



artigo original

Organizações Sociais de Saúde: experiência bem-sucedida de gestão pública de saúde do Estado de São Paulo*

*Social healthcare organizations: the successful experience
of public healthcare management in the State of São Paulo*

RESUMO

A busca de novas estratégias para o aperfeiçoamento da gestão pública dos serviços de saúde tem sido objeto de discussões no Brasil, desde a implantação do Sistema Único de Saúde – SUS. As parcerias público-privadas estão entre as alternativas existentes, na busca de maior eficiência na prestação de serviços públicos de saúde. No presente estudo apresenta-se a experiência da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, atualmente com oito anos de duração, que criou um novo modelo de gestão em saúde, por meio de Organizações Sociais de Saúde – OSS. Este modelo vem apresentando bons resultados, com indicadores bastante positivos de eficiência e de qualidade de atendimento, tornando-se uma experiência bem-sucedida de gestão pública de saúde no SUS/SP.

ABSTRACT

The search for new strategies to improve the management of public health services has been debated in Brazil, since the implementation of Brazilian Healthcare System, named Unified Healthcare System (SUS). The public and private partnerships are some of the existing alternatives in the search for more efficient public healthcare services. This study presents the experience of the Department of Health of the State of Sao Paulo (SES/SP) during the last eight years. This experience created a new model to manage healthcare services: the OSS – Social Healthcare Organizations [Organizações Sociais de Saúde]. This model has shown good results, with positive efficiency and quality indicators, and has become a successful experience in the management of public healthcare services within the SUS/SP.

Luiz Roberto Barradas Barata¹

José Dínio Vaz Mendes²

Palavras-chave

Gestão em saúde. Administração de serviços de saúde. Administração em saúde pública. Eficiência organizacional.

Keywords

Healthcare management. Healthcare services management. Public health management. Organizational efficiency.

Conflito de interesse: nenhum declarado.
Financiador ou fontes de fomento: nenhum declarado.
Data de recebimento do artigo: 7/5/2006.
Data da aprovação: 21/7/2006.

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

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

Endereço para correspondência: Av. Enéas de Carvalho Aguiar, 188, 5º andar – 05403-000 – São Paulo, SP.

Endereço eletrônico: lbarradas@saude.sp.gov.br / jdinio@saude.sp.gov.br

INTRODUÇÃO

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

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

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

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

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

No presente documento são apresentadas algumas considerações sobre a parceria público-privada realizada pela Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo e as Organizações Sociais de Saúde – OSS, que permitiram o desenvolvimento de um novo

modelo de gestão, atualmente com oito anos de experiência, para os serviços de saúde que realizam atendimento para o SUS.

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

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

Trata-se de uma nova forma de gestão pública de saúde que teve resultados bastante promissores no oferecimento de serviços assistenciais de saúde de qualidade reconhecida pela população do Estado de São Paulo, mas que exigiu um conjunto de transformações no modelo tradicional de gestão pública implantado no país.

Entretanto, não se deve encarar as OSS como a solução para a questão do subfinanciamento do SUS, dentro da linha de pensamento que transforma as limitações financeiras do sistema apenas em “problemas gerenciais”, isto é, superáveis com maior eficiência no uso dos recursos públicos, a ser alcançada por um modelo privado de administração. Não é o caso, pois o SUS precisa efetivamente de novos recursos, se deseja obter a equidade no acesso às ações de saúde pela população.

Mas certamente o desenvolvimento do modelo paulista das OSS e seu funcionamento nos últimos oito anos permitem reconhecer que, se cabe aos governos garantir os serviços de saúde para todos, não há razão para con-

siderar que estes serviços não possam buscar maior eficiência em sua gestão, mantendo o caráter público com novas modalidades gerenciais.

Insistir portanto que os hospitais devam ser sempre administrados com baixa eficiência diretamente pelo Estado, conforme o modelo tradicional de gestão pública implantado há décadas no Brasil, é um equívoco. Em outras palavras, acreditamos que é necessário evoluir e aceitar que o que é público não precisa ser obrigatoriamente estatal.

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

OS PRINCÍPIOS DO SUS

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

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

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

- a **descentralização** de ações e serviços de saúde, com ênfase na municipalização, refletindo a noção de que o nível local é o melhor âmbito para tratar diretamente a questão da saúde, identificar as peculiaridades e diversidades locais e criar ou adaptar as estratégias para a superação dos problemas de saúde encontrados;

- a **regionalização e a hierarquização** da rede de serviços assistenciais, reconhecendo a necessidade de conjugação de esforços das esferas de governo na solução dos complexos problemas de saúde, racionalizando o uso dos serviços e equipamentos de saúde e otimizando os recursos;

- a **participação da comunidade**, na formulação e acompanhamento das políticas do SUS nas diferentes esferas de governo.

A grande ampliação na cobertura do sistema foi um ganho incontestável dos últimos 17 anos. Apesar dos percalços naturais da implantação do SUS, num cenário de financiamento insuficiente, várias pesquisas indicam os avanços obtidos desde 1988.

Como exemplo citamos a Pesquisa Mundial de Saúde – 2003 realizada pelo Organização Mundial de Saúde – OMS em 71 países e que no Brasil foi coordenada por pesquisadores da Fundação Oswaldo Cruz-FIOCRUZ.

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

Daqueles pacientes que necessitaram de internação, 71,0% foram atendidos pelo SUS. Quanto ao tempo de espera da internação, 90,9% dos usuários do SUS obtiveram o atendimento no mesmo dia em que necessitaram⁽¹⁾.

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

A PARTICIPAÇÃO DO TERCEIRO SETOR NA PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE DO SUS

Para a realização desta grande expansão da assistência à saúde, o SUS sempre contou com a participação do terceiro setor na prestação de serviços de saúde.

Na verdade, a história da prestação de assistência à saúde pelas entidades filantrópicas no Brasil é muito anterior ao SUS, remontando à criação das Santas Casas de Misericórdia e dos hospitais beneficentes.

Por este motivo as entidades filantrópicas foram reconhecidas pela Constituição Brasileira como parceiras fundamentais do Estado na assistência prestada pelo Sistema Único de Saúde – SUS, conforme seu artigo 199:

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

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

No Brasil, segundo as informações do Sistema de Internação Hospitalar – SIH/SUS do Ministério da Saúde, os hospitais filantrópicos foram responsáveis por **4,5 milhões ou 40% do total de internações** do SUS em 2005. Es-

tas internações representaram cerca de 43% do valor total pago pelo sistema para as internações⁽²⁾.

No Estado de São Paulo os hospitais filantrópicos realizaram **1,3 milhão ou 56% das internações** do SUS em 2004, equivalentes a 57% do total gasto pelo sistema com internações no Estado⁽²⁾.

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

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

OS SERVIÇOS PÚBLICOS EM SAÚDE

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

Neste contexto, os serviços de saúde podem ser divididos em **públicos x particulares**⁽³⁾.

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

não são orientadas necessariamente pelas necessidades públicas.

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

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

Esta é a situação dos hospitais filantrópicos e de outras entidades sem fins lucrativos, que prestam serviços de saúde para o SUS. Esta condição foi reconhecida pela Constituição Federal que prevê expressamente a preferência que deve ser dada às instituições filantrópicas em relação às demais instituições privadas.

Cabe aos gestores do SUS reconhecer os hospitais públicos não governamentais como seus parceiros preferenciais conforme o disposto na Constituição e garantir a este parceiro o tratamento condizente com sua situação peculiar.

No sistema de saúde brasileiro, tal como em outras atividades sociais relevantes (como a assistência social, a proteção ambiental, entre outras), a utilização de organizações não governamentais para a prestação de serviços é perfeitamente legítima e legal, prevista na Lei Federal 9.637/1998 e na Lei Complementar Estadual nº 846/1998.

Assim, serão entidades públicas aquelas organizações sociais que ga-

rantam, na sua atuação, os princípios do SUS, o controle por parte dos gestores do sistema e o atendimento aos interesses e necessidades da população, de forma universal, equânime e integral.

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

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

AS ORGANIZAÇÕES SOCIAIS DE SAÚDE – OSS DO ESTADO DE SÃO PAULO

O Estado de São Paulo possui há oito anos uma experiência bem-sucedida de parceria público-privada com as Organizações Sociais de Saúde – OSS.

O modelo de gestão de hospitais públicos participantes do Sistema Único de Saúde – SUS, por meio de Organizações Sociais de Saúde – OSS, foi iniciado no Estado de São Paulo a partir de 1998, introduzindo novos conceitos de relacionamento com o setor filantrópico, que se mostraram eficientes e permitiram excelente nível de

qualidade na prestação de atendimentos à população.

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

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

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

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

A Lei determina a elaboração de um contrato de gestão, entendido como um acordo firmado entre o Poder Público e a entidade qualificada como OSS, estabelecendo as bases da par-

ceria e destinado a regular a execução das atividades que serão desenvolvidas pelo hospital. A Lei determinou ainda que os hospitais gerenciados pelas OSS atendam exclusivamente aos pacientes do SUS.

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

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

Para seu financiamento foi abandonada a lógica de pagamento pelas "tabelas SUS". Foi definido para cada hospital, de acordo com suas características de atendimento, um orçamento de custeio prefixado, com uma parte fixa e uma parte variável, baseadas em um sistema de custos referente à produção de procedimentos das principais áreas de atuação do hospital e em indicadores de organização do serviço, qualidade e eficiência (como a taxa de infecção hospitalar, farmacovigilância, comissão de óbitos, levantamento de satisfação dos usuários, qualidade de informação).

Atualmente 19 hospitais, três ambulatórios, duas farmácias e um laboratório de análises clínicas são administrados por esta modalidade de gerenciamento.

Os novos hospitais têm características de hospitais gerais, com tamanho médio de 250 leitos, abrangendo clínica

ca médica, pediatria, ginecologia/obstetrícia e cirurgia. Todos contam com atendimento de urgência/emergência, UTI de adultos e pediátrica. Em vários serviços são oferecidos atendimentos especializados conforme a necessidade das regiões nas quais se localizam, como cirurgia cardíaca, neurocirurgia, hemodiálise, transplantes.

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

Todos estes novos hospitais vieram suprir a lacuna de atenção secundária e em alguns casos terciária das regiões, principalmente da região metropolitana da Capital, caracterizadas por população de baixo poder aquisitivo, com problemas socioeconômicos e de saúde significativos e totalmente dependentes dos atendimentos do SUS.

Os novos hospitais colocaram a serviço do SUS um total de cerca de 4.300 leitos e 17 destes hospitais (plenamente ativados em 2005) tiveram produção anual de cerca de 207 mil internações, 1,6 milhão de consultas ambulatoriais (com 20,8 mil cirurgias ambulatoriais) e 1,7 milhão de consultas de urgência.

RESULTADOS OBTIDOS PELO NOVO MODELO DE GERENCIAMENTO DOS HOSPITAIS PELAS OSS

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

COMPARAÇÃO COM OUTROS HOSPITAIS DE SÃO PAULO

O processo de avaliação dos hospitais das OSS foi implantado desde o início dessa nova forma de gestão e inclui a comparação com os Indicadores publicados pelo Programa de Estudos Avançados em Administração Hospitalar e Sistemas de Saúde – PROAHSA/Fundação Getúlio Vargas – FGV, que envolvem uma amostra de 140 a 150 hospitais de pequeno, médio e grande porte, públicos e privados do Estado de São Paulo.

Em estudo realizado pela equipe da Secretaria de Estado da Saúde, ao compararmos esses indicadores tendo como base os dados disponíveis em 12 hospitais gerenciados pelas OSS (1º semestre de 2003) e do PROAHSA do 4º trimestre de 2002, temos a situação ilustrada no quadro 1⁽⁴⁾.

Estes dados demonstram a qualidade e os bons resultados quanto aos

QUADRO 1
Comparação entre 12 hospitais gerenciados pelas OSS e a amostra de hospitais do Boletim do Programa de Estudos Avançados em Administração Hospitalar e Sistemas de Saúde – PROAHSA/Fundação Getúlio Vargas – FGV

Indicador	OSS	PROAHSA/FGV
	1º semestre 2003	4º trimestre 2002
Relação enfermeiro/leito	0,27	0,24
Relação funcionários/leito	4,46	4,34
Taxa de ocupação	88,3%	63,5%
Tempo médio de permanência	4,3	3,47
Taxa de cesáreas	25,4%	78,2%

Fonte: Relatórios das OSS/CCS/SES. PROAHSA/FGV – Boletim de Indicadores nº 29, 2002.

recursos humanos empregados e os indicadores de ocupação dos serviços. Destaca-se a taxa de cesáreas nas OSS, bastante inferior à média da amostra dos hospitais do PROAHSA.

COMPARAÇÃO ENTRE HOSPITAIS DA ADMINISTRAÇÃO DIRETA E OS HOSPITAIS DAS OSS

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

Embora existam dificuldades para se estabelecer estas comparações, uma vez que o registro de dados de produção e de gastos não possui a mesma qualidade nos diferentes serviços, todos os levantamentos realizados apontaram maior eficiência nos hospitais das OSS, com menores gastos médios por internações e outros procedimen-

tos realizados nestes hospitais, em relação aos hospitais de mesmo porte, da Administração Direta.

No último levantamento realizado pela equipe técnica da Coordenadoria de Serviços de Saúde-CSS da Secretaria de Estado da Saúde, que comparou, em 2005, 13 hospitais gerenciados por OSS (totalizando 2.998 leitos), com 13 hospitais da Administração Direta (totalizando 2.925 leitos), de porte e com características de atendimento semelhante, obtivemos os resultados apontados no quadro 2.

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

Estudo realizado em parceria pelo Banco Mundial, o Ministério da Saúde e por pesquisadores da Fundação Oswaldo Cruz, em um programa de pesquisas que visava fortalecer e aper-

feiçoar o desempenho hospitalar no Brasil, também comprovou a eficiência das OSS.

Esse estudo, baseado em dados de 2003, comparou 12 hospitais das OSS e 10 hospitais da Administração Direta, com perfis semelhantes, demonstrando a maior eficiência técnica (capacidade de produzir o máximo de resultados com dada quantidade de insumos) dos hospitais das OSS⁽⁶⁾.

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

Seus autores afirmam ainda que "As OSS têm indicadores de mortalidade geral levemente melhores do que as unidades em regime de administração direta. Isso **significa que sob as mesmas condições de oferta de leitos e disponibilidade de recursos financeiros, as OSS em 2003 produziram mais altas e menos óbitos ocorreram nos hospitais gerenciados pelo modelo organizacional.**"

Apresentamos ainda alguns dados retirados do estudo no quadro 3.

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

QUADRO 2
Comparação entre 13 hospitais gerenciados pelas OSS e 13 hospitais da Administração Direta da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo em relação à produção de 2005

Indicador	Hosp. Adm. Direta	Hosp. OSS	% OSS/Adm. Dir.
Orçamento (R\$ milhões)	612,45	662,18	8,1% maior
Taxa de ocupação média (%)	75,8	79	4,2% maior
Nº saídas (mil)	116	166	42,8% maior
Nº de saídas/leito	39,7	58,1	46,1% maior
Gasto médio/saída (R\$)	3.554	2.691	24,3% menor

Fonte: CSS/SES.

QUADRO 3
Levantamento em 12 hospitais das OSS x 10 hospitais da Adm. Direta da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (dados de produção de 2003)

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

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

Os autores observam ainda que "As OSS utilizam a autonomia na composição de pessoal e na definição do perfil de cargos e salários para realizar um investimento expressivo na contratação de horas de trabalho profissional da enfermagem, ao contrário do que se verifica para o staff profissional médico. As OSS contrataram 33% mais horas de profissionais de nível superior de enfermagem do que as organizações da administração direta em 2003"⁽⁵⁾.

Em nova análise realizada e apresentada pela equipe da Unidade de Redução da Pobreza e Gestão Econômica da Região da América Latina e Caribe do Banco Mundial, comparando os recursos humanos das OSS com os hospitais estaduais da administração direta, o relatório destaca que "Os dados indicam que os hospitais OSS contratam mais enfermeiras bem qualificadas e menos médicos. Este é exatamente o tipo de composição de equipe que os analistas de saúde defendem como sendo a melhor forma de garantir atenção de qualidade a menor custo. Além disso, o número de profissionais por leito hospitalar nos hospitais da administração direta foi consideravelmente maior, em média, que dos hospitais OSS e privados na amostra do nosso estudo"⁽⁶⁾.

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

SATISFAÇÃO DOS USUÁRIOS E ACREDITAÇÃO HOSPITALAR

Esta eficiência maior dos hospitais administrados por OSS foi obtida com

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

a garantia da qualidade de atendimento reconhecida pelos usuários dos hospitais.

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

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

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

CRÍTICAS E OBSERVAÇÕES SOBRE O NOVO MODELO DAS OSS

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

- as OSS seriam uma forma de "privatização" do SUS;
- os serviços gerenciados pelas OSS não estão submetidos ao "controle" social;
- a qualidade dos atendimentos prestados pelas OSS é reconhecida pelos críticos, mas se atribuem estes resultados a alguma forma de "proteção" das entidades, seja por recebe-

rem mais recursos financeiros que os hospitais estaduais da administração direta, seja por terem demanda restrita ou seleção de clientela.

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

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

"Privatização" x Atendimento Público

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

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

Por outro lado, como vimos na descrição das OSS, toda a produção é realizada para o SUS (o atendimento é to-

talmente público) e todos os recursos auferidos pela entidade, devem ser aplicados no próprio serviço, não sendo permitido retirada de lucros ou qualquer outra vantagem, pelos diretores das entidades. Até mesmo o nível salarial dos funcionários e diretores das entidades é conhecida e monitorada pela equipe da Secretaria de Estado da Saúde.

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

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

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

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

serviços ao SUS e que não possuem estes mecanismos de controle.

O controle social dos serviços

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

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

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

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

E por fim é preciso reconhecer que o melhor controle social é feito pela própria população usuária, que mani-

faça sua opinião sobre os atendimentos em pesquisas de opinião realizadas com pacientes e familiares.

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

Eficiência x Privilégios

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

Não existe privilégio de financiamento para as OSS. Qualquer análise séria desta questão deve comparar custo com produção e não usar valores absolutos. E todos os estudos até aqui realizados demonstram que o custo da produção das OSS é menor que o custo dos hospitais da administração direta.

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

O modelo de atendimento referenciado não é nenhuma novidade, sempre foi defendido por todos os gesto-

res do SUS e pensadores do sistema e é previsto na Constituição, na Lei Orgânica da Saúde e em normas básicas do Ministério da Saúde, quando se defende a regionalização e a hierarquização da atenção prestada pelo SUS.

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

O hospital deve ser reservado para os procedimentos mais complexos de urgência/emergência, de diagnóstico e de internação, inexistentes nos demais serviços de saúde da rede básica. Desta forma, os casos que exigem atenção primária em saúde devem ser acompanhados e podem ser melhor atendidos nas unidades básicas de saúde municipais. Por outro lado, com o referenciamento de pacientes, evitam-se filas e demora no agendamento e na internação dos hospitais regionais, facilitando o acesso da população.

Com relação aos hospitais gerenciados pelas OSS no Estado, o pronto-socorro referenciado foi criado nos locais em que havia capacidade da rede municipal prestar os atendimentos primários de saúde e encaminhar os demais casos, mecanismo que tem funcionado de forma adequada. Naqueles hospitais localizados em municípios ou regiões em que a rede municipal de saúde ainda não tinha condição de assumir plenamente os atendimentos, o pronto-socorro foi mantido nos moldes tradicionais.

Todos os estudos realizados nas OSS que possuem pronto-socorros referen-

ciados indicam produção adequada de procedimentos (quantitativamente e qualitativamente), taxa de ocupação ou rotatividade, seja no PS, na internação ou no número de procedimentos cirúrgicos realizados.

De fato, o estudo dos pesquisadores da Fundação Oswaldo Cruz, já citado anteriormente, conclui que não existe diferenciação entre a oferta das OSS e dos demais hospitais da Administração Direta, conforme se segue: "*As OSS não se diferenciam em nenhum nível dos padrões de inclusão e disponibilidade de serviços do padrão de oferta observado nas organizações de regime de governança da administração direta*"⁽⁵⁾.

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

CONCLUSÕES

A experiência realizada no Estado de São Paulo, de parceria público-privada na administração de hospitais pelas OSS, teve bons resultados, com atendimentos de qualidade e economia de recursos financeiros, quando comparada com o modelo tradicional de gestão pública.

Outros Estados brasileiros têm estudado este modelo ou já possuem hospitais gerenciados por OSS: Bahia, Minas Gerais, Pará, Espírito Santo (refazendo lei) e Mato Grosso (estudando a legislação).

A aplicação do modelo com bons resultados depende de alguns pré-requisitos como a adequada escolha do parceiro privado com experiência gerencial e espírito público. Do compromisso e integração dos novos serviços com o sistema público de saúde (SUS), garantindo-se o acompanhamento e controle social. Do modelo de Contrato de Gestão adotado, que deve possuir metas claras e de fácil quantificação. Da existência de equipe profissional no setor público com capacidade de acompanhamento e avaliação dos serviços contratados.

É preciso superar a visão de que um serviço de saúde somente é público, se for administrado diretamente pelo Estado, incorporando mais objetivamente o conceito de Estado formulador, controlador e avaliador dos serviços prestados, em substituição do modelo de Estado proprietário, empregador e prestador exclusivo.

Em todo o mundo, a tendência do poder público na prestação de serviços hospitalares de saúde é de controlar e avaliar resultados e não de gerenciar e executar diretamente o processo produtivo⁽⁷⁾.

Como exemplo de outros países que adotaram estratégias semelhantes com sucesso, poderíamos citar o Canadá, país com sistema público e universal de saúde, com qualidade reconhecida e alto grau de aprovação de sua população.

Tal como o SUS, o sistema canadense é financiado mediante tributação geral (impostos), porém os serviços de saúde são prestados e administrados por entidades sem fins lucrativos, de acordo com as premissas do setor público, que mantém controle sobre todo o sistema⁽⁸⁻⁹⁾.

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

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

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

REFERÊNCIAS

1. FIOCRUZ – Fundação Oswaldo Cruz. O Brasil em números – Pesquisa Mundial de Saúde – 2003. RADIS – Comunicação em Saúde, nº 23, RJ, 2004. p. 14 – 33.
2. DATASUS – Departamento de Informação e Informática do SUS/Ministério da Saúde. Informações de Saúde. Assistência à Saúde. Dados pesquisados em maio de 2006 na Internet no site <<http://www.datasus.gov.br/>>.
3. Campos GWS. O Público, o Estatal, o Privado e o Particular nas Políticas Públicas de Saúde. In Heilmann LS, Ibanhes LC, Barbosa R. O Público e o Privado na Saúde. São Paulo/SP. Editora HUCITEC, OPAS: IDRC, 2005. p. 89-100.
4. PROAHS – Programa de Estudos Avançados em Administração Hospitalar e de Sistemas de Saúde do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo e da Escola de Administração de Empresas de São Paulo da Fundação Getúlio Vargas. Boletim de Indicadores. Ano VI – 4º trimestre de 2002, nº 29.
5. Costa NR, Ribeiro JM. ESTUDO COMPARATIVO DO DESEMPENHO DE HOSPITAIS EM REGIME DE ORGANIZAÇÃO SOCIAL. Programa de Pesquisas Hospitalares *Em Busca de Excelência: Fortalecendo o Desempenho Hospitalar em Brasil*. Ministério de Saúde, Banco Mundial, Fundação Oswaldo Cruz – FIOCRUZ, 2005.
6. Banco Mundial. Unidade de Redução da Pobreza e Gestão Econômica Região da América Latina e Caribe. Relatório No. 35691-BR. Brasil: Melhorando o Desempenho do Setor Saúde: Lições das Inovações do Estado de São Paulo e da Cidade de Curitiba. 29 de Março de 2006.
7. Freeman R, Moran M. A Saúde na Europa. In Negri B, Viana ALA (Org) O Sistema Único de Saúde em dez anos de desafio, 1ª ed., São Paulo: SOBRAVIME/CEALAG; 2002. pg 45 – 64.
8. OPAS – Organización Panamericana de la Salud. Canada – Perfil del Sistema de Servicios de Salud. Impreso do Programa de Organización y Gestión de Sistemas y Servicios de Salud da División de Desarrollo de Sistemas y Servicios de Salud. Março de 2000.
9. Quinhões TAT. Novos padrões gerenciais no setor público no sistema de saúde canadense. In Cader nos ENAP – Reforma do Estado no setor de saúde: os casos da Catalunha, Canadá, Reino Unido e Estados Unidos. Escola Nacional de Administração Pública, 1997. pg 47 – 71.