segundo Maria Sylvia Zanella Di Pietro (1999), a **concessão** é uma forma constitucional de delegação de serviços públicos, de natureza contratual, e estabelecida através de licitação. Caracteriza-se pela relação desigual entre o Estado e o particular, sendo respeitado o equilíbrio econômico. Neste tipo de contrato o Estado tem muitas prerrogativas que não estão previstas ao particular. Este porém está protegido de futura oneração excessiva em decorrência de mudanças feitas pela administração.

---

<sup>1</sup> O trabalho de CRUZ (2002) detalha a figura dos consórcios na administração pública, e traz exemplos de aplicação dessa modalidade de parceria.

O particular que contrata com a Administração presta serviço em nome próprio, remunerando-se exclusivamente da prestação do serviço, razão pela qual os serviços concessionados devem ser somente aqueles que admitam a exploração econômica. Os contratos terão obrigatoriamente prazo determinado. Essa fixação é importante porque influencia na determinação da tarifa cobrada pela concessionária; quanto maior a duração do contrato, menor tende a ser tarifa.

A **permissão**, também uma forma constitucional de delegação, tem por objeto a prestação de serviços públicos ou a utilização privativa de bem público. Trata-se de ato unilateral (contrato de adesão), discricionário, cabendo à Administração avaliar a oportunidade e a conveniência do contrato, realizado mediante processo licitatório. De natureza precária, não tem prazo definido, por isso revogável a qualquer tempo, não ensejando para a Administração obrigação de indenizar a permissionária – que, ao contrário da concessionária, pode ser pessoa física.

A **autorização** é o ato unilateral, discricionário e precário que pode ter como objeto a autorização como ato praticado no exercício do poder de polícia, a autorização de uso, e a autorização de serviço público. Sua revogação a qualquer momento não enseja direito de indenização à autorizada.

Nos três casos – concessão, permissão e autorização – a administração contratante será responsável pela fiscalização e controle das atividades da contratada. Desta forma as agências reguladoras ou executivas foram incorporadas ao Direito brasileiro com a Constituição Federal de 1988. Trata-se de autarquias de regime especial, que se apresentam com maior autonomia em relação à administração indireta. Têm todas as prerrogativas que a lei confere ao poder concedente quando se tratar de concessão, permissão e autorização de serviço público. Na saúde existem as agências ANS (Agência Nacional de Saúde Suplementar), ANVS (Agência Nacional de Vigilância Sanitária), dentre outras.

**Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIP)** é o qualificativo atribuível vinculadamente a pessoas jurídicas de direito privado, para o fim de habilitá-las a firmar termo de parceria com o poder público, junto ao qual se credenciam a receber verbas e ou bens públicos empenhados nesse vínculo cooperativo, desde que tais pessoas: a) não tenham fim lucrativo; b) sejam destinadas a determinadas atividades socialmente úteis; c) não estejam arroladas como impedidas; d) consagrem em seus estatutos uma série de normas sobre estrutura, funcionamento e prestação de contas. A lei 9.790/99 regulamentou este tipo de organizações.

### **2.3. Organizações sociais**

Uma das formas recentes de viabilizar as parcerias na administração pública tem sido a realização de contratos de gestão entre o ente estatal e entidades reconhecidas como organizações sociais.

Trata-se de uma nova modalidade de prestação de serviço público, exercida por organizações não-estatais mediante autorização do governo, e sob sua rígida e permanente supervisão.

As organizações sociais são entidades privadas, sem fins lucrativos, qualificadas pelo ministro ou titular do órgão supervisor ou regulador da área de atividade correspondente ao seu objeto social e pelo ministro do Planejamento, Orçamento e Gestão. Suas atividades devem ser dirigidas ao ensino, à pesquisa científica, ao desenvolvimento tecnológico, à proteção e preservação do meio ambiente, à cultura, e à saúde.

Essas entidades, de direito privado, obtêm, por iniciativa do Poder Executivo, autorização legislativa para celebrar contratos de gestão, e assim a ter direito a dotação orçamentária, conforme consta do *Plano diretor da reforma do aparelho do*

*Estado.* O mesmo documento define que as organizações sociais têm como objetivo permitir a descentralização de atividades no setor de prestação de serviços competitivos, não-exclusivos, estando subjacente o pressuposto de que esses serviços serão mais eficientemente realizados se – mantendo o financiamento do Estado – forem executados pelo setor público não-estatal.

O contrato de gestão que consolida essa parceria entre o poder público e a entidade privada deve trazer, entre outras cláusulas: objetivos; metas; indicadores de produtividade; prazos para execução das metas estabelecidas e para vigência do contrato; critérios de avaliação de desempenho; condições para revisão, renovação, suspensão e rescisão; e penalidades aos administradores que descumprirem as determinações contratuais. (DI PIETRO, 1999). A autora, às páginas 201 e 202, aponta outras características das organizações sociais na forma como tais entidades estão disciplinadas na esfera federal:

- Criadas por particulares, devem habilitar-se perante a Administração para obter a qualificação de organização social, sendo declaradas “entidades de interesse social e utilidade pública”.
- Seu órgão de deliberação superior deve acolher representantes do poder público e membros da comunidade, de notória capacidade profissional e idoneidade moral.
- A execução do contrato de gestão é supervisionada pelo órgão ou entidade supervisora da área de atuação correspondente à atividade fomentada; o controle sobre ela exercido é de “resultado”.
- O fomento pelo poder público poderá abranger as seguintes medidas: destinação de recursos orçamentários e bens necessários ao cumprimento do contrato de gestão, mediante permissão de uso, com dispensa de licitação; cessão especial de servidores públicos, com ônus para a origem; dispensa de licitação nos

contratos de prestação de serviços celebrados entre a administração pública e a organização social.

- A entidade pode ser desqualificada como organização social caso descumpra as normas de gestão.

O que diferencia as organizações sociais de saúde, objeto desta pesquisa, das demais organizações sociais é unicamente a natureza da matéria do contrato de gestão, no caso, a saúde. Estão sujeitas aos mesmos direitos e deveres de todas as organizações sociais.

### **III. O SISTEMA DE SERVIÇOS DE SAÚDE NO BRASIL**

A partir dos anos de 1980, foi adotada a estratégia da descentralização – tanto em nível do processo decisório, quanto da prestação direta dos serviços – na formulação e implementação da política pública de saúde no Brasil. Tal descentralização operou-se através da implantação do Sistema Único de Saúde (SUS), que objetivou devolver às instâncias locais de poder autonomia e capacidade de gestão, numa estratégia destinada a dinamizar e fortalecer os serviços de saúde por meio do processo de municipalização.

O fortalecimento das instâncias locais de poder, em especial dos municípios, constitui uma mudança importante operada pela Constituição Federal de 1988. O novo texto constitucional robusteceu os municípios à medida em que previu maior participação na divisão de recursos tributários, designou novas atribuições e competências, e a eles delegou maior poder decisório.

Se, por um lado, essa proposição é coerente com a conjuntura atual – caracterizada por um movimento de globalização e pelo enfraquecimento dos Estados-nacionais, bem como, e, paradoxalmente, por um processo de “localização” (KEINERT &

SILVA, 1995) – destinando (ou gerando) recursos alternativos em nível local, por outro traz consigo algumas dificuldades, como a efetivação deste projeto em cidades de grande porte, dada a complexidade de sua rede assistencial, de suas demandas e dos atores sociais envolvidos. Ainda, nos municípios menores tem-se o problema da falta de economia de escala.

Paralelamente à estratégia descentralizante do sistema de saúde, a proposta do SUS previa a participação social institucionalizada, com isso objetivando transparência na formulação e execução das políticas públicas de saúde, bem como maior democratização de sua gestão. Foi criada uma série de mecanismos institucionalizados, a exemplo dos conselhos de saúde – órgãos consultivos, deliberativos e de caráter colegiado, compostos por representantes do governo, profissionais de saúde e usuários – que atuam na formulação, controle e execução das políticas de saúde.<sup>2</sup>

A democratização das políticas de saúde traz consigo a possibilidade de organizar demandas sociais, podendo criar uma agenda de interesses coletivos capaz de satisfazer direitos de parcelas da população antes excluídas. Não obstante as vantagens políticas que a proximidade e a participação da população trazem consigo, alguns riscos também se colocam, por exemplo o risco de práticas clientelistas e populistas. Isso posto, e uma vez reconhecido que a delegação da prestação dos serviços implica um risco grande de fragmentação, faz-se imprescindível o fortalecimento da capacidade de regulação do “núcleo estratégico”.

Embora o SUS tenha representado um avanço em termos de democratização e ampliação do acesso e da gestão participativa, apresenta claras dificuldades de implementação, dando margem ao surgimento de iniciativas de âmbito subnacionais gerando a criação de parcerias e terceirização dos serviços.

---

<sup>2</sup> Os organismos colegiados pertencentes ao SUS são basicamente de dois tipos: as Comissões de Intergestores – instâncias de articulação, negociação e decisão dos gestores do SUS, nos diferentes níveis de governos – e as Instâncias de Participação Social – categoria na qual se incluem os Conselhos Nacional, Estaduais e Municipais de Saúde. (BRASIL, 1995b)

## 1. NO ESTADO DA BAHIA

O *Plano estadual de saúde da Bahia*, vigência 2000 a 2003, aponta expressamente como objetivo

... redefinição de competências e relações entre os três níveis gestores do sistema: federal, estadual e municipal, substituindo subordinação e verticalidade por pactuação e co-responsabilidade nos processos de planificação, gestão, desenvolvimento das ações e avaliação em saúde. (BAHIA, 2000: 3)

Para alcançar este objetivo o *Plano* aponta como estratégias a descentralização do sistema de saúde, a eficácia e qualidade em saúde. Cita ainda outras diretrizes:

...a formulação e implementação de políticas intersetoriais e a equidade na distribuição de recursos e serviços, privilegiando as regiões e municípios onde se concentram as populações mais carentes são diretrizes fundamentais para a melhoria da qualidade de vida e para a elevação dos níveis de saúde da população. Ambas as diretrizes estão contempladas na política global do governo estadual que destaca como prioridades: 1) redução da pobreza; 2) luta contra a exclusão étnica e social; 3) ampliação da participação social. A integração entre diferentes setores governamentais e não-governamentais constitui estratégia básica de enfrentamento dos condicionantes e determinantes dos problemas de saúde. (BAHIA, 2000: 5)

No contexto de estruturação do sistema os municípios assumem o papel central. Apesar disso, compete ao estado o investimento de esforços e a mobilização do arcabouço institucional. (BAHIA, 2000: 23).

A forma de delegação utilizada pelo estado é a terceirização das unidades hospitalares. O processo se inicia por lei com o apontamento de critérios técnicos

(elaborados pela Superintendência de Regulação, Promoção e Atenção à Saúde – SURAPS da Secretaria de Saúde do Estado da Bahia – SESAB) além de critérios específicos da unidade a ser terceirizada. A Secretaria recebe o processo e analisa se existe dotação orçamentária disponível. O processo é encaminhado para a Coordenação de Licitação que elabora o edital de concorrência pública o qual, após a aprovação do secretário estadual de saúde, segue para publicação. A Comissão de Fiscalização e Acompanhamento da Gestão dos Hospitais Terceirizados é responsável pela fiscalização da execução do contrato.

## 2. NO ESTADO DO PARANÁ

Os consórcios – política de governo adotada no âmbito estadual – surgiram espontaneamente, da necessidade dos municípios interessados em resolver seus problemas na área da saúde.

Quando em 1995 a iniciativa foi assumida pela Secretaria de Estado da Saúde, os consórcios já existentes àquela época foram tomados como modelo para os que seriam desenvolvidos sob a égide da organização estadual. O número de consórcios cresceu consideravelmente depois que o nível estadual começou a atuar em sua idealização e implementação. (KEINERT, 2001a)

## 3. NO ESTADO DO MATO GROSSO

Desde 1994 o Estado do Mato Grosso tem demonstrado preocupação com a formulação de políticas públicas de saúde, abandonando o perfil de mero prestador do serviço.

Assim como o Paraná adotou os consórcios como política de governo, existem atualmente dez consórcios de saúde em funcionamento no MT. O Estado, no

desenvolvimento do modelo, preocupou-se em estudar os problemas e as características de cada região, como a existência ou não de unidade hospitalar pública para funcionar como referência, para então formar um consórcio que se adaptasse às necessidades.

O processo de constituição dos consórcios em Mato Grosso seguiu um padrão, segundo o qual primeiramente constata-se uma ampla discussão sobre o objetivo do consórcio entre os setores sociais dos municípios potencialmente interessados; baseada nessa discussão obtém-se a definição da Programação de Especialidades e Serviços que atenda às necessidades de assistência dos municípios, seu correspondente custo e critérios de rateio deste custo; faz-se então a escolha da Unidade Ambulatorial e Hospitalar que servirá de referência; a Câmara Municipal de cada cidade aprova a lei autorizativa municipal, culminando com a criação do consórcio, com aprovação dos instrumentos e procedimentos jurídicos que estabelecem diretrizes, direitos e deveres dos municípios consorciados (estatutos, regimento interno); e a assinatura de Termo de Convênio com a Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso, onde esta estabelece sua participação financeira no custeio das atividades. (KEINERT, 2002)

#### 4. NO ESTADO DO CEARÁ

O Estado do Ceará implementou a proposta dos sistemas microrregionais de serviços de saúde. Em 1998, ano de introdução do projeto, a idéia do estado era superar dois problemas: a descentralização estadualizada vigente até meados de 1980 e a municipalização autárquica, vigente de 1988 até então.

A proposta dos sistemas microrregionais de serviços de saúde se consubstancia no âmbito de uma microrregião, cujos serviços de saúde são implementados pela ação indireta do governo federal e direta dos governos estaduais e municipais.

Os sistemas microrregionais de serviços de saúde constituem uma organização virtual de negociação, sustentada por uma Comissão Intergestores Bipartite Microrregional e ativada por instrumentos de planejamento e programação integrados e pela ação cooperativa de seus componentes.

O sistema é criado de forma pactuada pela Secretaria de Estado da Saúde e pelas secretarias municipais de saúde; atuam sobre os espaços da atenção médica, dos sistemas de saúde pública e dos sistemas de apoio. São instâncias oficiais do SUS, com participação obrigatória dos municípios, e são orientados pela e para atenção primária de saúde. (KEINERT, 2001b)

## **IV. ORGANIZAÇÕES SOCIAIS DE SAÚDE NO ESTADO DE SÃO PAULO**

### **1. ESCOLHA DO MODELO**

A lei complementar 846/98 regulamentou no âmbito estadual as organizações sociais de saúde (OSS), repetindo conteúdos da lei federal 9.637/98 que instituiu as organizações sociais.

Na exposição de motivos enviada pelo então governador Mario Covas à Assembléia Legislativa, o modelo é apontado como tentativa de “fomento a entidades prestadoras de serviços de saúde” e não simples delegação desses serviços a estranhos à Administração.

Contudo, podem ser apontadas circunstâncias fáticas que levaram à escolha desse modelo:

- 1) O governo estadual tinha 15 hospitais cujas obras estavam paralisadas, que recebera de administrações anteriores;
- 2) A limitação financeira imposta pela lei Camata, que determinava quanto do orçamento seria gasto com folha de pagamento. Esta circunstância impedia a contratação de mão de obra para os hospitais, pois o Estado ultrapassaria o teto previsto pela lei.
- 3) A própria dificuldade financeira que o governo estadual enfrentava.

O Secretário de Estado da Saúde, Dr. José da Silva Guedes, descreve como foi feita a opção pelo modelo:

Então o time que está na Secretaria hoje, parte do pessoal que está na Secretaria conhece assistências por entidades filantrópicas. Há muito tempo o grupo valoriza muito o trabalho feito por essas entidades, tanto que a gente considera que a rede filantrópica que cobre o SUS, que dá retaguarda hospitalar para o SUS, na realidade a gente chama de uma rede pública não-estatal, já que ela atende sobre os critérios que permite à totalidade da população de recorrer àquele serviço, bom, essa é uma coisa, é uma crença, conhecimento de como isso funciona, outra coisa foi uma circunstância de a gente ter encontrado em um número muito grande construções inacabadas e teríamos chances de entregar em um prazo curto, uma quantidade muito grande de hospitais, muito grande para as tradições de governos de entregar os hospitais, então de repente nós tínhamos chances de durante o prazo de governo entregarmos 15 hospitais, isso dá mais de 3.500 leitos novos, uma outra circunstância nesse momento era a lei Camata que limitava quanto dos recursos do orçamento você poderia usar para pagamento de recursos humanos e o estado estava no limite superior do que ele podia estar gastando e abrir 15 hospitais significa contratar cerca de 15.000 pessoas de uma secretaria que já tinha 80.000 pessoas e em alguns momentos chegava a discutir a necessidade

de enxugar a máquina do estado, já que com o processo de municipalização inclusive a secretaria ficou inchada em alguns de seus componentes, bom, então surgiu a perspectiva concreta de que a gente teria hospitais prontos para serem entregues à população e isso era uma situação excelente para que a gente pudesse testar o modelo que vinha sendo pensado, você tinha uma lei do estado, nós tínhamos o código de saúde e nesse código de saúde um dos artigos vedava que serviços públicos pudessem ser gerenciados por entidades privadas, nossa intenção era em relação à lei que estava para ser homologada, era que a gente mudasse esta relação, que a gente dissesse, não pode ser gerenciado por entidades privadas, lucrativas ou coisa assim, deixando uma brecha para que entidades filantrópicas pudessem fazer esse papel, mas isso não tinha brecha no momento como aquele que o código estava sendo aprovado, então se aprovou uma lei no ano de 1998 que fazia uma exceção em relação às chamadas organizações sociais que vão poder dirigir os hospitais novos esta lei não se aplica [*a hospitais antigos*], então a gente teve chance de estar identificando entidades filantrópicas que existem há mais de 5 anos, que têm equipamento próprio de saúde, que portanto nós poderíamos avaliar como é o desempenho dessas entidades, qual é o grau de compromisso que eles têm com clientela e população etc. e tal e indicar dentre essas entidades aquelas que dirigiam os hospitais, então a gente começou desenvolvendo para isso um instrumento de relação entre o Estado e uma entidade filantrópica, esse instrumento era um contrato de gestão diferente do contrato habitual que a gente tinha no SUS quando a gente contratava tantos leitos de hospital etc. e tal, então na realidade a gente passou de um contrato que detalhava que resultados de saúde, assistência de saúde, a gente queria obter, quantas internações em clínica, quantas de cirurgia, que era uma taxa de mortalidade no máximo tanto, taxa de infecção hospitalar, deve haver uma avaliação mensal pelos usuários avaliando os cuidados médicos, de enfermagem, comida, limpeza e não sei mais o quê, então se criou um contrato de gestão que é detalhado e que permite à gente cobrar mensalmente se está sendo cumprido aquilo que nós encomendamos, então a rigor a gente separou duas coisas

basicamente, uma coisa é a função de prestação de serviço e outra coisa função de contratação de serviço para servir à população, então de início era um grupo do gabinete do secretário que tomava conta disso quando você tinha um, dois, três, quatro hospitais e no final a gente criou uma coordenação, uma coordenadoria, chamada Coordenadoria de Contratação de Serviços, que se especializou em propor um contrato de gestão, avaliar esse contrato de gestão, então foi evolução desse contrato, dessa avaliação, isso já tem, foi implantado em 1998, já vai para quase 5 anos, a gente conseguiu um aprimoramento do contrato de gestão que nos permite inclusive ter um orçamento mais correto, mais ajustado àquilo que a gente quer, então está sendo um experiência muito boa...<sup>3</sup>

## 2. PROCESSO DE QUALIFICAÇÃO DE UMA ORGANIZAÇÃO SOCIAL DE SAÚDE

A lei 846/98, em seu artigo segundo estabelece os requisitos específicos para que uma entidade privada se habilite à qualificação como organização social:

- I - Comprovar o registro de seu ato constitutivo, dispondo sobre:
- a) Natureza social de seus objetivos;
  - b) Finalidade não-lucrativa, com a obrigatoriedade de investimento de seus excedentes financeiros no desenvolvimento das próprias atividades;
  - c) Previsão expressa de ter a entidade, como órgãos de deliberação superior e de direção, um conselho de administração e uma diretoria, definidos nos termos

---

<sup>3</sup> Para transcrição completa desta entrevista, vide *Anexo 2*.

- do estatuto, assegurado àquele composição e atribuições normativas e de controles básicos previstos nesta lei complementar;
- d) Previsão de participação, no órgão colegiado de deliberação superior, de membros da comunidade, de notória capacidade profissional e idoneidade moral;
  - e) Composição e atribuições da diretoria da entidade;
  - f) Obrigatoriedade de publicação anual, no Diário Oficial do Estado, dos relatórios financeiros e dos relatórios de execução do contrato de gestão;
  - g) Em caso de associação civil, a aceitação de novos associados, na forma do estatuto;
  - h) Proibição de distribuição de bens e de parcela do patrimônio líquido em qualquer hipótese, inclusive em razão de desligamento, retirada ou falecimento de associados ou membros da entidade;
  - i) Previsão de incorporação integral de patrimônio, dos legados, ou das doações que lhe foram destinados, bem como dos excedentes financeiros decorrentes das suas atividades, em caso de extinção ou desqualificação da entidade, ao patrimônio de outra organização social qualificada no âmbito do estado, na proporção dos recursos de bens por este alocados;

II - Ter a entidade recebido aprovação em parecer favorável, quanto à conveniência e oportunidade de sua qualificação como organização social, do secretário estadual da área correspondente e do Secretário da Administração e Modernização do Serviço Público.

Parágrafo Único. Somente serão qualificadas como organização social, as entidades que, efetivamente, comprovarem possuir serviços próprios de assistência à saúde há mais de 5 anos.

Quando o hospital está para ser entregue, abre-se uma espécie de convocação e as entidades que são qualificadas como organização social se habilitam. O critério dessa escolha é um dos pontos mais criticados do projeto: “De acordo com o projeto do governo, o estado fica dispensado da licitação e os critérios de escolha dos contratos de gestão seriam fixados pelo próprio governo e os interessados sem que a sociedade possa saber quais os requisitos para a habilitação do concorrente à parceria” (MURAD, 1998: 26).

O Dr. Márcio Cidade Gomes, coordenador da Coordenadoria de Contratação de Serviços de Saúde, explicou todo o procedimento:

A lei exige, tem, cria alguns pré-requisitos. Que entidades filantrópicas sem finalidade lucrativa podem pleitear, se qualificar como organização social, elas podem pleitear. E como é que elas fazem? Elas encaminham um pedido ao secretário da saúde e anexam a este pedido uma série de documentos que a lei exige: seu estatuto social, para ver se o seu estatuto social é realmente, confirma realmente, que aquela entidade é uma entidade filantrópica séria. [...] a lei diz o seguinte: a entidade que busca qualificação deve comprovar ter no mínimo cinco anos de experiência em administração de seus próprios serviços e serem já entidades que prestam serviços ao SUS, atendem ao SUS. Uma série de outras exigências documentais, então elas pleiteiam, isto é, dão entrada na Secretaria, isto é remetido à consultoria jurídica da Secretaria da Saúde que avalia se juridicamente essa entidade está apta, dentro da lei, a pedir a qualificação. O Secretário quando está OK, quando todos esses passos foram superados, a entidade está apta, ele encaminha ao Governador do Estado, a assessoria jurídica do Governador do Estado reavalia e se estiver tudo OK o Governador do Estado qualifica. É em uma resolução do Governador que ele

qualifica a entidade como organização social não para determinado hospital, qualifica como organização social, ela está qualificada. Quando está próximo de um hospital estar sendo entregue o secretário da saúde paga pela convocação pública onde as entidades qualificadas interessadas deveriam estar oferecendo um projeto para um hospital, por exemplo, lá de Sapopemba, essa entidade vem à secretaria, vem buscar determinadas informações, que hospital é esse, qual é o seu porte, quantos leitos tem, que atividades irá desenvolver, em que região está inserido, ela leva as plantas do hospital, dos andares, ela leva as informações à entidade, faz um projeto do início até o fim da execução na operação do hospital e submete esse projeto a nós aqui nessa coordenação, a gente avalia do ponto de vista técnico e do ponto de vista de que recurso financeiro a entidade disse que precisará para gerir esse hospital, e encaminhamos ao senhor secretário todas essas propostas com uma avaliação técnica da proposta. O senhor secretário, eu estou muito em função dos últimos hospitais, nos primeiros hospitais não havia tantos interessados assim, pelo contrário havia um certo receio de lado a lado que isto fosse funcionar bem, mas no último que nós inauguramos em Vila Alpina teve oito candidatos, então houve realmente uma seleção de candidatos, seleção de projetos e aí dentro do melhor projeto o secretário indica ao governador que tal entidade deverá ser qualificada para a gestão daquele hospital e aí o governador autoriza. O processo é este.<sup>4</sup>

Os critérios parecem um tanto subjetivos, trata-se de um ponto nebuloso. Mesmo a secretaria apontando alguns critérios, como, por exemplo, ser a organização social voltada para o ensino de saúde, ou ter equipamentos próprios de saúde, ainda assim, para muitos a escolha é discricionária e não fundamentada. Para o Secretário de Estado da Saúde, isto não ocorre, dado que:

Você tem uma centena de entidades que estão por aí e na realidade você tem uma medida já que essas entidades todas trabalham para o SUS, tem ligações

---

<sup>4</sup> Para transcrição completa desta entrevista, vide *Anexo 3*.

com o SUS, nós temos um conjunto de dados e qual o desempenho, quer dizer, eu tenho dados muito objetivos de como trabalha o Hospital da Paulista, como é que trabalha a Santa Casa.<sup>5</sup> [grifo nosso]

### 3. FLEXIBILIZAÇÃO DA ADMINISTRAÇÃO HOSPITALAR

Em um dos pontos da conclusão do Conselho Nacional de Saúde sobre a proposta de organizações sociais, está a necessidade de maior flexibilidade na gestão das unidades de saúde. (MURAD, 1998)

As organizações sociais se constituem sob a forma de pessoa jurídica de direito privado, sem finalidade lucrativa. Enquanto a administração direta se subordina aos princípios e às regras da administração pública, os administradores das OSS estão adstritos ao estipulado no contrato de gestão, aos princípios do SUS e às regras de direito privado.

A consequência é a maior flexibilidade da gestão desobrigando o hospital a contratar por meio de concurso público e a comprar através de licitação.

Algumas vezes, ao atender às exigências da contratação de pessoal por meio de concurso público, a unidade hospitalar fica meses deficitária de mão-de-obra; e esse déficit atinge sensivelmente os usuários do serviço. O mesmo acontece com a compra através de licitação.

Um dos motivos de se utilizar as OSS somente em hospitais novos é a dificuldade de coexistência dos dois sistemas jurídicos sem atingir o direito adquirido dos que já trabalham na unidade em funcionamento.

---

<sup>5</sup> Para transcrição completa desta entrevista, vide *Anexo 2*.

Na própria exposição de motivos do projeto que originou a lei que regula as organizações sociais, o Governador Mario Covas afirma que “inexistirá, nas organizações sociais, participação direta do poder público estadual nos seus órgãos diretivos, para evitar a atração dessas entidades para o âmbito da administração indireta, com a incidência, cedo ou tarde, do plexo normativo que minuciosamente regula a gestão descentralizada de serviço e atividades públicas”.

Os funcionários das organizações sociais se enquadram no regime celetista (subordinados à Consolidação das Leis do Trabalho), não há nestas unidades estabilidade funcional, nem concurso público para a contratação, que é feita respeitando a conveniência e a necessidade de cada unidade hospitalar.

Estão as organizações sociais também dispensadas de efetuar a licitação. Compram de acordo com a norma interna de cada hospital, sendo este processo mais rápido e em geral mais eficaz.

Então existem diferenças, inúmeras diferenças, mas uma diferença muito visível é a flexibilidade que restou, que esta entidade tem para administrar um hospital. De que forma você pode caracterizar essa? Eles podem, por exemplo, contratar, demitir, muito diferente dos serviços públicos, eles podem propor uma sistemática de remuneração, um plano de cargos e salários com bastante liberdade. No serviço público, o diretor de um hospital da secretaria da saúde, por exemplo, não tem, não está na sua esfera de responsabilidade definir o seu quadro de pessoal, qual a remuneração de cada funcionário que está lá dentro hospedado, isso é uma informação importante, com relação à compra de insumos no Estado é necessário que você faça uma licitação pública, as entidades não fazem licitação, fazem cotações, existe um regulamento de compras que a lei também determina, eles fazem no mínimo três ou cinco cotações e a menor cotação compram de imediato, rápido, um hospital que

enfim não deve ficar desabastecido de maneira nenhuma porque tem recurso financeiro para comprar e tem possibilidade de comprar com muita rapidez. (Márcio Cidade Gomes, Coordenador da Coordenadoria de Contratação de Serviços de Saúde)<sup>6</sup>

#### 4. CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DO CONTRATO

O contrato de gestão é o instrumento firmado entre o poder público e a organização social qualificada para assumir a unidade hospitalar. No contrato estão previstas as metas estabelecidas para o hospital.

A prestação de contas é feita à Assembléia Legislativa, ao Tribunal de Contas do Estado e à comissão constituída de pessoas de notório saber indicadas pelo secretário estadual de saúde, que emitirão relatório àquela autoridade.

Não há ainda um veículo de publicação dos resultados obtidos (além da publicação dos relatórios anuais no Diário Oficial do Estado de São Paulo), o que dificulta o controle popular, mas a secretaria estuda uma forma de publicação dos dados em seu *site* oficial.

A Coordenadoria de Contratação de Serviços Públicos – CCSS – é responsável pelo acompanhamento e fiscalização direta do contrato de gestão. O coordenador titular da CCSS, Dr. Márcio Cidade Gomes, descreveu os mecanismos de controle do contrato:

Na verdade a lei cria possibilidades das entidades se qualificarem para gestão de um futuro hospital, esse processo é feito através de uma convocação pública, o secretário da saúde publica uma convocação, essas entidades

---

<sup>6</sup> Para a transcrição completa desta entrevista, veja *Anexo 3*.

interessadas se apresentam, apresentam um projeto, esse projeto é avaliado tecnicamente, submetido ao secretário que escolhe uma entidade e o Governador do Estado é que autoriza a entidade a gerir aquele determinado hospital que vai entrar em operação. Mecanismos de controle como determina a lei existem em princípio centrados num contrato de gestão que lá elenca as responsabilidades de lado a lado. Esse é o primeiro mecanismo de regulação e controle, o contrato. Esse contrato, o acompanhamento desse contrato é de responsabilidade direta desta coordenadoria, direta, diária. Você tem além desse mecanismo a obrigatoriedade de prestação de contas à Assembléia Legislativa e ao Tribunal de Contas do Estado, cada um desses hospitais e, por fim, existe uma comissão de pessoas de notório saber que tem também a incumbência de se reunir periodicamente, avaliar o resultado desses hospitais e referendar para o secretário da saúde que encaminha o relatório para a Assembléia e ao Tribunal referendado por esta comissão composta, por exemplo, de dois representantes da Assembléia, dois deputados, de dois membros do Conselho Estadual de Saúde, de pessoas de reconhecido saber, por exemplo, vou dar um exemplo: Professor Adib Jatene, Professora Ana Maria Malik, [...] então você tem essas instâncias de avaliação e controle.<sup>7</sup>

## 5. REMUNERAÇÃO DOS SERVIÇOS PRESTADOS PELA OSS

Todo o atendimento feito no hospital é voltado para o SUS. Há severas críticas feitas com relação à forma de pagamento do serviço prestado.

A questão encontra seu centro na possível sobra do dinheiro recebido pelo atendimento. O deputado estadual Jamil Murad, e integrante da Comissão de Saúde e Higiene da Assembléia Legislativa, entende que “a organização social poderá ficar

---

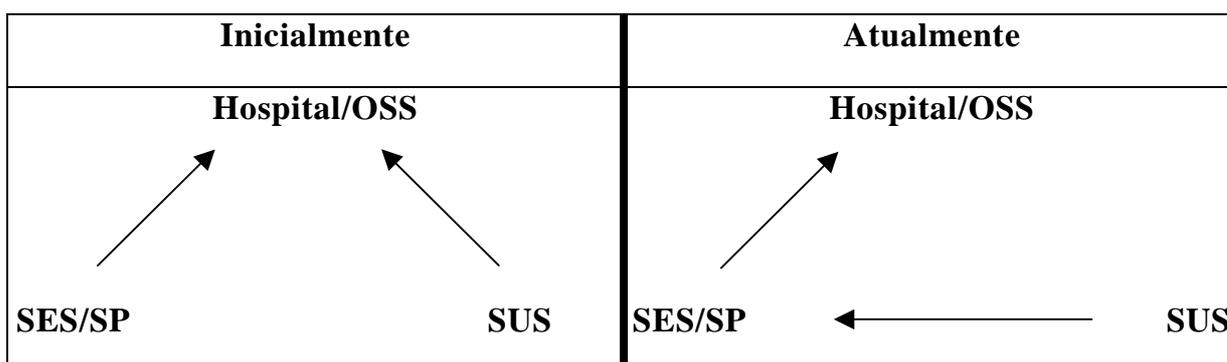
<sup>7</sup> Para a transcrição completa desta entrevista, vide *Anexo 3*.

com a sobra, embora o lógico fosse esse dinheiro voltar ao Fundo Estadual de Saúde para reutilização de acordo com a demanda social” (MURAD, 1998).

Na versão inicial da lei as OSS apresentavam a fatura pelo serviços prestados diretamente ao SUS e o saldo era pago pelo Fundo Estadual de Saúde, atualmente o governo repassa do fundo direto para o hospital e o SUS passa o dinheiro para o fundo. Isso permite maior fiscalização, e inviabiliza a possibilidade de sobra de dinheiro. O hospital continua 100% financiado pelo Estado, só que o que ele produz de receita vai para o fundo.

### Quadro 2

#### Fluxo da Remuneração dos Serviços Prestados pela OSS



... nós estamos interessados em pagar o total que o hospital custe, é isso que gente quer pagar, o hospital custa isso e é isso que vai ser pago e daí a gente passou a ter, diante da medida que hoje você tem 13 já funcionando e você tem um sistema de custo em que eles todos homogeneamente informam e tal, você consegue mensalmente compará-los e você consegue perguntar por que que aconteceu que de repente está diferente, eu acho que o segredo é você ter um mecanismo de controle, então veja, hoje como é que eles recebem, eles recebem 90% do que está estimado do orçamento, então agora, a cada 3 meses

you make an evaluation, then every month you evaluate, the quantitative of service that he has to do and so, every 3 months you evaluate the quality goals that he should reach, user satisfaction I don't know where, and if he reached all these goals, then he receives that 10% difference for having reached the total budget, if he didn't fulfill these quality goals, as I said, look partner your money is reserved here for you to reach what we are wanting, then in reality, you have one, the central idea is that we have a constant accompaniment... (José da Silva Guedes – Secretário de Estado da Saúde)<sup>8</sup>

---

<sup>8</sup> Para a transcrição completa desta entrevista, vide *Anexo 2*.

## 6. AS ORGANIZAÇÕES SOCIAIS DE SAÚDE

<b>Hospital</b>	Hospital Geral de Pedreiras
<b>OSS</b>	Associação Congregação de Santa Catarina
<b>Endereço</b>	R. Francisco de Moura, 251 - Vila Campo Grande. São Paulo/SP CEP 04455-170
<b>Inauguração</b>	29/06/1998
<b>Nº de funcionários</b>	Não informado.
<b>Processo de implantação</b>	<p>Iniciou suas atividades com um pequeno ambulatório que atendia as especialidades clínica média, pediatria e ginecologia. Em dezembro do mesmo ano começaram a ser efetuadas as internações e em maio de 1999 foi aberto todo o hospital e o pronto socorro.</p> <p>O hospital atende cerca de 500 mil habitantes da região em que é referência. Tem preocupação diferenciada no treinamento e capacitação dos profissionais, investindo em técnicas avançadas de recursos humanos. Possui serviço de <i>Call Center</i> próprio para informações e agendamento de consultas, que atende 12 mil ligações por mês.</p>

<b>Hospital</b>	Hospital Geral de Itaim Paulista
<b>OSS</b>	Associação Beneficente Casa de Saúde Santa Marcelina
<b>Endereço</b>	Av. Marechal Tito, 6035 – Itaim Paulista. São Paulo/SP CEP 08115-100
<b>Inauguração</b>	05/08/1998
<b>Nº de funcionários</b>	1.175
<b>Processo de implantação</b>	<p>As atividades hospitalares tiveram início com atividades ambulatoriais apenas. Só em abril de 1999 todo o hospital estava implantado.</p> <p>Das dificuldades encontradas naquele processo, pode-se destacar o atraso na conclusão de alguns setores do hospital e na entrega de equipamentos.</p> <p>Possui 246 leitos, voltados para o atendimento humanizado. Desenvolveu projetos como Assistência Domiciliar, Atelier de Psiquiatria, entre outros.</p>

<b>Hospital</b>	Hospital Geral de Grajaú
<b>OSS</b>	Organização Santamarense de Educação e Cultura – OSEC
<b>Endereço</b>	R. Francisco Octávio Pacca, 180 – Parque das Nações Grajaú/SP CEP 04822-030
<b>Inauguração</b>	23/10/1998
<b>Nº de funcionários</b>	Não informado.
<b>Processo de implantação</b>	O hospital atende em seu pronto socorro cerca de 26.846 pacientes mensalmente. Por ser localizado em uma área violenta, atende freqüentemente traumas provocados por arma branca ou arma de fogo. Em parceria com a Sociedade Paulista de Pediatria desenvolveu o Grife, Grupo Infante Feliz, especializado no atendimento de crianças vítimas de violências domésticas.

<b>Hospital</b>	Hospital Geral de Carapicuíba
<b>OSS</b>	Sanatorinhos Ação Comunitária de Saúde
<b>Endereço</b>	R. da Pedreira, 95 – Parque José Alexandre Carapicuíba/SP CEP 06321-220
<b>Inauguração</b>	23/10/1998
<b>Nº de funcionários</b>	Não informado.
<b>Processo de implantação</b>	<p>O hospital atende cerca de 280 mil habitantes da região em que é referência. Possui 248 leitos e realiza mensalmente cerca de 65 mil atendimentos. A instituição busca um diferencial na qualidade de atendimento ao desenvolver programas de treinamento, de capacitação de mão-de-obra. O setor de patologia clínica está em processo de certificação na NBR ISO 9001/2000.</p> <p>A pediatria humanizada é uma das preocupações do hospital, que também realiza um trabalho de gestão da Unidade de Terapia Intensiva, garantindo a melhoria contínua do setor.</p>

<b>Hospital</b>	Hospital Geral de Pirajussara
<b>OSS</b>	Sociedade Paulista para o Desenvolvimento da Medicina – SPDM
<b>Endereço</b>	Av. Ibirama, 1214 – Taboão da Serra São Paulo/SP CEP 06785-300
<b>Inauguração</b>	25/01/1999
<b>Nº de funcionários</b>	Não informado.
<b>Processo de implantação</b>	O hospital é voltado para cirurgia cardíaca, inclusive cirurgia vídeo-assistida para a revascularização Miocárdica. A instituição investe no programa Labirinto de Humanização Hospitalar, desenvolvido em parceria com a organização internacional <i>Institute of Noetic Sciences</i> , dirigido aos funcionários, pacientes crônicos, e grupos interessados.

<b>Hospital</b>	Hospital Geral de Itapecerica da Serra
<b>OSS</b>	Serviço Social da Indústria da Construção e do Mobiliário do Estado de São Paulo – Seconci
<b>Endereço</b>	Av. Guaci Fernandes Domingues, 200 – Embu Mirim Itapecerica da Serra/SP CEP 06850-000
<b>Inauguração</b>	20/03/1999
<b>Nº de funcionários</b>	584 diretamente contratados pelo SECONCI e 260 terceirizados.
<b>Processo de implantação</b>	<p>Em decorrência de a região apresentar uma estrutura organizada, o processo de implantação deu-se de maneira tranqüila, não apresentando dificuldades específicas.</p> <p>Em 2000 foi reconhecido como a melhor maternidade da região, assistência ao parto humanizado e ao recém nascido, recebendo o prêmio Galba de Araújo. Em 2001 foi certificado pela UNICEF-OMS-MS como Hospital Amigo da Criança.</p> <p>Atua em parceria com a prefeitura em projetos como o Aprender e Brincar no Hospital.</p>

<b>Hospital</b>	Hospital Geral de Itaquaquecetuba
<b>OSS</b>	Associação Beneficente Casa de Saúde Santa Marcelina
<b>Endereço</b>	R. Rio Negro, 48 – Jardim Nova Itaquaquecetuba Itaquaquecetuba/SP CEP 08577-210
<b>Inauguração</b>	24/03/2000
<b>Nº de funcionários</b>	Não informado.
<b>Processo de implantação</b>	<p>O hospital atende cerca de 70 mil pacientes anualmente. Possui 244 leitos de internação e é referência de alta complexidade no sistema de saúde voltado aos pacientes de neurocirurgia, ortopedia, cirurgia vascular, urologia, cirurgia geral, cirurgia infantil, ginecologia, obstetrícia de alto risco.</p> <p>Desde a implantação preocupa-se com a interação com a comunidade local, o que resultou em projetos como Projeto Alegando e Projeto Belém.</p>

<b>Hospital</b>	Hospital Geral de Guarulhos
<b>OSS</b>	Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo
<b>Endereço</b>	Alameda dos Lírios, 200 – Cecap Guarulhos/SP CEP 07190-912
<b>Inauguração</b>	14/04/2000
<b>Nº de funcionários</b>	1.199
<b>Processo de implantação</b>	<p>As atividades do hospital tiveram início mediante decisão do Governo do Estado de São Paulo, representado pela Secretaria de Estado da Saúde através de contrato de gestão com a Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo. No início funcionou com a maternidade e pronto socorro, sendo em seguida implantados os serviços de clínica médica, cirúrgica e pediátrica.</p> <p>As dificuldades mais comuns foram admissão e treinamento de recursos humanos e a logística de abastecimento de materiais e medicamentos.</p>

<b>Hospital</b>	Hospital Geral de Itapevi
<b>OSS</b>	Sanatorinhos Ação Comunitária de Saúde
<b>Endereço</b>	R. K, s/nº - Jd. São Carlos Itapevi/SP CEP 06650-000
<b>Inauguração</b>	20/09/2000
<b>Nº de funcionários</b>	Não informado.
<b>Processo de implantação</b>	<p>O hospital tem capacidade para 248 leitos e efetua mensalmente 740 internações.</p> <p>Possui certificação NBR ISO 9002/94 no laboratório de anatomia patológica, nos serviços de anatomia patológica e citopatologia. Participa ainda de programas de incentivo de qualidade, tendo recebido o título de Proficiência, em 2001.</p> <p>Em 2003 deve ser implantada a pediatria com 40 leitos e a psiquiatria com 10 leitos.</p>

<b>Hospital</b>	Hospital de Sumaré
<b>Entidade Mantenedora</b>	Universidade Estadual de Campinas – UNICAMP –Funcamp
<b>Endereço</b>	R. da Misericórdia, 01 – Jd. Santa Teresinha Sumaré/SP CEP 09190-610
<b>Inauguração</b>	22/09/2000
<b>Nº de funcionários</b>	Não informado.
<b>Processo de implantação</b>	<p>Funciona em parceria com a Secretaria de Estado da Saúde, não é uma OSS.</p> <p>Nos dois anos de atendimento, quanto à implantação e operação superou todas as metas estabelecidas pela secretaria estadual de saúde.</p> <p>O hospital possui 274 leitos e tem capacidade para 1.200 internações mensais.</p> <p>A agência transfusional recebeu certificação da ISO 9002. Recebeu em 2002 o Prêmio da Qualidade Hospitalar, entregue pelo Ministério da Saúde. Recebeu também a Certificação de Acreditação Hospitalar homologada pela Organização Nacional de Acreditação Hospitalar.</p>

<b>Hospital</b>	Hospital Estadual de Diadema
<b>OSS</b>	Sociedade Paulista para o Desenvolvimento da Medicina – SPDM
<b>Endereço</b>	Av. José Bonifácio, 1641 – Serraria Diadema/SP CEP 09980-150
<b>Inauguração</b>	26/10/2000
<b>Nº de funcionários</b>	Não informado.
<b>Processo de implantação</b>	80% dos casos de urgência dos 2,4 milhões de moradores do grande ABCD são atendidos no Hospital Estadual de Diadema. A instituição oferece serviços como a enfermaria de psiquiatria, específica para atendimento de dependentes de drogas. O hospital recebeu em 2001 o Prêmio Qualidade Hospital, que tem como base pesquisa de satisfação com os usuários do Sistema Único de Saúde.

<b>Hospital</b>	Hospital Estadual de Santo André
<b>OSS</b>	Fundação ABC
<b>Endereço</b>	Av. Pereira Barreto, s/nº - Bairro Paraíso Santo André/SP CEP 0190-610
<b>Inauguração</b>	20/11/2001
<b>Nº de funcionários</b>	Não informado.
<b>Processo de implantação</b>	<p>Ainda está em processo de implantação. Atende hoje 800 pessoas por dia.</p> <p>Conta com a presença dos profissionais dos cursos de medicina, enfermagem, e ciências farmacêuticas da Faculdade de Medicina do ABC.</p> <p>Quando da conclusão do processo de implantação estará disponibilizada a unidade de queimados com 60 leitos, exames de alta complexidade, como ressonância magnética, medicina nuclear, radiologia vascular e neurologia.</p>

<b>Hospital</b>	Hospital Estadual de Vila Alpina
<b>OSS</b>	Serviço Social da Indústria da Construção do Mobiliário do Estado de São Paulo – Seconci
<b>Endereço</b>	R. Francisco Falconi, 1501 São Paulo/SP CEP 03227-000
<b>Inauguração</b>	11/12/2001
<b>Nº de funcionários</b>	480 contratados pela regime da CLT e 98 cooperados.
<b>Processo de implantação</b>	<p>O Hospital Estadual de Vila Alpina deu início às atividades ambulatoriais em dezembro de 2001, atendendo as especialidades: cardiologia, neurologia, obstetrícia de alto risco, ginecologia, e SADT, que envolve patologia clínica, tomografia, ultra-som, raio-x, teste ergométrico, EEG, EVG, ecocardiograma, e endoscopia. A internação começou no dia 4 de março da 2002 nas especialidades: cirurgia, ginecologia e obstetrícia, pediatria e clínica geral.</p> <p>A maior dificuldade nesse processo foi a implantação da internação simultaneamente nas quatro especialidades, que representou um desafio de coordenação de recursos humanos e materiais aliado às dificuldades inerentes a uma estrutura material complexa, tanto do ponto de vista predial quanto da tecnologia médica.</p> <p>O hospital atende cerca de 523 mil habitantes da região em que é referência.</p>

Fonte: Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo.

A previsão do governo estadual é que até o final do ano 2002 todos os 15 hospitais estejam em funcionamento, presentemente, treze unidades estão.

De acordo com as palavras do Secretário de Estado da Saúde, Dr. Guedes, o projeto das OSS não será descartado, apesar de não ter metas para novas parcerias.

Das quinze obras paradas no início do projeto não foram entregues os hospitais de Bauru (de acordo com o Sr. Secretário será entregue mediante contrato de gestão com a Universidade Estadual Paulista – UNESP) e Sapopemba (que será do mesmo modo entregue à Universidade de São Paulo). As duas seguirão o padrão utilizado em Sumaré, cuja entidade mantenedora é a Funcamp. Nesses casos o hospital é entregue mediante contrato de gestão, porém não se constitui uma OSS, uma vez que as entidades não têm requisitos que possam qualificá-las como tal.

De todas as unidades hospitalares dentro do projeto, a unidade de Itapevi foi a única que recebeu apoio financeiro do governo federal, não a parcela mais significativa, que foi suportada pelo governo estadual.

Todos os hospitais atendem 100% ao Sistema Único de Saúde. Trata-se de cláusula contratual. Outra exigência estabelecida no contrato é a obrigatoriedade das OSS manterem um serviço de atendimento ao cliente/usuário que deve ser independente do serviço social prestado pela instituição.

## **V. TRÊS EXPERIÊNCIAS**

### **1. HOSPITAL ESTADUAL DE ITAIM PAULISTA**

A opção de estudar essa OSS deve-se à iniciativa pioneira de sua entidade gestora, envolvendo-se com a atenção primária, inclusive em outros projetos da Secretaria de Estado da Saúde, como por exemplo o QUALIS (programa de saúde da família).

A Associação Beneficente Casa de Saúde Santa Marcelina aliou-se a outro hospital do projeto, o Hospital Estadual Itaquaquecetuba, além da Escola Sophia Marchetti, Maternidade Santa Marcelina, Pastoral da Saúde, entre outros, na reunião de esforços para assunção da administração do hospital.

As atividades do Hospital Estadual Itaim Paulista tiveram início em agosto de 1998, atendendo parte da demanda dos serviços de saúde da Zona Leste da Cidade de São Paulo.

O processo de implantação e operação realizou-se de forma progressiva. Teve início apenas com o ambulatório de especialidades básicas, funcionando de segunda a sexta-feira, no horário de 7:00 às 19:00 horas.

Naquele momento as obras no prédio estavam em fase de acabamento, o que dificultava a utilização de todas as áreas do hospital. Outra dificuldade encontrada foi o atraso na entrega dos equipamentos. Por essas razões, as internações hospitalares começaram a ser efetuadas no final de 1988 e gradativamente se deu a implantação total, o que ocorreu em abril de 1999.

O hospital é dirigido pelo Sr. Carlos Alberto Paneagua Ferreira, graduado em administração hospitalar, e que tem, nessa área, experiência aproximada de 27 anos.

Com capacidade para 246 leitos, o hospital atende a cerca de mil pacientes diariamente, as internações mensais chegam a 1300, possuindo a instituição um quadro de 1175 funcionários.

Tendo liberdade de recrutamento de funcionários, independentemente de concursos públicos, a contratação de pessoal é feita através de um processo seletivo que tem início com a análise de currículos, sendo posteriormente realizadas entrevistas junto à unidade de recursos humanos. Neste processo são aplicados testes de conhecimentos específicos e dinâmicas de grupo para algumas funções técnicas. Este processo finaliza-se com a entrevista realizada pela chefia da vaga, que define qual candidato cujo perfil mais se aproxima das necessidades.

Para alguns cargos a unidade de recursos humanos utiliza critérios adicionais de seleção, como, por exemplo, residir próximo ao hospital, dando preferência a membros da comunidade e a candidatos desempregados.

As metas estabelecidas no contrato de gestão são transmitidas aos funcionários da instituição através das chefias. Estas recebem anualmente as metas estabelecidas para clínicas e outras atividades e são encarregadas de transmiti-las aos funcionários. O hospital faz acompanhamento mensal dos resultados.

Segundo o dirigente do hospital, as metas estabelecidas no contrato de gestão, apesar de serem propostas pela Secretaria de Estado da Saúde, são, na verdade discutidas pelas partes, sendo que nenhuma delas apresentou grandes dificuldades em seu cumprimento.

Além do controle e acompanhamento das metas estabelecidas no contrato de gestão, o hospital mantém indicadores internos de desempenho e qualidade, como os indicadores que demonstram a evolução do desempenho de qualidade e desempenho econômico-financeiro da instituição.

A participação dos membros da comunidade é feita exclusivamente pelo Conselho de Administração, que é formado por 11 membros sendo 6 conselheiros eleitos pela entidade gestora, 4 conselheiros eleitos pelos demais integrantes do conselho dentre pessoas da comunidade e 1 conselheiro eleito pelos empregados da OSS. Tem como atribuições aprovar propostas de renovação do contrato de gestão; aprovar a proposta de orçamento da OSS Santa Marcelina e o programa de investimento; designar e dispensar membros da diretoria; fixar a remuneração dos membros da diretoria; aprovar o regimento interno da OSS, que deve dispor, no mínimo, sobre a estrutura, o gerenciamento, os cargos e as competências; aprovar por maioria (no mínimo 2/3 de seu membros) o regulamento próprio contendo os procedimentos que deve adotar para contratação de obras e serviços, bem como para compras e alienações, e o plano de cargos e benefícios dos empregados; aprovar e encaminhar ao órgão supervisor da execução do contrato de gestão os relatórios gerenciais e de atividades da entidade elaborados pela diretoria; e fiscalizar o cumprimento das diretrizes e metas definidas e aprovar os demonstrativos financeiros e contábeis e as contas anuais da entidade, com o auxílio de auditoria externa.

Os resultados do hospital, além de enviados à Coordenadoria de Contratação de Serviços de Saúde, são afixados no seu pronto socorro e na sua recepção. Recentemente a instituição contratou funcionário da área de marketing, que se encarregará da divulgação dos resultados.

## 2. HOSPITAL ESTADUAL DE ITAPECERICA DA SERRA

O interesse no estudo deste hospital deveu-se à articulação estadual e municipal para controle da demanda local.

As atividades do hospital tiveram início em 03/03/99, sendo referência hospitalar para os municípios de Itapecerica da Serra, Embu-Guaçu, Juquitiba e São Lourenço da Serra.

A entidade gestora do hospital é o Serviço Social da Construção e do Mobiliário do Estado de São Paulo – Seconci – que além deste, também é entidade gestora do Hospital Estadual da Vila Alpina.

O processo de implantação do hospital é bastante peculiar e o Dr. Walter Cintra Ferreira Jr., dirigente da instituição e com experiência de 14 anos na área de Administração Hospitalar, explica como se deu e as dificuldades encontradas:

...aqui em Itapecerica essa história tem uma particularidade, por todo movimento de saúde, organizado, que está trabalhando em prol desse hospital, existiu até eu fiquei sabendo recentemente, uma proposta de se criar uma empresa, não sei se uma empresa municipal ou um consórcio para se gerir esse hospital inclusive, então quando o Seconci chegou já existia uma organização bastante forte da área de saúde tanto do movimento comunitário, quanto do pessoal que estava no sistema municipal de saúde, o pessoal já estava pelo menos há 10 anos trabalhando e organizando a rede e na hora que isso foi, que o hospital foi ser implantado, todas as questões e definições de por onde começar, quais são as especialidades, isso já foi uma coisa que estava basicamente feita, então além do que, as pessoas que acabaram por trabalhar aqui, muitas delas já eram pessoas que estavam trabalhando aqui na região na área de saúde, então a implantação aqui foi uma coisa relativamente tranquila no que diz respeito à definição dos serviços que eram mais adequados para o sistema local de saúde, principalmente aí do município de Itapecerica da Serra, o hospital é a abrangência, é referência para 4 municípios que são Itapecerica da Serra, São Lourenço da Serra, Embu Guaçu e Jujutiba, mas o que realmente é mais organizado em termos de sistema de saúde, serviço de saúde, é Itapecerica da Serra. Então a implantação começou pela área de materno-infantil, porque era a principal necessidade aí do hospital e começou com internação já, porque era o que estava precisando fazer, existiu uma eventual proposta de começar primeiro com ambulatório para depois gradualmente ir implantando o hospital, mas conversando com o pessoal aqui do sistema local

de saúde, essas coisas foram definidas em conjunto... sempre tem alguma dificuldade, o processo de implantação é uma coisa muito difícil de você imaginar o que exatamente vai acontecer, você planejar isso não é fácil, a gente teve experiência agora recente com o hospital da vila Alpina que é outro hospital que o Seconci está administrando, então a gente fez todo um planejamento, evidentemente baseado muito no que tinha acontecido aqui, mas lá é uma outra realidade, teve uma realidade de porta de pronto socorro que superou totalmente as expectativas, é muito difícil na implantação você saber exatamente o que vai acontecer, mas aqui eu acho até que foi relativamente tranquilo, primeiro porque foi em uma primeira fase da implantação desses hospitais onde a secretaria garantiu um aporte de recursos suficiente para que a implantação não tivesse que voltar para trás, o que já não aconteceu em uma segunda fase, os hospitais da segunda leva, chegou no final do primeiro ano de exercício teve que dar uma brechada na implantação, porque a questão financeira aí começou a apertar, mas para esses seis primeiros hospitais essa situação não existiu, foi uma coisa mais fácil, então eu diria até que teve muito pouca dificuldade na implantação.

Com 208 leitos em funcionamento o hospital conta com um quadro de 584 funcionários contratados e 260 funcionários terceirizados.

O critério para seleção e contratação de funcionários é técnico. Para os médicos, a exigência mínima é que o candidato tenha residência médica na área em que estará trabalhando. Quanto às outras áreas, tenta-se privilegiar pessoas que sejam moradoras da região, mas a maioria dos funcionários vem de outras cidades, principalmente aqueles que exercem as funções de nível superior.

A administração do hospital, mais do que repetir aos funcionários as metas do contrato de gestão e como atingi-las, preocupa-se em discutir, principalmente com as chefias das áreas de enfermagem, médica e administrativa, o quê são os indicadores e o quê representam.

Atualmente, além das metas estabelecidas no contrato de gestão, o hospital não mantém indicadores internos de qualidade e desempenho. Há um projeto para implantação de um programa de qualidade para o próximo ano.

Das metas estabelecidas no contrato de gestão a mais difícil de atingir é a meta de permanência para o parto normal e cesária. Isto porque o hospital é certificado como modelo assistencial baseado no parto humanizado e como hospital amigo da criança, e o período exigido nas certificações é diferente do exigido pela Secretaria.

As compras e contratações do hospital são feitas na entidade gestora, juntamente com as aquisições feitas para o Hospital da Vila Alpina. O Seconci faz pesquisas de mercado para definir o melhor preço observando a qualidade exigida para os hospitais.

A participação da comunidade na administração se dá pelo Conselho de Administração, que é composto por 11 pessoas, onde 6 são representantes da diretoria e 5 são representantes da comunidade. Contudo, segundo o Dr. Walter Cintra este Conselho tem pouca operacionalidade na gestão hospitalar.

Além do envio à CCSS o hospital não tem um meio de publicação dos seus resultados. Mas não há impedimento caso alguém tenha interesse em analisá-los.

Interessante destacar que no ano de 2001 o hospital conseguiu junto ao BNDES uma verba para desenvolver o programa “Mãe Canjuru”.

O Hospital Estadual de Itapecerica da Serra é um modelo e isto pode ser provado pelos prêmios e certificações obtidos. Em 2000 recebeu o prêmio Galbo Araújo, entregue pela Secretaria de Estado da Saúde por ser a melhor maternidade da região. Em 2001 foi certificado pela UNICEF-OMS-MS como hospital amigo da criança, certificação esta conferida à instituição que cumprir os 10 passos para o sucesso do aleitamento materno. Além destas certificações o hospital desenvolve junto ao

município o programa “Aprender e Brincar na Escola”; e atividades como Biblioteca Ambulante, desenvolvida pelo corpo de voluntários do hospital.

### 3. HOSPITAL ESTADUAL DE GUARULHOS

Na primeira fase desta pesquisa, ainda no momento de elaboração do projeto a ser encaminhado para aprovação, a proposta esta estudar detalhadamente a OSS de Grajaú. Essa escolha foi baseada na carência de serviços de saúde da região, caracterizada pela grande violência. Ocorre que, após a aprovação do projeto, tomamos por bem desviar nossa atenção para a OSS de Guarulhos.

Entre as razões que nos levaram a tomar essa decisão, podem ser arroladas: primeiramente, trata-se de uma parceria muito bem sucedida, que chama a atenção pela qualidade dos serviços prestados. Atende também, como a OSS de Grajaú, uma área que era extremamente carente na prestação de serviços de saúde. A qualidade do atendimento é amplamente reconhecida pela comunidade de que é referência e pelos municípios vizinhos.

Após a triagem inicial o Hospital Estadual de Guarulhos se enquadrado na figura de modelo, que mereceu deste trabalho maior atenção. Não se está, com essa escolha, desmerecendo os excelentes resultados obtidos no hospital de Grajaú. É fato que as restrições temporais que constroem toda pesquisa acenaram na direção do caso de Guarulhos, instituição com a qual foi possível estreitar nossos contatos com maior celeridade.

As atividades do hospital tiveram início em 14 de abril de 2000, servindo de referência para Guarulhos e para os municípios vizinhos. A entidade gestora que firmou contrato com a Secretaria Estadual de Saúde foi a Irmandade da Santa Casa de São Paulo.

No início das atividades funcionaram apenas a maternidade e o pronto socorro, sendo em seguida implantados os serviços de clínica médica, cirúrgica e pediátrica. Como na maioria das OSS a implantação foi acontecendo progressivamente.

Dentre as dificuldades encontradas neste processo podem ser citadas a admissão e o treinamento de recursos humanos e a logística de abastecimento de materiais e medicamentos.

Após quase três anos de funcionamento, o pronto socorro registra mensalmente cerca de 17 mil atendimentos. São realizados 55 mil exames, 550 partos, 300 cirurgias e 1200 internações por mês.

O hospital é dirigido pela Dra. Agnes Mello Farias Ferrari, graduada em medicina. A dirigente tem na área de administração hospitalar experiência de 2 anos e meio.

O hospital conta com 1199 funcionários. Para a contratação destes funcionários o departamento de recursos humanos avalia a melhor qualificação e experiência dos candidatos para a função pretendida, utilizando testes específicos, psicológicos e entrevistas.

As metas do contrato de gestão são transmitidas aos funcionários da instituição através de relatórios informativos, com a edição de boletins estatísticos mensais, afixados em quadros de aviso.

Dentre as metas estabelecidas pela Secretaria de Estado da Saúde no contrato de gestão a mais difícil de atingir foi a média de permanência depurada para partos normais.

Além das metas estabelecidas no contrato de gestão, o hospital afere indicadores internos de desempenho e qualidade. Há constante monitoramento das Diretorias e Chefias, com a apresentação de relatórios mensais sobre as atividades setoriais.

Quanto ao critério de compras e contratação de serviços, todos os procedimentos são centralizados na Unidade Gestora. Nesta, levam-se em conta os preços, através de cotações de menor valor, e os contratos são realizados preferencialmente com os fabricantes dos equipamentos ou com os prestadores de serviço com qualidade técnica comprovada.

A participação das pessoas da comunidade na administração se dá através do apoio por parte dos membros da Pastoral da Saúde do Município e reuniões periódicas com o controle social. Há ainda participação do hospital como membro suplente no Conselho Municipal de Saúde.

O Conselho de Administração, exigência legal e principal meio de participação da comunidade na administração da OSS, ainda encontra-se em fase de implantação.

Além do envio dos resultados à Coordenadoria de Contratação de Serviços de Saúde, os resultados são publicados para a comunidade por meio de quadros informativos afixados na instituição.

O hospital é referência para atendimento à gestação de alto risco, mas atua também nas áreas de obstetrícia, clínica médica, pediátrica e ortopédica; conta ainda com UTI de adultos, pediátrica e neonatal.

É interessante mencionar que, dos três casos estudados, Guarulhos é o único que não faz parte da primeira leva de hospitais entregues à gestão por OSS. Há uma diferença, pois os primeiros hospitais contaram com maior apoio estrutural e financeiro no momento da sua implantação por parte da Secretaria de Estado da Saúde.

## VI. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A experiência das Organizações Sociais de Saúde no Estado de São Paulo é considerada inovadora uma vez que a Secretaria de Estado da Saúde propõe a delegação da prestação direta dos serviços de saúde, num processo de parceria na gestão com instituição pública não-estatal. Procura manter, no entanto, a prerrogativa da regulação num quadro geral de regionalização.

As OSS representam um avanço em relação ao modelo SUS, exatamente na possibilidade de se fazer a gestão da coisa pública com os mesmos critérios de eficácia e eficiência da gestão privada. Em razão do tipo de financiamento que esses hospitais têm, cria-se a possibilidade de implantar o SUS em sua totalidade. Os resultados são vistos na área física, higiene, postura de atendimento, busca da qualidade e outros aspectos da instituição. São completamente diferentes e significativamente superiores comparando-se ao padrão de assistência praticada por hospitais de gestão estatal, como testemunharam os administradores hospitalares entrevistados, com larga experiência na área. Entretanto, ressalta o Sr. Secretário de Estado da Saúde:

Eu sempre faço questão de dizer, nós não temos nenhuma queixa de nossos gerentes dos hospitais próprios da administração direta, nossos hospitais estão bem, eles trabalham bem, agora o que nós alertamos é a dificuldade que a legislação cria para o trabalho deles, então quando nós estávamos cuidando da aprovação da lei na Assembléia havia um grupo de diretores de hospitais que não gostavam da lei que a gente estava tentando aprovar, é porque eles achavam que a administração direta era mais pura do que isso que queria ser colocado, eu acho que é simples, sei lá, tradição.

É uma vantagem em relação à privatização pura e simples porque neste modelo o patrimônio continua sendo público e o poder público exerce intensa regulação dos serviços. A assistência de saúde não se coloca como “mercadoria” como no caso da privatização. A via alternativa das OSS objetiva a igualdade, universalidade e dignidade do atendimento sem fins lucrativos.

O contrato de gestão auxilia na administração porque seus itens servem de guia, definindo metas de atendimento quantitativo e qualitativo e os valores do orçamento. Das OSS ouvidas nenhuma apontou o contrato de gestão como impedimento para a boa administração hospitalar. Ressalta o Dr. Márcio Cidade Gomes, Coordenador da Contratação de Serviços de Saúde:

... no nosso entendimento cada vez mais a gente percebe que ser uma organização social ou não talvez não seja o fundamental nesta questão, no instrumento que se desenvolveu, ou seja, o contrato de gestão nas suas exigências é que se mostrou na verdade o ganho do processo...

... então os induziu [*os hospitais*] a irem buscar cada vez mais atingir estes indicadores qualitativos, esse também é um ganho importante no processo, um enorme ganho no processo, não se costuma vincular recurso financeiro pelo menos em hospitais, na área pública com atingimento de indicadores de qualidade.

Se por um lado o que levou o então governador Mario Covas a implantar o modelo, segundo a Secretaria de Estado da Saúde, foram as circunstâncias que se apresentavam, a pergunta que resta sem resposta é o que leva uma entidade privada sem fins lucrativos a aderir ao programa.

Para responder essa questão tem-se que dividir as entidades gestoras em dois grupos: 1º, as que são instituições de ensino; 2º, as que não são instituições de ensino. Para as primeiras, o que as levou a aderir ao sistema é a possibilidade de

ampliar suas atividades, abrindo espaço e geração de empregos para seus docentes e seus formandos. Para o segundo grupo, o que as motivou a aderir ao sistema foi a possibilidade de crescimento da entidade filantrópica aliada ao momento propício da intervenção não-estatal na administração pública.

Dos objetivos da lei 846/98, a maioria deles foi implementada. Os dirigentes tendem a ser pessoas capacitadas e experientes na administração hospitalar. A flexibilização da administração, que inclui a desnecessidade de licitação e concurso público, representa um avanço em relação à administração direta. Os resultados são claramente sentidos no atendimento do hospital e na sua estrutura física mais limpa e organizada e principalmente no respeito ao atendimento dos cidadãos, como pudemos inferir em nossas visitas.

No começo deste ano, em Málaga na Espanha, ocorreu o Encontro de Consultores de Saúde. Realizado anualmente, este encontro destina-se a analisar experiências inovadoras em administração de saúde. Verificou-se que em nenhum país conseguiu-se colocar à disposição da população tantos leitos em tão pouco tempo como no caso das OSS.

Há pontos que carecem de maior atenção no modelo, como por exemplo a escolha da entidade gestora, a falta de previsão orçamentária para novos investimentos e modernização dos equipamentos. De maneira geral o sistema tem mostrado bons resultados.

## VII. BIBLIOGRAFIA

- ABRUCIO, Fernando L. *Os laços federativos brasileiros: avanços, obstáculos e dilemas no processo de coordenação intergovernamental*. São Paulo: Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas da Universidade de São Paulo, 2000. (Tese, Doutorado em Ciência Política).
- ALMEIDA, Maria Hermínia Tavares de. Federalismo e políticas sociais. In: AFFONSO, Rui de Britto Álvares, SILVA, Pedro Luiz Barros (orgs.). *Descentralização e políticas sociais*. São Paulo : FUNDAP, 1996.
- ARRETCHE, Marta T. S. Mitos da descentralização: mais democracia e eficiência nas políticas públicas? *RBCS – Revista Brasileira de Ciências Sociais*, n. 31, ano 11, junho de 1996.
- ASSOCIAÇÃO PAULISTA DE SAÚDE PÚBLICA. *Organizações sociais: público e privado na saúde*. São Paulo: APSP, 1999.
- BAHIA (Estado). *Plano estadual de saúde da Bahia*. Salvador: Secretaria de Saúde do Estado da Bahia, 2000. ([http://www.saude.ba.gov.br/int\\_plan\\_plano](http://www.saude.ba.gov.br/int_plan_plano))
- BRASIL. Presidência da República, Câmara da Reforma do Estado. *Plano diretor da reforma do aparelho do Estado*. Brasília: Imprensa Nacional, 1995a.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Manual: avançando para a municipalização plena da saúde : o quê cabe ao município?* Brasília: Imprensa Nacional, 1995b.
- COORDENADORIA DE CONTRATAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE. *Boletim informativo OSS*. São Paulo: 2002, Ano I, nº 1.
- CRUZ, Maria do Carmo M. T. Consórcios Intermunicipais: uma alternativa de integração regional ascendente. In.: CACCIA-BAVA, Silvio, PAULICS,

Veronika, SPINK, Peter Kevin (Orgs.). *Novos contornos da gestão local: conceitos em construção*. São Paulo: Pólis; Programa Gestão Pública e Cidadania/FGV-EAESP, 2002. p.197-243.

DI PIETRO, Maria Sylvia Zanella. *Parcerias na administração pública: concessão, permissão, franquias, terceirização e outras formas*. 3.ed. São Paulo : Atlas, 1999.

FERLIE, E. *et alii*. *A nova administração pública em ação*. Brasília: UNB/ENAP, 1999.

IBAÑEZ, Nelson *et alii*. Organizações sociais de saúde: o modelo do Estado de São Paulo. *Ciência & Saúde Coletiva*, 6(2):391-404, 2001.

KEINERT, Tânia M. M. *Gestão estratégica de políticas públicas de saúde pelos governos subnacionais: análise da experiência do Estado do Mato Grosso*. São Paulo : EAESP, 2002. (no prelo)

KEINERT, Tânia M. M. *Gestão estratégica de políticas públicas de saúde pelos governos subnacionais: análise das experiências Municípios Saudáveis e Consórcios de Saúde no Estado do Paraná*. São Paulo: EAESP, 2001a.

KEINERT, Tânia M. M. *Gestão estratégica de políticas públicas de saúde pelos governos subnacionais: análise da experiência Sistemas Microrregionais de Serviços de Saúde no Estado do Ceará*. São Paulo: EAESP, 2001b.

KEINERT, Tânia M. M., SILVA, Claudete de C. *Globalização, Estado-nacional e instâncias locais de poder na América Latina*. Washington: BALAS (Business Association of Latin American Studies) Proceedings, 1995.

MENDES, Eugênio Vilaça. *Os grandes dilemas da saúde*. Salvador: Casa da Qualidade Editora, 2001. (tomos I e II)

MENDES, Eugênio Vilaça. *Uma agenda para a saúde*. São Paulo: Hucitec, 1996.

MURAD, Jamil. *Sistema público de saúde X organizações sociais*. Qual o futuro do SUS se as instituições privadas administrarem hospitais públicos? São Paulo: 1998 (mimeo).

## **VIII. ANEXOS**

## 1. QUESTIONÁRIO AOS DIRIGENTES DAS OSS

### **Sobre a OSS**

---

- 1) Endereço
- 2) Telefone de contato
- 3) Início das atividades como OSS
- 4) Site / e-mail

### **Sobre o dirigente**

---

- 5) Nome
- 6) Formação profissional
- 7) Período de experiência na área de administração hospitalar

### **Sobre o processo de implantação da OSS**

---

- 8) Resumo do processo de implantação
- 9) Dificuldades encontradas no início da implantação

---

**Recursos humanos**

---

- 10) Número de funcionários
- 11) Quais os critérios para seleção e contratação de funcionários?
- 12) De que maneira as metas dos contratos de gestão são transmitidas aos funcionários da instituição?

---

**Administração, participação e controle**

---

- 13) Há participação dos membros da comunidade na administração da instituição? Se sim como é feita?
- 14) Como é formado o Conselho de Administração?
- 15) Qual o papel desempenhado pelo Conselho?
- 16) Além das metas estabelecidas pelo contrato de gestão, há indicadores internos de desempenho e qualidade?
- 17) Das metas estabelecidas pelo contrato de gestão, quais as mais difíceis de atingir?
- 18) Atende o SUS exclusivamente? Se não, quanto do atendimento é particular?
- 19) Quais os critérios de compras e contratações de serviços da instituição?
- 20) Existe competição administrativa entre as OSS?
- 21) De que forma, além do envio à CCSS, são publicados a comunidade os indicadores da OSS?
- 22) Seria possível enviar-nos cópia do estatuto da instituição?

**Aspectos político-administrativos**

---

- 23) De que maneira a OSS representa um avanço em relação ao modelo SUS?
- 24) Quais as vantagens / os diferenciais em relação à privatização pura e simples (do tipo PAS)?
- 25) Qual a articulação entre a OSS e a Secretaria Municipal de Saúde?
- 26) Comente sobre eventuais pontos que não foram solucionados adequadamente/desafios/desvantagens do modelo.
- 27) De que maneira o contrato de gestão auxilia e/ou dificulta a administração da OSS?

## 2. ENTREVISTA COM DR. JOSÉ DA SILVA GUEDES (SECRETÁRIO DE ESTADO DA SAÚDE), REALIZADA EM NOVEMBRO DE 2002<sup>9</sup>

T – Então a gente entraria em uma segunda parte, acho que questões mais relacionadas à regionalização, estruturação já estão bem colocadas que seria em relação a uma das mudanças do papel das secretarias estaduais que seria justamente essa de ficar com um papel mais regulador e deixar um pouco a prestação direta dos serviços, então no caso de São Paulo, a gente sabe que é um dos estados que avançou aí na questão da parceria com organizações do terceiro setor com as organizações sociais. Então como seria esse processo no estado de São Paulo? Realmente essa delegação da prestação de serviços ou parceria como esta sendo chamado representa um avanço em relação à provisão direta pelo Estado?

J – Precisa pegar assim, uma coisa é planejamento, intenção, outra coisa são circunstâncias que propiciam acontecer tá certo? Então o time que está na Secretaria hoje, parte do pessoal que está na Secretaria conhece assistências por entidades filantrópicas. Há muito tempo o grupo valoriza muito o trabalho feito por essas entidades, tanto que a gente considera que a rede filantrópica que cobre o SUS, que dá retaguarda hospitalar para o SUS, na realidade a gente chama de uma rede pública não-estatal, já que ela atende sobre os critérios que permite a totalidade da população de recorrer a aquele serviço, bom, essa é uma coisa, é uma crença, conhecimento de como isso funciona, outra coisa foi uma circunstância de a gente ter encontrado em um número muito grande de construções inacabadas e teríamos chances de entregar em um prazo curto, uma quantidade muito grande de hospitais, muito grande para as tradições de governos de entregar os hospitais, então de repente nós tínhamos chances de durante o prazo de governo entregarmos 15 hospitais, isso dá mais de 3.500 leitos novos, uma outra circunstância nesse momento era a lei (Camata) que limitava quanto dos recursos do orçamento você

---

<sup>9</sup> Nossos agradecimentos à Sra. Isolete Barras, que colaborou para a transcrição desta entrevista.

poderia usar para pagamento de recursos humanos e o Estado estava no limite superior do que ele podia estar gastando e abrir 15 hospitais significa contratar cerca de 15.000 pessoas de uma secretaria que já tinha 80.000 pessoas e em alguns momentos chegava a discutir a necessidade de enxugar a máquina do Estado, já que com o processo de municipalização inclusive a secretaria ficou inchada em alguns de seus componentes, bom, então surgiu a perspectiva concreta de que a gente teria hospitais prontos para serem entregues à população e isso era uma situação excelente para que a gente pudesse testar o modelo que vinha sendo (pensado), você tinha uma lei do Estado, nós tínhamos o código de saúde e nesse código de saúde um dos artigos vedava que serviços públicos pudessem ser gerenciados por entidades privadas, nossa intenção era em relação à lei que estava para ser homologada era que a gente mudasse esta relação que a gente dissesse, não pode ser gerenciado por entidades privadas, lucrativas ou coisa assim, deixando uma brecha para que entidades filantrópicas pudessem fazer esse papel, mas isso não tinha brecha no momento como aquele que o código estava sendo aprovado, então se aprovou uma lei no ano de 1998 que fazia uma exceção em relação às chamadas organizações sociais que vão poder dirigir os hospitais novos esta lei não se aplica [aos hospitais já existentes], então a gente teve chance de estar identificando entidades filantrópicas que existem há mais de 5 anos, que tem equipamento próprio de saúde, que, portanto nós poderíamos avaliar como é o desempenho dessas entidades, qual é o grau de compromisso que eles têm com clientela e população etc. e tal e indicar dentre essas entidades aquelas que dirigiam os hospitais, então a gente começou desenvolvendo para isso um instrumento de relação entre o Estado e uma entidade filantrópica, esse instrumento era um contrato de gestão diferente do contrato habitual que a gente tinha no SUS quando a gente contratava tantos leitos de hospital etc. e tal, então na realidade a gente passou de um contrato que detalhava que resultados de saúde, assistência de saúde a gente queria obter, quantas internações em clínica, quantas de cirurgia que era uma taxa de mortalidade no máximo tanto, taxa de infecção hospitalar deve haver uma avaliação mensal pelos usuários avaliando os cuidados médicos, de enfermagem, comida, limpeza e não sei mais o que, então se criou um contrato de gestão que é detalhado e que permite a

gente cobrar mensalmente se esta sendo cumprido aquilo que nós encomendamos, então a rigor a gente separou duas coisas basicamente, de uma coisa é a função de prestação de serviço e outra coisa função de contratação de serviço para servir a população, então de início era um grupo do gabinete do secretário que tomava conta disso quando você tinha um, dois, três, quatro hospitais e no final a gente criou uma coordenação, uma coordenadoria que, chamada coordenadoria de contratação de serviços que se especializou em propor um contrato de gestão, avaliar esse contrato de gestão, então foi evolução desse contrato dessa avaliação, isso já tem, foi implantado em 1998, já vai para quase 5 anos, a gente conseguiu um aprimoramento do contrato de gestão que nos permite inclusive ter um orçamento mais correto, mais ajustado à aquilo que a gente quer, então está sendo um experiência muito boa, então como é que funciona a entidade parceira do Estado? Ela recebe um recurso que é destinado a prestar um serviço que está medido, que está encomendado, ela contrata pessoal, ela contrata exames, ela contrata serviços, ela que contrata tudo que é necessário para prestar o serviço à população e o Estado tem uma comissão que analisa cada um dos hospitais, existe uma comissão com elementos da assembléia, com elementos do Conselho Estadual de Saúde mais gente indicada pela Secretaria que acompanha como é que esse processo ocorre, então a gente consegue ter um rendimento maior do que nos hospitais da administração direta, a gente consegue ter um orçamento parecido, mas tem um rendimento maior que nos permite mostrar uma economia, e não é a economia que a gente buscava. Ele esta tentando buscar a eficiência, e eficiência que para o hospital da administração direta, uma das coisas difíceis para ele é, por exemplo, a administração do recursos humanos, então de repente eu tenho alguém, uma equipe que se desliga do hospital no meio da semana e essa equipe tinha um plantão.....eu tenho que buscar rapidamente alguém que vai ser substituto naquele momento e se eu não tiver gente concursada esperando para ser chamada, eu faço um concurso, quer dizer, a gente leva muito tempo para substituir pessoal no Estado e tal, uma organização social dessas não tem nenhum problema, ela busca alguém que tenha o perfil necessário, paga, substitui, ela não depende de prazos, de concurso e nada disso. Frequentemente ela compra mais barato, porque o fato de fazer licitação com todas

as regras não garante para a gente que vá comprar mais barato, quer dizer, na medida que o Estado te obriga a ter toda a transparência e toda a lisura quando eles vão para uma licitação, quem vai vender para o Estado tem toda a liberdade de fazer todos os cartéis etc., etc. e tal, uma das coisas que você faz de vez em quando é anular uma licitação porque você acha que os preços não estão de acordo e você sempre corre o risco de ficar estrangulado nos prazos que você tem para estar fazendo as coisas, então eu acho que essa hoje sem dúvida, eu acho que é a maior experiência que a gente tem e que existe, eu acho dos vários países em tamanho da experiência, ou seja, nós estamos apresentando esse tipo de experiência no começo desse ano na Espanha no encontro de consultores de saúde, consultores do Banco Mundial, da [inaudível], do BID e não sei mais quem e tal que anualmente fazem um encontro para ver inovações em administração de saúde e nenhum país tem uma experiência de ter tantos hospitais...

T – Málaga? Me conte.

J – Exato, então você encontra na Espanha experiência de alguns hospitais, em Portugal e em alguns outros países mais a oportunidade de ter uma quantidade de hospitais como essa que nós temos seguido de agora quase cinco anos, ela realmente tem muita pouca gente capaz de ter feito esse mesmo tipo de, na nossa avaliação isso caminha bem, agora uma das coisas que eu acho, uma das coisas que nos ajuda nisso é que embora seja uma experiência numericamente, aparentemente grande, quase 4.000 leitos, são 15 hospitais, a rigor nós estamos falando de um Estado com 37.000.000 de habitantes, falando de centenas de hospitais, falamos de uma quantidade de entidades filantrópicas que dá para dentre elas ser capaz de selecionar, então umas das coisas que fazia parte das intenções do Governo, que ao mesmo tempo que você [inaudível] esse parceiro pudesse estar também fazendo ensino na área da saúde, então quando você vê as entidades que estão administrando hospitais, você vai encontrar Santa Marcelina que é uma entidade que tem uma enorme experiência o maior hospital privado que a gente tem na zona leste e que assumiu um hospital em Itaim e posteriormente um hospital e Itaquaquetuba, fica

a 4km um do outro, depois a gente trabalhou com Sanatorinhos, uma entidade que tem mais de 80 anos de tradição em assistência e que assumiu um hospital em Carapicuíba e depois um hospital em Itapevi, Congregação de Santa Catarina um hospital aí da Paulista, mas o Hospital da Paulista não é a experiência filantrópica dessa entidade, essa entidade tem uma rede de hospitais no Rio e em outros estados, por exemplo, o hospital Santa Catarina do Estado de São Paulo é um dos hospitais que arrecada dinheiro para a rede filantrópica que eles dirigem e eles gostariam de ter em São Paulo uma cara filantrópica também além daquela, tanto que eles são uma das coisas que vocês sabem, além disso, mas é que os hospitais novos atendem 100% SUS, eles não recebem nenhum outro recurso de convênios ou qualquer outra [inaudível] Estado, eles apresentam fatura para o SUS e no primeiro momento a gente pegava a fatura do SUS e completava com o dinheiro do Tesouro, mas de um ano a gente prefere transferir para eles o dinheiro do tesouro e o dinheiro que eles arrecadam ou faturam para o SUS, vem para o fundo estadual de saúde tá certo? Então não vai direto ao hospital, o hospital da mesma forma 100% financiado pelo Estado, só que o que ele produz de receita vai para o fundo estadual, então, por exemplo, no caso do Santa Catarina, então eles assumiram uma cara que é filantrópica, que é de um hospital que atende 100% SUS e que é um hospital de [inaudível], a Santa Casa de São Paulo é um hospital de enorme tradição, mas que tem uma faculdade de medicina, a Faculdade de Medicina de Santo Amaro que tinha um hospital pequeno para fazer ensino e que passou a ter agora um hospital de bom porte para somar a aquilo que ela tinha, Escola Paulista de Medicina que assumiu dois hospitais, um em Pirajussara e um em Diadema, a Faculdade de Medicina lá do ABC, sediada em Santo André que não tinha um hospital-escola para poder trabalhar em São Bernardo, lá no ABC alguns hospitais que passa pelo hospital de 350 leitos, a Unicamp assumiu um hospital na cidade de Sumaré, então é mais um, a gente assinou um convênio agora com a Faculdade de Medicina de Botucatu com a Unesp para assumir o hospital de Bauru, quer dizer, são quase 400 leitos e Sapopemba é um hospital que na cidade que vai ser assumido pela Medicina da USP aqui pelo pessoal do HC, então na realidade você esta ao mesmo tempo que tentando garantir qualidade na assistência que vai oferecer, você está oferecendo

condições para melhorar o ensino de medicina , ensino de assistência à saúde que cada uma dessas faculdades passam aqui do campo de prática, para residentes, para estudantes que realmente é importante para o SUS como recurso humano que a gente vai ter, então eu acho uma experiência interessante, agora uma coisa que eu sempre faço questão de dizer, nós não temos nenhuma queixa de nossos gerentes dos hospitais próprios da administração direta, nossos hospitais estão bem, eles trabalham bem, agora o que nós alertamos é a dificuldade que a legislação cria para o trabalho deles, então quando nós estávamos cuidando da aprovação da lei na Assembléia havia um grupo de diretores de hospitais que não gostavam da lei que a gente estava tentando aprovar, é porque eles achavam que a administração direta era mais pura do que isso que queria ser colocado, eu acho que é simples, sei lá, tradição. Mas uma vez aprovada a lei, começado o processo de assistência a gente tem uma insistência dos diretores para que a gente conseguisse uma lei que permitisse flexibilizar a administração dos hospitais.....para que a gente pudesse criar uma coisa que facilitasse a eles a administração do recurso humano, o sistema de compras, .....nosso pessoal trabalha bem, não tem nada contra funcionário público, administração direta para dirigir hospitais, Agora, eles tem mais dificuldades de ter um [inaudível] legal que a gente tem.

T – Estrutural do serviço público não é?

J – Da legislação.

T – Certo. Só, acho que foi muito bem colocado, eu só queria assim frisar um pouquinho mais esse aspecto dos critérios para a escolha desses parceiros, quando o senhor fala “parceiros sérios que também [inaudível]” foram utilizados critérios mais, vamos dizer assim, subjetivos ou intuitivos ou isso foi definido, o que seria um parceiro sério?

J – Você tem uma centena de entidades que estão por aí e na realidade você tem uma medida já que essas entidades todas trabalham para o SUS, tem (ligações) com o SUS, nós temos um conjunto de dados e qual o desempenho, quer dizer, eu tenho dados muitos objetivos de como trabalha o Hospital da Paulista, como é que trabalha a Santa Casa, como é que trabalha [inaudível]

T – Desempenho no caso?

J – Sim. Chances de ter desempenho.

T – Ou seja, dados quantitativos? Melhor qualidade no atendimento, baixa taxa de infecção hospitalar...

J – Sim, exatamente, que é o que você busca em um contrato que você estabelece.

T – Que é uma das questões que as pessoas levantam também, ou seja, quais os critérios para a escolha desses e não de outros e a outra, qual seria o interesse por parte deles, que o senhor também colocou alguns, ou seja, um quer ter mais, enfim, ampliar o seu hospital para fazer ensino, um quer ter uma cara mais filantrópica enfim.

J – Veja, uma outra coisa que as pessoas demoram a reconhecer, não sei se essa é a expressão certa é que existem entidades que estão vocacionadas a trabalhar e prestar serviços e tem entidades que tem história, tem 200 anos, tem 80 anos de história, 200, 300, 400 anos de história e foram entidades criadas no sentido de prestar serviço à comunidade, então qual é o interesse deles em prestar serviços à comunidade? Nós estivemos sexta-feira visitando o Hospital de Guarulhos, assinando um termo de recursos para que eles possam abrir o hospital já agora no fim desse mês, uma entidade que se chama Jesus José Maria é uma maternidade construída por entidades com esse nome e que é de procuradores do Estado, ex – procuradores do Estado, maçons que vinham construindo um hospital para a tarefa

deles de oferecer uma maternidade em uma cidade e eles foram ajudados por nós a acabar o hospital vinham há vinte anos fazendo churrasco, etc. precisavam de 1.500.000 para acabar a obra tinha dinheiro do.....empréstimo ..... do Ministério da Saúde, foi destinado o dinheiro para eles fazerem todo o equipamento e na hora H eles disseram, olha nós não queremos atender convênios, hospitais privados, nem nada, queremos trabalhar 100% SUS, eles já estavam vendo a experiência, bom organização social para nós é o seguinte, é uma entidade externa e que se propõe a dirigir um hospital do Estado, não entidade que tem o seu hospital e que vai .....o que o estado pode é avaliando necessidades, ajudar essa entidade que quer trabalhar exclusivamente para o SUS a compor seu orçamento naquilo que vem do faturamento e mais o que ela precisa para realmente sobreviver, então é exemplo de uma entidade que esta aí afim de servir a população.

T – Isso seria, por exemplo, diferenciar relação assim, uma terceirização ou uma privatização pura e simples...

J – O Estado não assumiu nenhum momento a idéia de privatizar os hospitais, ao mesmo tempo que nós estávamos fazendo essa discussão, o Rio de Janeiro fez uma licitação para entregar a gerência de seus hospitais inclusive os já antigos para entidades, inclusive de caráter lucrativo, tá errado, não é um processo adequado ....

T – Terceirização pura e simples, como na Bahia também né?

J – Na Bahia também que entrou em uma coisa dessa.

T – Para empresa.

J – Isso não tem sentido, nós tínhamos uma fileira de hospitais para entregar, hospitais cujo a construção tava parada bastante tempo, hospitais sendo aguardados há muito tempo, então não tinha sentido de repente ao invés de entregar 100% para a população, para uso da população, eu entregar meia boca para, quando a gente em

1995, no segundo semestre de 1995 o Governo apresentou um plano de desestatização, concessões, privatizações e parcerias, isso foi um projeto que o governo lançou, porque? Porque se de repente a gente tinha hotéis em instancias e o Estado não queria gerenciar hotéis, então ele privatizou, desestatizou e tal, tinha estradas que ele queria trabalhar no regime de concessão, ter uma concessão por vinte anos, o sujeito cobra o famoso pedágio, mas ele tem um compromisso não só de manutenção da estrada que ele esta recebendo mais dependendo dos lugares de duplicação, de construir uma nova pista, então, por exemplo, a Imigrantes, a segunda pista da Imigrantes custa zero para o Governo do Estado, ela custa para quem esta pagando pedágio e uso dela e tal, mas isso é uma concessão, depois de vinte anos essa pista é do Estado e pronto, então no campo dos hospitais dizia que a gente queria primeiro uma parceria, a gente queria que os hospitais continuassem próprios do Estado, quando houve essa reunião no palácio teve uma sessão geral lá naquele auditório para apresentar a proposta e em seguida no mezanino do palácio em uma série de salas, cada sala era reservada para um dos temas, então tinha uma sala reservada para a saúde e foi a sala que recebeu maior numero de visitantes interessados em discutir, então era assim, planos de saúde, fundos de pensão, entidades privadas de várias naturezas e eles vinham durante muito tempo com uma proposta que era assim, o Governo do Estado, naquele início desgraçado sem dinheiro, não tem dinheiro para acabar essas obras dos hospitais que estão aí, tá bom. Mas então a entidade fundo de pensão de fulano de tal se propõe a terminar o hospital, equipar e durante 10, 15, 20 anos variava as propostas ele utiliza oferecendo 30% de leitos para o SUS e depois desse tempo devolve o hospital, isso não é proposta que nos interessa, quer dizer, quando você pega o hospital de Itaim Paulista, quem planejou o hospital de Itaim Paulista naquele lugar, eu era secretário do município de São Paulo quando o Covas era prefeito e isso era em 1984 entende? Então na realidade nós estávamos quando foi para 1998 nós tínhamos 14 anos depois a população curtindo que ia ter um hospital que já há 14 anos ela necessitava dele, imagina se eu chegar e dizer, tudo bem, mas agora só metade é ou um terço, então nenhum momento o Estado pensou em privatizar saúde.

T – Porque as vantagens em relação a privatização no caso...

J – Não tem nenhum interesse.

T – Não é uma área privatizável?

J – Para nós essa área não é privatizável na medida em que nós temos uma carência de recursos para atender o SUS, quer dizer, estavam faltando leitos, estava faltando uma série de outras coisas, então não tem sentido eu estar privatizando, eu aceitar da iniciativa privada uma oferta de leitos dela, tudo bem se ela a iniciativa privada tiver que construir, se tivesse que investir e oferecer é o que você faz contratando leitos na Santa Casa, daqui ali e não sei o que, agora você pegar alguma coisa que era patrimônio público e construir.....do Estado, como se faltava algum dinheiro para acabar você permitir que eles acabassem, mas usufríssem uma parcela grande não é realmente não é uma proposta, depois de uns três a quatro meses ninguém mais nos procurou, os interesses realmente não batiam.

T – O senhor destacou muito esse aspecto mais, vamos dizer assim, circunstancial.

J – Sim. Um coisa assim sei lá, digamos assim, uma crença que nós tínhamos em que a administração, a rede de hospitais públicos não-estatais essa rede precisa ser preservada, mantida, ela funciona, ela dá resultado, agora uma outra coisa, se nós não tivéssemos esses hospitais todos para entregar para a população, nós provavelmente iríamos estar experimentando isso em um ou dois hospitais se a gente iria conseguir fazer, é muito complicado imaginar você adotar esse modelo com um hospital antigo, que já tem funcionários, que já esta funcionando, que já tem direitos adquiridos, uma série de coisas muito complicadas de você mexer, o que a gente acha é que vale a pena pensar nisso, vale a pena pensar como a gente pode preservando direitos, respeito aos funcionários, como é que você pode equacionar este tipo de coisa, a gente não conseguiu até agora ter uma formulação para isso, então a gente em uma circunstância que era assim, vamos poder a curto

prazo entregar uma quantidade grande de leitos, vamos poder, portanto.....a prefeitura de São Paulo teve uma chance semelhante, mas ela não mudou, quando ela acabou com o PAS, ao acabar com o PAS tendo 13 hospitais na cidade de São Paulo, grande parte desses hospitais ocupados por pessoas que pertenciam às cooperativas, ela tinha a chance certamente de acabar com os contratos com cooperativas, de remanejar o quantitativo do pessoal que ela tinha, porque ela teve que chamar mais 10.000 pessoas para esses hospitais e ela teve uma oportunidade de pelo menos identificar algum desses hospitais para fazer um processo semelhante.

T – O Governo municipal está fazendo alguma iniciativa nesse sentido que eu não sei bem, mas me disseram que eles estão começando também com algum tipo de iniciativa.

J – Eu acho que é alguma coisa que vale a pena.

T – Mas voltando para esta questão circunstancial, após a entrega desses 15, no caso, o senhor veria uma perspectiva de se continuar com esse projeto com eventuais novos hospitais.

J – Veja, vai depender de como a gente decida outros investimentos, por exemplo, nós estamos terminando, entregando agora mais 180 leitos em São José dos Campos, mas é uma Santa Casa, quer dizer, ela já é, nós estamos ajudando os terceiros a prestar mais serviços para o SUS e em Araçatuba, havia um esqueleto para ser terminado, agora era uma coisa muito ruim era um hospital velho, foi desapropriado pelo Quercia a muito tempo atrás, é uma coisa difícil de ser aproveitada, a gente decidiu não terminar aquele hospital de Araçatuba e o governador está querendo esse ano aumentar 100 leitos da Santa Casa de Araçatuba, então lá eu já tenho gerência, entidades já filantrópicas para tocar. Nós estamos fazendo um hospital novo em Francisco Morato, então esse, eventualmente é um hospital que dá para pensar em estar oferecendo alguns [inaudível] cerca de 100 leitos, temos um hospital de mais de 200 leitos que vai entrar em Mogi, mas esse

hospital, ele existe, ele não é um hospital inteiro, ele tem um grande Pronto Socorro, um grande Ambulatório e tal e nunca foi feito o andar de internações, então isso está sendo feito agora, mas eu já tenho um embrião de um hospital lá ..... então nesse momento, a gente não está com outras coisas em pré (lançamento), e uma das idéias do Estado, é se possível em regiões você identificar entidades onde vale a pena você investir para ampliar [inaudível]

T – Então quer dizer que a idéia seria pelo menos embrionariamente continuar com esse processo?

J – Sim, eu acho que vale a pena, deu certo.

T – Em relação a essa questão da delegação da prestação de serviços para entidades sem fins lucrativos, a relação disso com a municipalização, por exemplo, não existiria possibilidade de se municipalizar eventualmente, passar para municípios alguns desses hospitais?

J – Desde que o município resolvesse assumir o financiamento, concorda comigo? Porque senão fica muito fácil, senão fica muito fácil dizer que você fez uma enorme, absorveu uma área enorme rede no município.

T – Mais existe essa possibilidade de, por exemplo, de se municipalizar no futuro? Porque em tese isso seria prestação de serviços que teriam potencial para serem municipalizados e o Estado ficaria mais na regulação, em tese?

J – Ou o Estado realmente se mantém em um bom contratador de serviços também.

T – Nessa parte seria especializados.

J – Eu acho que muita água vai rolar dessa discussão da municipalização de equipamentos mais pesados, você vai ter que primeiro avaliar inclusive o seguinte, será o município X hoje mais capacitado de tomar conta disso do que o Estado?

T – Mas, pelas preposições do SUS? Pelos princípios do SUS?

J – Princípios do SUS é uma coisa, constatações e verificações são outra coisa não é verdade? A gente não gasta dinheiro só com princípios, a gente gasta dinheiro e constata aquilo que acontece.

T – Ou seja, realmente esse aspecto da municipalização precisa ser um pouco rediscutido ambos aspectos, porque sei lá, se pegar uma visão municipalista, estrito senso, o pessoal todo poderoso município, os municipalistas...

J – Eu acho que isso é um desvio que a gente teve, certo, eu acho que a gente tem que ficar atento, quem estuda os sistemas internacionais, etc. costuma dizer a seguinte coisa, o sistema Canadense que é considerado hoje muito bom, a cerca de 30, 33, 34 anos sei lá, ele sofreu três grandes mudanças. Nós estamos com 12 anos de SUS, eu acho que nós estamos precisando rever o que nós vamos fazer.

T – Na Itália também, eles fizeram a reforma da reforma, mas a gente ficou na reforma... Insistindo um pouco nesse aspecto, no caso existe algum tipo de conflito ou de cooperação entre a Secretaria Estadual de Saúde - que no caso é a responsável pela prestação de serviço, que é na verdade, delegado a uma outra entidade parceira. A Secretaria Estadual de Saúde é a responsável por esses serviços prestados; e a Secretaria Municipal, por exemplo, onde entra nessa organização?

J – Quando você, hoje, por exemplo, vai entrar em funcionamento, hospital de Bauru, então a direção regional de Bauru com mais alguns aspectos de outras direções ou outras DIRES, toda operação do interior que discutiu o que o hospital de Bauru vai oferecer para a população. Quem diz isso, não é a faculdade de medicina,

é [inaudível] fazer o (gerenciamento), então num hospital estar lá sediado em Bauru, ele não é para atender a cidade de Bauru é um hospital com porte regional, não posso agregar este hospital para a cidade de Bauru, que, aliás, não assumiu nem a gestão plena naquele município, então quando eu pego, por exemplo, o hospital de Itaquaquecetuba, ele é um hospital regional, qual era o problema quando a gente estava em funcionamento em pré-funcionamento o Hospital de Itaquaquecetuba. A prefeitura de Itaquaquecetuba ameaçava fechar o seu Pronto Socorro porque para que ia ter um hospital do Estado, para que a prefeitura ia gastar dinheiro em alguma coisa, se ela podia usufruir do hospital que estava lá, então foi um tempo quente durante alguns meses para mostrar que aquele hospital era regional que ele não era daquela cidade, se ele for daquela cidade tá bom, então o prefeito vai ter que bancar o custeio daquilo, se ele hospital tem o caráter regional, então veja, o hospital de Sumaré está dirigido pela UNICAMP, ele é de novo um hospital regional, então ele tem cotas inclusive de utilização. Se você pegar aqui Diadema, quando puser em funcionamento, cada município vizinho ligado a Diadema tinha uma cota de não poder fazer tantas tomografias, vamos poder mandar tantos doentes ..... então nessas circunstâncias eu acho que não é adequado dizer: Diadema toma conta desse hospital e atende os seus vizinhos também, agora na cidade de São Paulo, que afinal de contas vão ser 5 na cidade de São Paulo e não sei mais o que, eu acho que nesse momento, não sei, se a prefeitura de São Paulo gostaria de financiar este hospital.

T – E no futuro isso pode ser...

J – Tudo bem mais, o financiamento da saúde é de fato tripartite: federal, estadual, municipal, o Estado financia, mas não precisa gerenciar, bom, mas nós estamos trabalhando hoje com um modelo gerencial diferente daquilo que está aí, um modelo gerencial que eu não sei se é aceito pelo governo municipal, então não dá pra pensar nisso ..... que você diga não, acho que dá pra entregar a gestão disso para o município de São Paulo. Quando pega o hospital da Vila Alpina é essa é uma das discussões que já deu no hospital da Vila Alpina, o hospital da Vila Alpina não é pra atender o distrito de Vila Alpina, ela está complementando a assistência de Vila

Prudente, de Sapopemba e não sei o que, então lá naquele pedaço, então eu não posso querer que o distrito, quem dirige o distrito de saúde de Vila Alpina diga o que o hospital tem que fazer, aquele hospital vai ter uma abrangência maior, vamos conversar com alguns distritos municipais, então por isso tem um núcleo de saúde do Estado que é uma abrangência muito maior do que a de um distrito e ficar discutindo aquilo, é claro que nessas horas você tem uma certa, uma certa disputa que se faz a nível regional de base e tal ..... região.

T – Porque em uma perspectiva de se assumir o papel da Secretaria Estadual vai ser cada vez mais regulador, cada vez menos prestador e uma perspectiva de estrito senso teria que repassar, em tese para os municípios.

J – Teria, desde que você diga os municípios estão em condições de dar uma boa gestão disso.

T – E em relação a esse mesmo modelo de parceria, com organizações sociais, quais seriam os pontos que eventualmente não foram solucionados adequadamente? Desafios, desvantagens do modelo?

J – Não sei te dizer. Essa é uma coisa que normalmente quando você for conversar com o Márcio, com a coordenação ..... te coloca uma coisa ai de ...

T – É que existe um preocupação muito grande com a questão do controle do uso dos recursos públicos e da qualidade, tem uma linha assim, de um pessoal que têm crítica desse sentido, por exemplo, critica limites do próprio contrato de gestão tem...

J - .....

T – Uma vantagem, mais que o contrato de gestão garante ele tem uma abordagem mais técnica, (tecnocrático), ou seja, você especifica lá algumas coisas.

J – Ele aborda questões técnicas e (tecnocráticos) para abordar o que no contrato de gestão?

T – É, por exemplo, isso foi bastante colocado ...

J – Fala de controle social?

T – É, controle social, mas, por exemplo, antes o senhor citou, ganhos de produtividade, não foi exatamente estes os termos que o senhor usou, mas é mais ou menos isso, quer dizer, como garantir que quem vai se apropriar desses ganhos de produtividade vai ser o Estado e não a organização ou pelo menos isso vai ser dividido.

J – Sim, mas é uma entidade não-lucrativa, é uma entidade não-lucrativa, ela assume com a gente o compromisso de prestar um determinado serviço da maneira que a gente avalia (nos contando) você tem um sistema de custos que foi implantado nesses hospitais para nos dizer o que, que custa mais, aqui ou ali, porque esse medo que eles vão levar vantagem? Isso é medo mesmo.

T – É um dos métodos que as pessoas têm ..... como crítica.

J – Sim, mas é que as pessoas colocam como crítica uma porção de coisas ..... disputam o terceiro turno da eleição, isso é disputa de terceiro turno de eleição. Porque nós vamos deixar eles fazer aqui, nós não teríamos implantado nada disso se a gente dependesse de uma discussão direta com determinados alas do movimento popular, não teria se implantado na cidade de São Paulo, Programa de Saúde da Família se a gente dependesse de determinada ala do movimento popular, então esse programa é absolutamente bem sucedido, bem avaliado pela população,

mas de repente ela tem um governo que está em um determinado partido. Hoje na cidade de São Paulo, a prefeitura de São Paulo segue quase o mesmo modelo que a gente vinha fazendo, contratando entidades, para que essas entidades façam isso. Será que melhorou o controle social dos dias de hoje? É o mesmo que de um outro momento? Existe um patrulhamento desse tipo de coisas, está claro? E evidentemente, tudo bem é legítimo e tal, nós tivemos três audiências públicas antes dessa lei ser aprovada, é a lei com mais audiências públicas teve em nossas assembleias, nós fizemos no começo desse ano, uma grande reunião em assembleias, onde as pessoas dos municípios foram convidadas a aparecer para discutir com representantes do Conselho Estadual de Saúde e da Comissão de Saúde da Assembleia, então de repente, foram ouvidos conselhos municipais de saúde, dos secretários municipais de saúde, como é o relacionamento desses municípios com a entidade que está dirigindo ou a direção do hospital regional que eles têm, que é no caso ..... Itapeverica da Serra tem um pessoal sério trabalhando, ele cobre fundamentalmente 4 municípios perto do hospital e um dos 4 conselhos municipais de saúde estavam lá com seus representantes dizendo como participam deste tipo de coisa, então tem uma coisa, e aí é uma questão de, sei lá, opção de determinados partidos e não de outros partidos, trata-se do conselho gestor. O conselho gestor é um modelo petista, o conselho gestor não é um modelo psdebista entende? Então não dá para argumentar muito logicamente algumas coisas porque para algumas pessoas têm que existir conselho gestor, se não existir conselho gestor, mas a direção do hospital no caso, consegue trabalhar por esse modelo, senão ele tem um embrólio no seu trabalho.

T – Definir custos e estabelecer metas, parâmetros de produção e controlar qualidade de saúde é uma questão bem complicada, é resultado ..... o senhor acredita que nesse modelo foi equacionado de uma forma satisfatória ou que o contrato de gestão coloca metas ...

J – Você conhece os contratos de gestão que são feitos com os hospitais públicos?

T – Não.

J – Não, porque eles não são feitos. Você acha que os hospitais públicos estão cumprindo exatamente com o máximo que eles poderiam estar fazendo para a população?

T – Ah, os públicos, não. Os públicos não. Então é justamente nesse sentido, porque, por exemplo, na Bahia o pessoal que está assumindo os hospitais na Bahia são 12 se eu não me engano, é o pessoal que está vindo do pólo petroquímico, são empresários, são pessoas com visão bem empresarial e eles dizem que a margem para ganhos de produtividade é de no mínimo 500%, que eles têm condições de aumentando a eficiência, melhorando os procedimentos e tal, de serem esses ganhos de produtividade e a crítica que se faz lá é que justamente isso vai ser apropriado no caso da Bahia, pelas empresas.

J – Tudo bem, nós estamos trabalhando um outro modelo onde a gente busca uma outra entidade que a gente conhece que tem tradição de prestar serviços, a gente faz uma encomenda, o que a gente acha é que a gente está aprimorando a encomenda que está fazendo.

T – Quer dizer, a preocupação central seria que esses ganhos fossem reinvestidos na própria entidade?

J – Sim, que a rigor ela não tem ganho, a rigor ela recebe um dinheiro orçado e ela vai gastando dinheiro orçado, então chega o momento que [inaudível] as avaliações, que a gente tem não vou passar para vocês mais uma parcela.

T – É, se ela estiver ganhando em produtividade, ela vai ter um resultado positivo, ela vai ter um , entre aspas, “excedente”.

J – Mas é que ela não está ganhando por cada operação que ela faz, se ela fizer mais operações ela vai ganhar tanto,..... porque o primeiro contrato feito rezava o seguinte, existe uma tabela do SUS, então o hospital apresenta uma fatura da produção que ele tem e o custo dele é maior, então o que faltar para atingir o custo total a gente banca. Bom isso levava a que tipo de risco? Que os hospitais começassem até para emulação uns com os outros, a tratar de faturar melhor para dizer, eu estou precisando de menos recurso, eu sou mais eficiente nisso daqui, mas eu não quero que eles busquem no atendimento aquilo que dá mais rendimento no SUS, eu quero que ele opere uma porção de banalidades que o SUS paga mal, é esse atendimento que eu quero que ele faça, não outro atendimento. Tá certo? Então a gente diz, não, nós estamos interessados em pagar o total que o hospital custe, é isso que gente quer pagar, o hospital custa isso e é isso que vai ser pago e daí a gente passou a ter, diante da medida que hoje você tem 13 já funcionando e você tem um sistema de custo em que eles todos homoganeamente informam e tal você consegue mensalmente compará-los e você consegue perguntar porque que aconteceu que de repente está diferente, eu acho que o segredo é você ter um mecanismo de controle, então veja, hoje como é que eles recebem, eles recebem 90% do que está estimado do orçamento, dividido duas (verbas), então agora, a cada 3 meses você faz uma avaliação, então todo mês você avalia, o quantitativo de serviço que ele tem que fazer e tal, de 3 em 3 meses você avalia as metas de qualidade que ele deveria atingir, satisfação de usuário não sei o que lá, e atingiu todas essas metas, então ele recebe aqueles 10% de diferença por ter atingido o orçamento total, se ele não me cumpriu esses lances de qualidade, aí se diz, olha companheiro o seu dinheiro está aqui reservado para que você chegue naquilo que a gente está querendo, então na realidade, você tem um, a idéia do central é que a gente tenha um acompanhamento constante, tá certo.

T – Os dados dessas entidades, eles são públicos?

J – Sim. Eles estão aí à disposição.

T – [inaudível] empresa obviamente no caso ...

J – Não mais uma empresa se você, eu não sei como é, eu nunca vi nada da Bahia do que você está falando, mas se você contrata uma empresa pra fazer o serviço, você obriga essa empresa a te dar ..... não há razão para não ter informação.

T – Você quer fazer alguma pergunta?

P – Na exposição de motivos da ...

J – Da lei.

P – O governador falava em uma concorrência e uma competição entre as entidades, colocando do jeito que o senhor está colocando, elas não tem essa competição, seria assim, uma coisa que foi conversado?

J – Eu não lembro dessa introdução da lei, mas eu acho que isso é uma besteira, eu não tenho interesse em competição delas, porque eu tenho medida do desempenho delas, quer dizer, não é porque elas compitam que eu vou gastar menos, vou isso, vou aquilo. A nossa idéia é que a gente controle os gastos, controle os custos e você ajuste a cada ano o orçamento.

T – Pois é, mas aí nessa linha não fica tipo, a gente poderia fazer uma coisa parecida com o monopólio, alguma coisa dessas entidades , ou seja, enfim , são estas, está estabelecido, porque...

J – São estas que nesse momento, porque são esses os hospitais que eu tenho, se eu tiver outros hospitais, eu vou dizer bom, quais são as entidades que se candidatam a estar gerenciando, e eu vou selecionar as entidades que estão candidatas a gerenciar.

T – E caso o desempenho de alguma não seja equivalente as demais, não vai ter esse percentual que é de incentivo de 10% no primeiro momento e depois não vai vim .....

J – Sim, se eu tiver uma entidade dessas, entre aspas “fracassando” no processo, eu tenho todos os elementos pra dizer, não vou renovar, etc e qualquer coisa ..... não é o que aconteceu até agora, veja, quando aquelas coisas que eu te disse, é uma experiência com números bastante grandes, mas para a quantidade de entidades filantrópicas que nós temos no nosso contrato, a experiência é pequena na realidade, me diz o meu colega de Goiás (Copertino) Secretário Estadual de Goiás, e ele então teria interesse em aplicar em um determinado hospital da cidade, não sei o que, para ter mais, onde é que eu vou buscar entidades gerenciais lá em Goiás, entidades para gerenciar com essa tradição de Santa Catarina, Marcelina, e lá eu não tenho esses ...

T – Isso é muito interessante.

J – Eu acho que a gente tem uma multiplicidade de entidades aqui que nos permitiu partir para isso.

T – Em condições né.

J – Aquilo que eu falei de circunstância, uma coisa é ter um monte de esqueletos para entregar para a população, tem uma lei (Camata) que não sei o que, nós acreditamos que esses hospitais trabalham seriamente, então isso tudo somado leva você a propor uma lei que cabe [inaudível]... isso, bem é só pegar como eles estão fazendo entendeu, que os hospitais são, os hospitais vivem batalhando aí para ter hospitais de amigos da criança , hospitais de maternidade segura, avaliados pelos

usuários do SUS, então o de Diadema é um dos 3 melhores do Estado, o Sumaré, é um dos 10 melhores do Brasil, esses são os resultados desses hospitais, entende? Esses hospitais todos estão inovando, por exemplo, em parto humanizado, um serviço de campo de aprendizado para os outros hospitais virem aí a aprender, porque na realidade é um bruto sucesso, a gente fala isso com muito orgulho.

T – No caso mais do que os do Estado, mais do que os que são ...

J – Eu estou dizendo, veja, Casa Maternal Leonor Mendes de Barros, tá, é primeiro hospital a ser qualificado pela APM com aquele selo de Doutor Hospitalar, ele é maternidade segura agora, ele é amigo da criança e tal, tá certo, é um hospital nosso da administração direta, tá certo, então não tem nada contra administração direta, eu estou te dando resultado, serviços, como é que eles funcionam, eu acho que eles estão muito bem, então eu tenho outros hospitais...

### 3. ENTREVISTA COM DR. MÁRCIO CIDADE GOMES (COORDENADOR DA COORDENADORIA DE CONTRATAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE), REALIZADA EM MAIO DE 2002<sup>10</sup>

Meu nome é Márcio Cidade Gomes, sou Coordenador da Coordenação de Contratação de Serviços de Saúde, é uma Coordenação recente na Secretaria, ela tem oito meses de existência. Anteriormente era um grupo de trabalho criado por uma Resolução do Secretário, um grupo de trabalho vinculado ao Gabinete que foi constituído para dar conta de começar a tratar dos primeiros hospitais que estavam sendo entregues à gestão das organizações sociais de saúde.

O Senhor é advogado?

Não. Eu sou médico de formação com pós-graduação em administração de serviços de saúde no PROAHSA.

O Senhor participou bem do começo das organizações sociais ou o Senhor pegou agora ...

Quando eu cheguei na Secretaria, março de 99, já havia três hospitais que estavam recém entregues, estavam já iniciando alguns meses, então foi bem no início do processo. As obras foram sendo retomadas e entregues com muita rapidez, se você considerar depois de três anos e dois meses de processo, nós temos hoje treze hospitais já funcionando, então é muito rápido, mas praticamente desde o início.

O que diferencia um hospital comum das organizações sociais?

Se a gente for considerar o hospital comum que você está perguntando como hospital da administração direta comum ou da Secretaria de Saúde, basicamente o

---

<sup>10</sup> Nossos agradecimentos à Sra. Isolete Barras, que colaborou para a transcrição desta entrevista.

que diferencia é que a gestão possui uma flexibilidade muito diferente, bastante distinta por força da possibilidade que estas organizações chamadas organizações sociais possuem são entidades privadas, filantrópicas privadas, que a Lei que as criou possibilitou que elas se qualificassem como organização social e pudessem pleitear a gestão de um hospital público, um desses quinze esqueletos que foram deixados por outras administrações e que o Governador Mário Covas quando assumiu estabeleceu um compromisso de não construir nenhum novo hospital antes de retomar aquelas obras que estavam paradas, colocá-las de pé e fincar e aí havia um impedimento naquela altura para que o Estado contratasse funcionários públicos para gerir, para tocar esses hospitais. Havia impedimento, a Lei Camata restringia gastos com folha, então você considerar quinze hospitais, que eram quinze na verdade, treze já funcionam, dois vão ser entregues agora até o final do ano. Você teria aí no mínimo quase cerca de vinte mil funcionários públicos a mais. Havia esse impedimento, então criou-se, estudou-se a alternativa e uma alternativa que acabou vingando, ocorrendo foi que o Governador encaminhou um Projeto de Lei à Assembléia que foi aprovado, a Lei Estadual que permitia a qualificação de entidades com determinadas características que a Lei prevê como organizações sociais no âmbito da saúde e da cultura, a Lei criou esta característica que na saúde que mais se desenvolveu. Na cultura se desenvolveu menos. Então existem diferenças, inúmeras diferenças, mas uma diferença muito visível é a flexibilidade que restou, que esta entidade tem para administrar um hospital. De que forma você pode caracterizar essa ..... , eles podem, por exemplo, contratar, demitir, muito diferente dos serviços públicos, eles podem propor uma sistemática de remuneração, um plano de cargos e salários com bastante liberdade. No serviço público, o diretor de um hospital da Secretaria da Saúde, por exemplo, não tem , não está na sua esfera de responsabilidade definir o seu quadro de pessoal, qual a remuneração de cada funcionário que está lá dentro hospedado ..... isso é uma informação importante, com relação à compra de insumos no Estado é necessário que você faça uma licitação pública, as entidades não fazem licitação, fazem cotações, existe um regulamento de compras que a Lei também determina, eles fazem no mínimo três ou cinco cotações e a menor cotação compram de imediato, rápido, um hospital que

enfim não deve ficar desabastecido de maneira nenhuma porque tem recurso financeiro para comprar e tem possibilidade de comprar com muita rapidez.

Tem algum tipo de regulação?

Regulação enquanto um sistema de acompanhamento de avaliação e controle é isto?

Na verdade regulação além do que está na Lei tem outras normas e depois uma segunda pergunta .....

Existe. Na verdade a Lei cria possibilidades das entidades se qualificarem para gestão de um futuro hospital, esse processo é feito através de uma convocação pública, o Secretário da Saúde publica uma convocação, essas entidades interessadas se apresentam, apresentam um projeto, esse projeto é avaliado tecnicamente, submetido ao Secretário que escolhe uma entidade e o Governador do Estado é que autoriza a entidade a gerir aquele determinado hospital que vai entrar em operação. Mecanismos de controle como determina a Lei existe em princípio na verdade centrado num contrato de gestão que lá elenca as responsabilidades de lado a lado. Esse é o primeiro mecanismo de regulação e controle. O contrato. Esse contrato, o acompanhamento desse contrato é de responsabilidade direta dessa regulação, direta, diária. Você tem além desse mecanismo a obrigatoriedade de prestação de contas à Assembléia Legislativa e ao Tribunal de Contas do Estado, cada um desses hospitais e por fim, existe uma Comissão de pessoas de notório saber que tem também a incumbência de se reunir periodicamente, avaliar o resultado desses hospitais e referendar para o Secretário da Saúde que encaminha o relatório para a Assembléia e ao Tribunal referendado por esta Comissão composta, por exemplo, de dois representantes da Assembléia, dois Deputados, de dois membros do Conselho Estadual de Saúde, de pessoas de reconhecido saber, por exemplo, vou dar um exemplo: Professor Adib Jatene, Professora Ana Maria Malik, uma série de pessoas que o Secretário nomeou, cerca de duas ou três pessoas que se

reúnem para avaliar e referendar a execução do contrato, então você tem essas instâncias de avaliação e controle.

Perdi. Esses contratos vão ser submetidos a quem?

O contrato não, a execução do contrato por parte de cada um dos hospitais. Eles estão executando aquilo que o contrato firmou, aquilo que foi objeto na compra dos serviços.

Mas essa Comissão ela vai submeter esse relatório a que?

Na verdade referenda para que o Secretário encaminhe à Assembléia e ao Tribunal de Contas, ela faz como se avalizasse. Por exemplo, a Comissão entende que o contrato está sendo executado conforme contratado, as atividades vem sendo executadas a contento, com qualidade , na medida em que foi contratada.

É enviado algum pessoal para trabalhar junto aos hospitais na administração?

Não. A Lei permite que funcionários públicos sejam afastados para estas entidades. Eles podem, o Estado pode afastar um funcionário, quer dizer, ele deixa de ser remunerado pelo Estado, ele pode ser contratado junto à instituição. Circunstancialmente em três hospitais não há nenhum funcionário público afastado para as entidades, isso não ocorreu. A Lei prevê, é possível, é legal, mas não ocorreu. Não há funcionário público afastado para as entidades. As entidades fizeram as suas contratações do seu corpo de funcionários para dar conta do recado, mas não houve funcionário afastado para essa finalidade.

O Senhor disse que tem treze entidades, organizações sociais

Deixa eu fazer uma retificação. São treze hospitais submetidos a contrato de gestão, não são treze geridos por organização social, são doze geridos por organização social. Um deles que é o hospital de Sumaré ao lado de Campinas, é um contrato firmado com a UNICAMP, Universidade Estadual com implementação da FUCAMP, eles não foram constituídos como organização social até porque a Lei não permitia, legalmente eles não poderiam ser, porém a Secretaria estabeleceu com a Universidade Estadual um contrato semelhante, exatamente igual ao mandato de gestão, então nós o avaliamos como se fosse uma organização social e o resultado que ele apresenta é tão bom quanto da organização social. Por isso que a gente fala que são treze novos hospitais. Doze sob gestão de organização social, porém a gente avalia e acompanha o resultado de treze porque tem o mesmo contrato de gestão.

O Senhor falou que são quinze hospitais ao todo e tem projeto para que abram esses dois?

Esses dois devem estar sendo entregues a população ao redor de setembro talvez. Agosto, setembro, outubro, depende do final de obra e de equipar o hospital. É o Hospital de Sapopemba na Zona Leste e o Hospital de Bauru.

Mas eles já vão ser entregues sob o contrato de gestão?

Já. Vai ser estabelecido o mesmo contrato de gestão. Não fica claro ainda, é uma decisão que vai ser tomada mais à frente se serão organizações sociais ou não serão organizações sociais, porém serão submetidas ao mesmo contrato de gestão como no caso que eu citei lá de Sumaré.

Existe algum apoio do Governo Federal ou existiu em algum momento?

Existiu em um hospital especificamente, o de Itapevi, um apoio financeiro do Governo Federal dentro do projeto [inaudível] de uma verba para dar conta da construção e equipar. Uma verba, não a parcela mais importante de custo, a mais

importante foi do tesouro do Governo do Estado, mas houve uma participação, foi especificamente no caso desse hospital. Em todos os outros hospitais que foram retomados não houve participação do Governo Federal do ponto de vista financeiro, foi todo suportado pelo Governo do Estado.

O Senhor poderia explicar para a gente como funciona o projeto da entidade se cadastrar?

A Lei exige, tem, cria alguns pré-requisitos. Que Entidades Filantrópicas sem finalidade lucrativa podem pleitear? Se qualificar como organização social? Elas podem pleitear. E como é que elas fazem? Elas encaminham um pedido ao Secretário da Saúde e anexam a este pedido uma série de documentos que a Lei exige: seu estatuto social, para ver se o seu estatuto social é realmente, confirma realmente, que aquela entidade é uma entidade filantrópica séria. Se as suas certidões de filantropia, conselhos, ..... a Lei diz o seguinte: a entidade que busca qualificação deve comprovar ter no mínimo cinco anos de experiência em administração de seus próprios serviços e serem já entidades que prestam serviços ao SUS, atendem ao SUS. Uma série de outras exigências documentais, então elas pleiteiam, isto é, dá entrada na Secretaria, isto é remetido à Consultoria Jurídica da Secretaria da Saúde que avalia se juridicamente essa entidade está apta, dentro da lei, a pedir a qualificação. O Secretário quando está ok, quando todos esses passos foram superados a entidade está apta ele encaminha ao Governador do Estado, a Assessoria Jurídica do Governador do Estado reavalia e se estiver tudo ok o Governador do Estado qualifica. É uma resolução do Governador que ele qualifica a entidade como organização social não para determinado hospital, qualifica como organização social, ela está qualificada. Quando está próximo de um hospital estar sendo entregue o Secretário da Saúde paga pela convocação pública onde as entidades qualificadas interessadas deveriam estar oferecendo um projeto para um hospital, por exemplo, lá de Sapopemba, essa entidade vem à Secretaria, vem buscar determinadas informações, que hospital é esse, qual é o seu porte, quantos leitos tem, que atividades irá desenvolver, em que região está inserida, ela leva as plantas

do hospital, dos andares, ela leva as informações à entidade, faz um projeto do início até o fim da execução na operação do hospital e submete esse projeto a nós aqui nessa Coordenação, a gente avalia do ponto de vista técnico e do ponto de vista de que recurso financeiro a entidade disse que precisara para gerir esse hospital, e encaminhamos ao Senhor Secretário todas essas propostas com uma avaliação técnica da proposta. O Senhor Secretário, eu estou muito em função dos últimos hospitais, nos primeiros hospitais não havia tantos interessados assim, pelo contrário havia um certo receio de lado a lado que isto fosse funcionar bem, mas no último que nós inauguramos em Vila Alpina teve oito candidatos, então houve realmente uma seleção de candidatos, seleção de projetos e aí dentro do melhor projeto o Secretário indica ao Governador que tal entidade deverá ser qualificada para a gestão daquele hospital e aí o Governador autoriza. O processo é este.

Então tem uma segunda qualificação

Não. A qualificação está dada num primeiro instante, o que tem é uma decisão que aquela entidade será a entidade gestora de tal hospital. Decisão, para firmar contrato de gestão, uma autorização para firmar contrato de gestão.

Vocês publicam o resultado do controle que vocês fazem?

Não. Publicação não. Uma publicação formal? Não.

Porque no site da Secretaria não tem.

Nós estamos tentando desenvolver dentro do site da Secretaria, um capitulozinho chamado, da nossa Coordenação de Contratação onde a gente fizesse constar, hoje em dia a gente tem até, na verdade é construir um site, o site está lá, mas construir isso dentro do site porque hoje esses hospitais já têm conosco um formato assim talvez bastante moderno, isto a partir deste ano. Toda a produção destes hospitais, todos os dados de produção, dados econômicos financeiros, dados dos indicadores

de qualidade que fazem parte do contrato eles colocam na WEB, tem lá um site, um espaço que foi criado, onde o hospital entra e tem um prazo que vai até no máximo dia quinze de cada mês onde ele tem que digitar nesse espaço, encaminhar, digitado praticamente já está, porque ele envia via Internet, então o sistema recolhe esses dados e gera todos os relatórios que a gente definiu como relatórios pertinentes e esses relatórios já são automaticamente disparados para os computadores de diversas instâncias. Então você tem determinados relatórios são encaminhados automaticamente para a Direção Regional de Saúde que e a instância regional local que tem a função de administrar este conjunto de hospitais de sua área seja de organização social ou não, mas , por exemplo, a direção regional recebe esse relatório, outras coordenações envolvidas da Grande São Paulo ou do Interior também recebem, o Gabinete do Secretário, do Senhor Secretário também recebe e atualmente até o Governador do Estado também recebe. Esses dados poderiam ser ....., certamente serão quando isto estiver pronto dentro do site da própria Secretaria. A intenção dessa Coordenação e o Secretário já autorizou e que esses dados sejam inclusive disponíveis para qualquer cidadão interessado, pode clicar e olhar cada um desses treze ou quinze ou tantos hospitais quantos estejam sob essa modalidade de contrato, a obrigação desses hospitais de prestarem contas e isso ser disponibilizado por acesso, pela Internet, pela WEB. Qualquer cidadão interessado poderá. Agora publicação formal, não. O que existe é o relatório que é encaminhado regularmente à Assembléia Legislativa e a ação do Tribunal de Contas e aí ação como se fosse qualquer hospital, seja da gestão OS , seja hospital de administração direta o Tribunal audita regularmente e publica o resultado da auditoria.

Agora, enquanto não é implantada essa nova sistemática e uma pessoa deseje acompanhar ela pode solicitar o processo na Assembléia?

Não é que não pode, talvez até possa, eu não sei como funciona do ponto de vista, como isso se dá na Assembléia, mas a Assembléia não recebe relatórios extensos, na verdade a Assembléia recebe um conjunto de informações que diz que o objeto do contrato está sendo cumprido. Para efeito de avaliação que eu não sei se é este o

interesse de vocês e não sei se é esta a dúvida que apresenta para as OSS, é que dados consistentes de cada um desses hospitais não estaria lá nesse instrumento, estaria disponível, estão disponíveis, por exemplo, na Secretaria, não são dados sigilosos, são públicos. Para efeito desta sua dúvida eu sugeria o seguinte: os interessados teriam disponíveis aqui nessa Coordenação todos os relatórios pertinentes de todos os hospitais ao longo dos três anos e três meses com certeza.

A Faculdade de Saúde Pública fez um relatório recentemente

A Faculdade de Saúde Pública desde o início do processo, a Secretaria da Saúde estabeleceu um convênio com a Faculdade para que ela fizesse uma avaliação externa do processo, então este convênio foi contemplado com vários sub-projetos: análise de demanda, estudo de terceirização, etc., etc., vários, e foram publicando ao longo desse período, desses três anos vários relatórios de avaliação do processo. É uma instância externa que nós inclusive regularmente nos falamos, temos reuniões periódicas para, na verdade prestações de informações, avaliação conjunta e a Faculdade vem fazendo, vem cumprindo na verdade nos ajudando como um olhar externo, que propõe ali, que critica, que propõe alternativas mais adequadas, enfim, é uma instância que tem nos ajudado.

A professora Tânia comentou comigo que talvez vocês não concordassem muito com o teor final do relatório, porque agora eles disponibilizaram os relatórios, vocês não concordariam com o teor.

Não. Veja, isso seria mais ou menos partir do pressuposto que nós primeiro obrigatoriamente teríamos que concordar, que não é verdadeiro; segundo: se for um convênio que trata de que a Faculdade de Saúde Pública seja um avaliador do processo externo, imaginar que todos os relatórios emitidos fossem de absoluta concordância, deixa um pouco de ser um avaliador externo e passa a ser um parceiro que está lado a lado de braços dados com você eu acho que perde um pouco a despesa do processo talvez, no nosso entendimento a Faculdade de Saúde Pública

deve ter liberdade suficiente para emitir os seus pareceres em relação ao processo mesmo que a gente não concorde integralmente ou discuta alguns pontos. O que a gente faz é receber como vocês recebem eventualmente, avaliá-lo e inclusive discordar dele e voltamos aos nossos dados, colocamos a nossa discordância.

De vez ou outra ocorre isto o que você questionou que é num eventual relatório tal, poder estar sendo colocado como, veja , a gente manifesta sim eventualmente, por exemplo, o mais recente que me foi encaminhado é um estudo que fizemos sobre terceirização ..... avaliação e como isso tem andado, até daria uns pontos de discordância, a gerência desse projeto está com a Professora Evelyn, a gente senta muito com ela para que ela leve aos consultores que fazem essas avaliações a nossa posição, mas isso não impede que a Faculdade está lá colocando o seu parecer. Na verdade enriquece mais o processo, não é um documento acordado, a gente não sabe deste documento até que ele nos chegue às mãos. E acho que é bom que seja assim.

O Senhor é muito crítico às organizações sociais. O Senhor acha que tem desvantagens em ter uma organização social?

Eu sou crítico. Não é que eu sou crítico, eu vejo o seguinte: o que a gente costuma dizer muito por aí é o seguinte: é preciso entender o porque do modelo antes de mais nada. Este modelo não nasceu para substituir o modelo dado. Isso não ocorreu dessa forma. O Senhor Secretário não acordou um dia achando o seguinte: bom, agora eu vou mudar tudo e quem vai prestar esse serviço a população não será mais o Estado, será uma entidade privada, entendeu? Não é isto. Ele não nasce para substituir o modelo, ele nasce por circunstâncias muito concretas, uma decisão do Governo de retomar quinze esqueletos parados, uma necessidade de colocá-los a funcionar e o impedimento legal de funcionar com funcionário público do Estado então este era o cenário, então é necessário pensar em soluções alternativas, tem diversas soluções alternativas, a que acabou vingando, a que acabou ocorrendo foi a aprovação de uma lei estadual que pudesse permitir, porque a Lei Orgânica da Saúde do Estado não permite a não ser em casos que a Lei das Organizações Sociais

passou a permitir então tem esse [inaudível] da Lei a não ser nos Estados brasileiros nas Organizações Sociais que o Estado entregue um bem dela, um hospital de propriedade do Estado para a Entidade Privada fazer a gestão. Então eu começo um pouco a questão, eu começo a avaliar a questão em função de um dado completo diferente de algumas diferenças com Organizações Sociais que a gente tem visto em outros Estados, onde um determinado hospital que já existe e opera ..... de uma hora para outra se transforma em Organização Social, característica importante que eu não disse ainda, a Lei diz que só novos hospitais poderão ter a sua gestão ..... , significa o seguinte: para aquilo que já está dado está prerrogativa não vai caber, não vai haver possibilidade de se criar uma Organização Social e substituir um hospital do Estado já operando. Não. A não ser que isto a Lei nova que venha a alterar, mas, eu começo a olhar primeiro por aí, não se trata nem da vantagem nem da desvantagem, se trata de um dado concreto, de uma necessidade conhecida e o impedimento legal de fazê-la de modo que o Estado faz. Criou-se uma alternativa. O que eu acho que existe de enorme engano, porque no nosso entendimento cada vez mais a gente percebe ser uma Organização Social ou não, talvez não seja o fundamental nesta questão, no instrumento que se desenvolveu, ou seja, o contrato de gestão nas suas exigências é que se mostrou na verdade o ganho do processo, tanto que dos treze só doze são, só um não é, porém é submetida à mesma regra. O contrato se mostrou, no nosso entendimento, um entendimento de lado a lado, um instrumento muito importante que passou a permitir a partir de então cada vez mais, este é um processo que está sendo construído num sistema primeiro: de informação mais qualificada, bastante mais qualificada porque eu não considero a AIH um instrumento de faturamento, passa a considerar um instrumento de informação. Para efeito de você poder medir se a produção é aquela contratada e passa a permitir informações epidemiológicas que a AIH como um instrumento de faturamento não consegue informatizar porque para fins de faturamento ela permite determinados desvios, determinado viés que desqualifica um pouco a informação. Vou dar um exemplo prático: um único paciente pode gerar três, quatro até cinco ..... Um paciente muito complexo com ..... por exemplo, ou alguém ..... aí você vai abrindo outras ... aí de repente você tem cinco pacientes ou cinco AIH com um

único paciente o que distorce um pouco a sua análise, para nós, para esse processo, para o Estado, é ..... complexo, porém um único processo. A forma da informação a AIH permite, ela é fechada e encaminhada para faturamento de vinte e cinco a vinte e cinco, o faturamento, para nós é de um a trinta e um, nos interessa olhar dentro do mês, quantos pacientes foram internados, pacientes, não as AIHs geradas, pacientes, que pacientes é este? O sistema de faturamento chuta, chuta não, ele prescinde de informações tipo, por exemplo, diagnóstico secundário, é uma exigência nossa diagnóstico secundário e agora nós vamos começar a ter inclusive abertura para mais diagnósticos, cada vez mais, cada vez mais qualificando a informação. O sistema de ..... que você coloque a indicação de uma cesárea feito urgência, nós não permitimos que urgência seja diagnóstico de indicação de cesariana, urgência não nos define nada é preciso dizer a real indicação de uma cesariana, por exemplo, para nós ..... fantástico na questão da informação, segundo: de permitir instrumentos assim mais ágeis de informação em relação ponta, à unidade, ao hospital e a instância central ..... Uma grande vantagem que a gente tem acompanhado desde o início, o Conte faz isso com muita prudência, comparar entidades ou comparar possibilidades desiguais de gestão você acaba induzindo a uma verdade discutível, mas a gente vem sempre de início acompanhando a performance .... o que produzem por mês e quanto custa com outros resultados semelhantes da Secretaria de Estado. A gente percebe que estes hospitais acabam produzindo mais saídas com o mesmo produto, com o mesmo orçamento, com o mesmo dinheiro alocado eu consigo mais produção, outro ganho que me parece muito importante, contrato diz o seguinte: acerta-se com cada entidade, convencionam-se, sentam-se várias vezes, trabalho exaustivo e se acorda um orçamento para o ano seguinte que será traduzido no contrato, no orçamento para alterar tantos milhões para o ano que vem. Como é aplicado esse orçamento? Noventa por cento dele são aplicados em parcelas fixas mensais, oito parcelas, só que dez por cento dele é aplicado, é pago ao hospital trimestralmente se atingido indicadores de qualidade, então nos parece também um dado importante que é você passar a exigir que o hospital atinja níveis de qualidade que o comprador de serviço estabelece e remunere essa qualidade, ou seja, não é nenhum bônus, não há dez por

cento a mais do recurso, é dez por cento parte integrante do recurso. Como a gente tem encaminhado cada vez mais para ter recursos que sejam suficientes nem muito e nem pouco, mas o suficiente, dez por cento fazem muita falta no hospital, então os induziu a ir buscar cada vez mais atingir estes indicadores qualitativos, esse também é um ganho importante no processo, um enorme ganho no processo, não se costuma vincular recurso financeiro pelo menos em hospitais, na área pública com atingimento de indicadores de qualidade. Você pode até dizer que você tem como meta estabelecer, mas remunerar ou não, e aqui eu costumo dizer o seguinte: se cem por cento desses indicadores estiverem atingidos ele recebe cem por cento dos dez por cento, todos, se cinquenta, cinquenta, se trinta, trinta, se zero, zero, então não só se estabelece como se remunera em função de qualidade. Então não é um processo que compra quantidade de serviço, compra também, porém com o mínimo de qualidade que você determina qual seja, você tem diversos indicadores ..... e você vai abrindo, a questão da informação como ela é qualificada, tem uma série de exigências que o ..... tem que cumprir e estão cumprindo cada vez melhor, cada vez atingindo mais cem por cento das exigências.

Em geral quando a gente estuda organização institucional ou coisa como ..... a gente sempre vê teoricamente: a é processo de reforma do Estado, nunca..... nos mostra é meio diferente do que é uma situação concreta como você diz que demanda uma solução e aí se buscou uma alternativa, não vem exatamente dentro daquela linha de reforma do Estado de passar para a iniciativa privada ou para o setor sem fins lucrativos .... pontos repassados sem prejuízo das .... básicas do Estado.

Se o Senhor pudesse comentar isso eu gostaria e especificamente no caso ..... reflete essa mesma necessidade da prática levando a uma mudança institucional ou não.

No caso específico da cultura até aonde a gente tem conhecimento esse processo não avançou como avançou na saúde, a gente não tem conhecimento de nenhum caso concreto de qualquer experiência na área da cultura que tenha hoje em dia alguma

organização social responsável por gestão de qualquer grupo sinfônico, museu. O que se sabe é que parece que atualmente eles estão retomando esta questão querendo caminhar, mas não caminhou. Quando eu digo que nós tínhamos um fato concreto e talvez seja essa a sua questão não sei se é, mas enfim como uma forma de você caminhar para a reforma do Estado etc. e tal que foi aquilo que o Governo Federal acabou propondo lá na época do Bresser eu digo que talvez no meu entendimento tenha sido algo um pouco diferente disto o que era completo e aí o tamanho de um empreendimento acaba explicando a construção, a gente não conhece talvez não exista mesmo até hoje nenhuma experiência no mundo que tenha colocado cerca de três mil leitos novos, novos três mil leitos, novos quinze hospitais em três anos e pouco a funcionar. Então a tarefa que se você na origem tivesse imaginado provavelmente diria não, impossível, não ocorrerá. então as coisas foram assim: irá ocorrer, terá que acontecer, e terá que acontecer e os mecanismos terão que ser desenvolvidos no processo. Põe o carro a andar e aí desenvolve o mecanismo para avaliar este carro andando. O que tornou possível na verdade frente a esta, este tamanho do projeto que você olhasse e aí sim a questão da reforma do Estado com dados práticos, com vivência prática, com alguma coisa que está ocorrendo que possa valer como avaliação aí sim mais consiste de como é essa questão da reforma do Estado pode ocorrer, por isso eu disse no início para vocês: não se propôs na origem disto tudo uma mudança ou uma alternativa ao sistema que aí está, não se diz o seguinte: vamos a partir de agora percorrer um caminho, pegar todos os hospitais, por exemplo, da Secretaria do Estado e transforma-los em hospitais sob gestão administração privada filantrópica, não, é para esse conjunto específico de necessidades, acho que existe uma diferença importante aí que permite e cada vez mais permite ter informações, informações cada vez mais qualificadas, cada vez mais consistentes de como é possível você na verdade conseguir maior resultado com o recurso que você tem nesta área hospitalar.

Então o projeto ..... tem que se dar três organizações especificamente que é: Itaim que foi a primeira, Grajaú e Itapecerica, aí a gente pretende totalizar bem o processo de implantação daí a gente gostaria de saber se o Senhor conhece alguma peculiaridade desses três casos.

Olha, são tantas que acho que seria até mais coerente imaginar que ao longo do processo que vocês vão ter que estar debruçadas na avaliação que vocês vão necessariamente percebendo porque veja: considere o seguinte: você está falando de três entidades distintas: está falando do Itaim que tem gestão com a Congregação de Santa Marcelina, você está falando do Grajaú da UNISA – Universidade de Santo Amaro, está falando de Itapecerica o Seconci, três entidades absolutamente distintas, Já teríamos distinções na partida, na origem, inseridos em regiões geográficas absolutamente distintas em características completamente diferenciadas em princípio, duas no município de São Paulo regiões de alta densidade demográfica, déficit de leito operante e funcionante básica muito mais que inclusive que o Grajaú que está lá na ponta da região sul, a terceira num município fora de São Paulo na região metropolitana enfim, tem uma série tamanha de características distintas que eu não me arriscaria aqui a elencar são várias que serão percebidas certamente no processo, vocês vão perceber. Apesar das diferenças eles foram no início o processo pressupunha um tratamento igual, estabeleceu-se uma meta comum para todos os hospitais no início e todos tinham que alcançar num determinado espaço de tempo estava vinculado, e o recurso era o recurso que eles faturavam mais um percentual que a Secretaria propôs de cinquenta por cento e mais um eventual desequilíbrio econômico financeiro que o tesouro do Estado tinha que arcar regularmente era completamente diferente do que é hoje o contrato de gestão, mas foi a forma que se buscou para rapidamente conseguir fazer com que os hospitais estivessem operando, talvez não houvesse outra alternativa na ocasião.