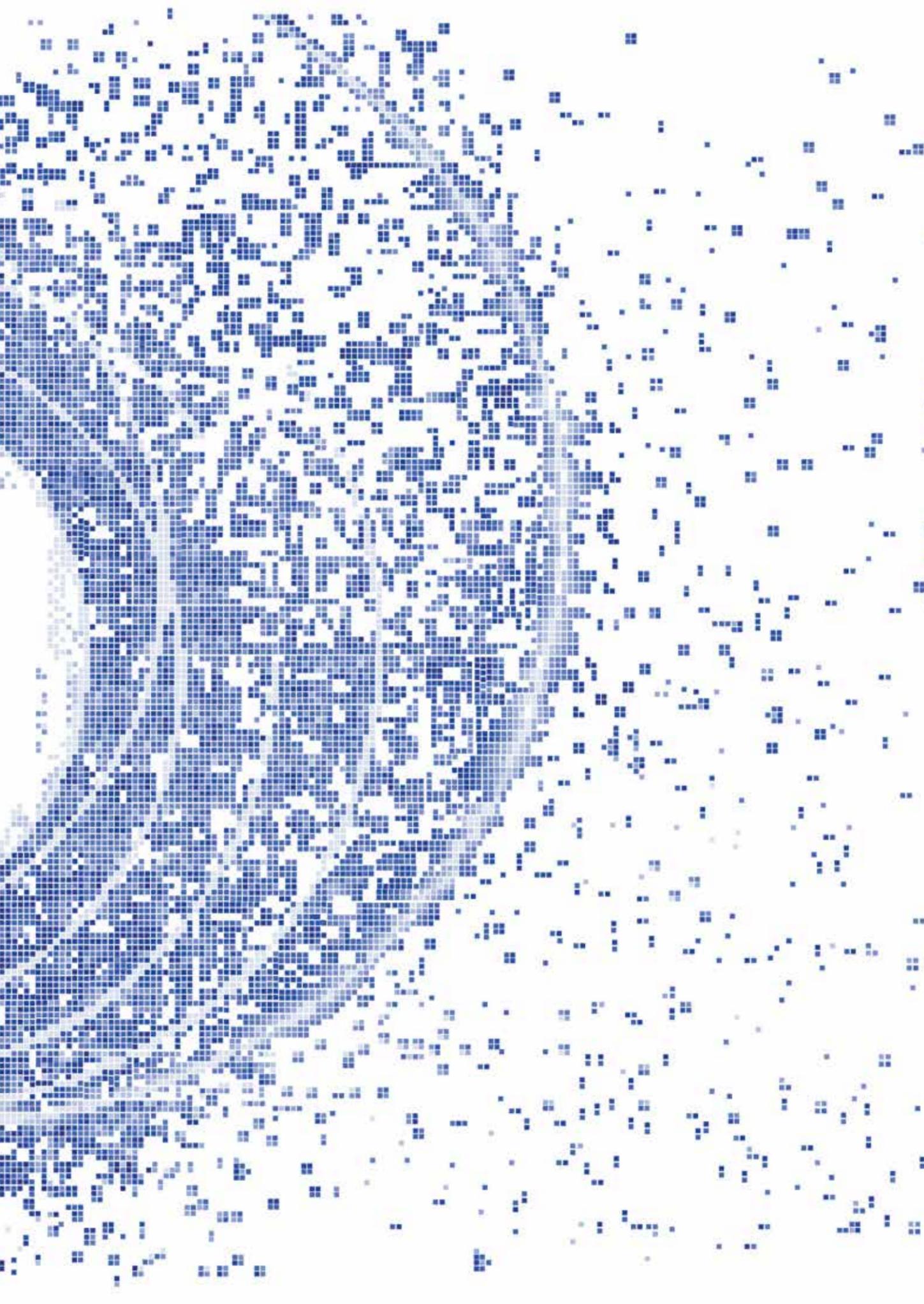


**CHAMAMENTO PÚBLICO E
QUALIFICAÇÃO DAS
OSS PARA O
FORTALECIMENTO DO SUS**

— 2023





CHAMAMENTO
PÚBLICO E
+ QUALIFICAÇÃO DAS
OSS PARA O
FORTALECIMENTO
DO SUS

2023



CHAMAMENTO
PÚBLICO E
+ QUALIFICAÇÃO DAS
FOSS PARA O
FORTALECIMENTO
DO SUS

2023





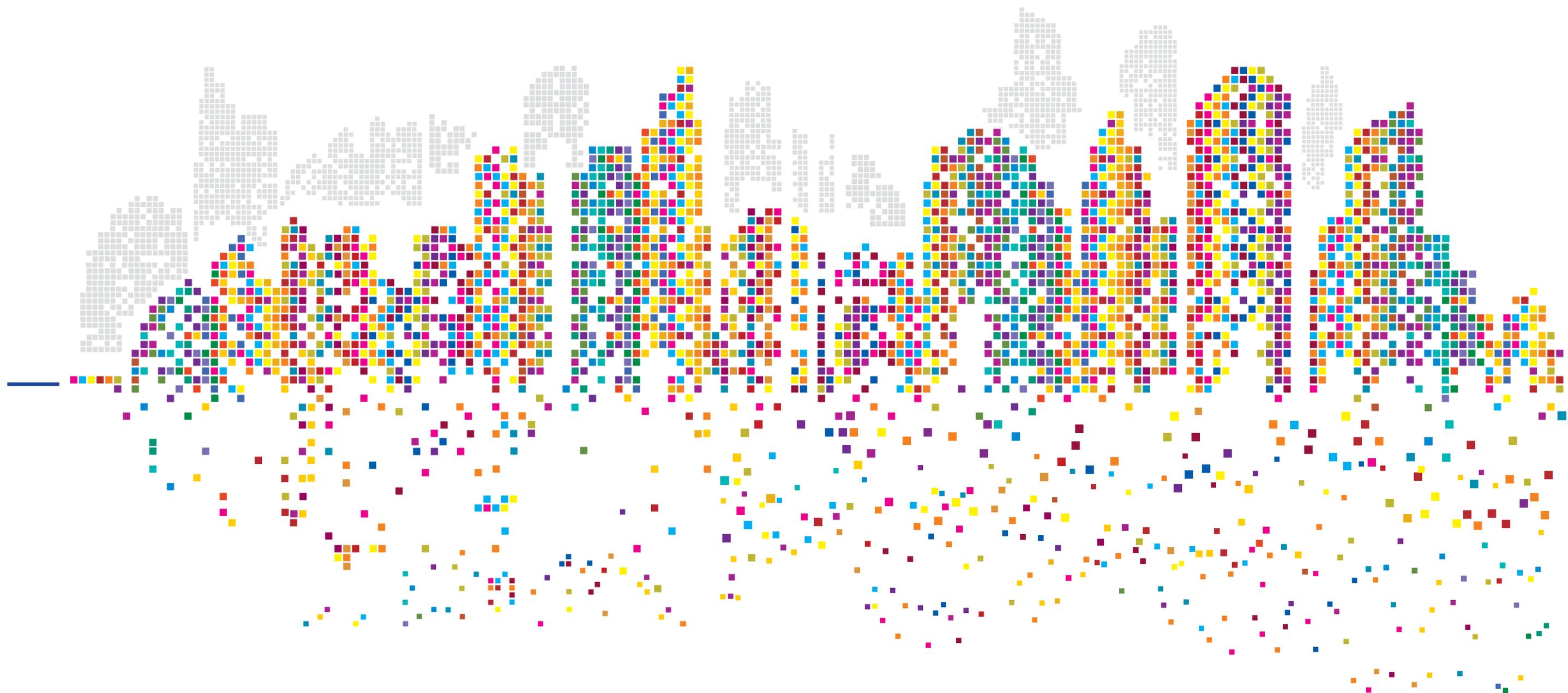
**CHAMAMENTO PÚBLICO E
QUALIFICAÇÃO DAS
OSS PARA O
FORTALECIMENTO
DO SUS**

REALIZAÇÃO



APOIO





10_15	PAIXÃO PELA GOVERNANÇA AUGUSTO NARDES
16_21	TRABALHADORAS E TRABALHADORES FAZEM O SUS ACONTECER ISABELA CARDOSO M. PINTO
22_27	ORGANIZAÇÕES SOCIAIS DE SAÚDE SÃO CAMINHO QUE DÁ CERTO FÁBIO BACCHERETTI VITOR
28_31	POR UMA GOVERNANÇA COM MAIS ESTABILIDADE HISHAM MOHAMAD HAMIDA
32_37	CONFIANÇA, RECIPROCIDADE E PROPÓSITOS COMUNS FLAVIO CLEMENTE DEULEFEU
PALESTRA DE ABERTURA	
42_49	A ENTREGA DE VALOR NOS SERVIÇOS PÚBLICOS DE SAÚDE VANESSA LOPES DE LIMA
PALESTRA MAGNA	
54_65	A SUSTENTABILIDADE ECONÔMICA E FINANCEIRA DO SUS MARCUS PESTANA
66_71	RISCOS À SUSTENTABILIDADE DO SUS VINÍCIUS AUGUSTO GUIMARÃES
DESAFIOS DA QUALIFICAÇÃO DAS ORGANIZAÇÕES SOCIAIS DE SAÚDE	
76_85	UMA REFORMA VOLTADA À ATENÇÃO PRIMÁRIA DANIEL SORANZ
86_91	PARCEIROS NO APRIMORAMENTO DO MODELO DAS OSS MARCELO ARAGÃO
92_97	QUALIFICAÇÃO NÃO PODE SER PROCESSO CARTORIAL JOSÉ ANTÔNIO RODRIGUES ALVES
98_103	QUALIFICAÇÃO É FATOR-CHAVE PARA SUCESSO DE PARCERIAS FLAVIO CLEMENTE DEULEFEU

CRITÉRIOS PARA QUALIFICAÇÃO DAS ORGANIZAÇÕES SOCIAIS DE SAÚDE	
108_115	CRITÉRIOS PARA QUALIFICAÇÃO DAS ORGANIZAÇÕES SOCIAIS ROBERTA SANTANA
116_121	SAÚDE DOS PAULISTAS DEPENDE DAS ORGANIZAÇÕES SOCIAIS IZADORA SIMÕES
122_129	CONFIANÇA E CREDIBILIDADE SÃO PILARES PARA SUCESSO DAS OSS PIETRO SIDOTI
130_139	CONTRIBUIÇÕES AO APRIMORAMENTO DO PROCESSO DE QUALIFICAÇÃO DAS OSS PEDRO PAULO DE REZENDE PORTO FILHO
PALESTRA	
142_147	MODERNIZAÇÃO E APERFEIÇOAMENTO DA LEI FEDERAL DAS OSS LUIZ GASTÃO
CHAMAMENTO PÚBLICO PARA AS ORGANIZAÇÕES SOCIAIS DE SAÚDE	
152_157	DRG AJUDA A COMBATER INEFICIÊNCIA FÁBIO BACCHERETTI VITOR
158_165	MAIS EQUILÍBRIO ENTRE GESTORES PRIVADOS E CONTRATANTES PÚBLICOS ALEXANDRE GIRAOX CAVALCANTI
166_173	CHAMAMENTO PÚBLICO NÃO É LICITAÇÃO SERGIO DAHER
174_179	NEM TANTO AO CÉU, NEM TANTO À TERRA: PRECISAMOS REPENSAR O PROCESSO DE ESCOLHA DAS ORGANIZAÇÕES SOCIAIS FERNANDO MÂNICA
LIMITES DE ATUAÇÃO DAS ORGANIZAÇÕES SOCIAIS DE SAÚDE NO SUS	
184_191	FILANTRÓPICOS SÉRIOS E BEM GERIDOS SÃO O PADRÃO OURO DE EFICIÊNCIA DE GESTÃO NO SUS HELVÉCIO MIRANDA MAGALHÃES JUNIOR
192_197	É PRECISO HOMOGENEIZAR AS REGRAS DAS OSS BEATRIZ BATTISTELLA NADAS
198_207	DESEMPENHO DAS OSS SUPERA O DA ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA LUIZ ARNALDO PEREIRA DA CUNHA JUNIOR
208_213	BONS CONTRATOS DE GESTÃO DEFINEM SUCESSO DE OSS VIRGÍNIA ANGÉLICA SILVEIRA REIS

|

PERSPECTIVAS





10

PAIXÃO PELA GOVERNANÇA

AUGUSTO NARDES



Cuidar da saúde é uma das funções mais enriquecedoras do ser humano. Significa dar atenção ao próximo, ser solidário, ter capacidade de trabalhar. É, em síntese, cuidar da vida. E, quando existe melhor governança, a promoção de saúde é mais exitosa. A pandemia comprovou isso: onde havia melhor organização, houve menos mortes, felizmente.

Nós, gestores públicos, não podemos perder de vista que as políticas que desenvolvemos precisam ter capacidade de entregar resultados. Fazer o máximo para a população com os recursos—públicos e privados—disponíveis. Há mais de dez anos, venho trabalhando no Tribunal de Contas da União (TCU) em busca da melhoria da governança, sempre baseada em indicadores de desempenho aplicados a políticas públicas. Obtivemos um grande avanço com a criação de 25 secretarias especializadas. Foi um sonho meu que realizamos. Como funciona? Montamos coordenações, dividimos o país por áreas e regiões, definimos coordenadores—que são agora secretários—e, a partir daí, começamos uma grande transformação no tribunal: sermos mais preventivos que punitivos.

Chegamos à conclusão de que não adianta só punir. É preciso fazer políticas preventivas, com treinamento permanente de pessoas, para que elas produzam resultados, busquem mais eficiência e eficácia. Basta vermos o que a governança da tecnologia da informação produziu em termos de mudança do mundo, de aumento de capacidade de melhorar a competitividade das nações em relação à saúde, à educação, à infraestrutura—a tudo.

Dentro desta lógica, as organizações sociais de saúde (OSS) são fun-

damentais para que possamos tornar o Estado brasileiro mais eficiente, para que consigamos produzir mais benefícios para a sociedade. Considerando que a máquina pública padece de certa morosidade, cabe ao gestor público transmitir energia às equipes o tempo todo, levantar o astral de todos para que trabalhem em conjunto.

Neste momento, o TCU tem se dedicado a disseminar a governança pela América Latina. Já alcançamos vários países: México, Argentina, Equador. Também já estamos fazendo auditorias de desenvolvimento sustentável em ilhas, porque estas formações geológicas serão as primeiras afetadas pela mudança do clima, pelo aquecimento global. Já atuamos nas ilhas Galápagos e Fernando de Noronha, usando uma rede de governança formada por 650 voluntários.

Recentemente, as equipes especializadas do TCU também realizaram um levantamento sobre como estava o Ministério da Saúde em relação a gestão de pessoas, gestão de contratações, gestão orçamentária, liderança, estratégia e controle no ano de 2021. Em muitos aspectos, ainda encontramos níveis que chamamos de “inicial”, ou seja, ainda não adequados. Esse trabalho também indicou que é preciso promover mais transparência, para que toda a sociedade participe mais.

Em 2024, o TCU fará mais uma rodada de levantamentos de indicadores de governança em toda a estrutura do Estado brasileiro. Meu sonho é termos indicadores de todas as áreas fundamentais, para todos os municípios, a fim de que, com melhor governança, tenham planejamento estratégico e se desenvolvam. Pensar 10, 20, 30 anos à frente. Esse é o objetivo.

Isso seria fantástico para quem toma decisões diárias que interferem na vida de milhões de pessoas. Em 2015, vejam só, apenas cinco ministérios tinham avaliação de risco. O Ministério da Saúde, que hoje gasta mais de R\$ 160 bilhões por ano, não tinha. E o que acontece? Encontramos medicamentos vencidos, problemas de atendimento, falhas. Dinheiro da população que não está sendo bem aplicado.

O TCU sempre tem estado à disposição dos governos para colaborar e mostrar onde estão os gargalos. Dispomos, pela Constituição, dos peritos da nação, aqueles com capacidade para chamar os gestores e apontar em que é possível melhorar, evitando problemas de fraudes, desvios, corrupção.

Sou apaixonado pela governança e cheguei à seguinte conclusão: não adianta somente eleger um presidente, um governador, um prefeito, se não temos a noção de planejamento estratégico, se não trabalhamos com indicadores e com evidências. Quando isso acontece, o governante comete muitos erros, joga recursos no lixo, deixa obras inacabadas. Não podemos aceitar isso com o dinheiro do povo.

O nosso papel no tribunal é mudar esta realidade. É ditar o que fazer, buscar mais eficiência nas instituições e promover uma grande parceria pelo diálogo, sem o qual não avançamos. Temos que buscar a conciliação da nação. E o Tribunal de Contas da União hoje está preparado para ajudar quem administra e para orientar as decisões para que sejam mais assertivas, com mais integridade e mais transparência, a fim de que possamos buscar a credibilidade e a confiança que o país necessita.

AUGUSTO NARDES

é ministro do Tribunal de Contas da União desde 2005.

É administrador de empresas, pós-graduado em Política de Desenvolvimento e mestre em Estudos do Desenvolvimento, ambos em Genebra, onde também serviu à Organização Internacional do Trabalho.

Foi deputado federal.

O debate acerca do ordenamento institucional para a qualificação das organizações sociais de saúde (OSS) como estratégia utilizada para a gestão das unidades e a implementação da política de fortalecimento do Sistema Único de Saúde (SUS) precisa envolver gestores, trabalhadores e usuários, além dos responsáveis pela regulação, pelo controle e pela auditoria do nosso sistema público de saúde.

Neste sentido, tem sido cada vez mais relevante a iniciativa do Tribunal de Contas da União (TCU) buscando imprimir caráter formativo à relação com os gestores, numa linha de trabalho voltada à realização de ações preventivas de eventuais problemas que possamos evitar e contornar.

De fato, as chances de sucesso serão maiores se conseguirmos não apenas qualificar as equipes envolvidas, mas também instituir discussões mais consistentes em relação às questões que permeiam os desafios dos gestores, que são muitos, especialmente no que tange à gestão do trabalho no âmbito dos serviços de saúde.

O país tem mais de 5.560 municípios e muitos deles já contratam organizações sociais para assumir a responsabilidade pela gestão de suas unidades de saúde. No entanto, ainda existem muitas dificuldades no gerenciamento, no monitoramento e na avaliação do desempenho dessas entidades, o que fragiliza a relação entre contratantes e prestadores de serviço. É necessário, portanto, avançarmos na qualificação e no aperfeiçoamento desse processo.

Não é difícil constatar que as leis municipais guardam muitas diferenças em relação às legislações estaduais no que concerne à contratação das organizações sociais. No entanto, hoje esse modelo ainda é o instrumento

legal que oferece mais segurança aos gestores de saúde. Qualificar os procedimentos e os modelos contratuais é imprescindível para a gestão das organizações e oferecerá mais segurança aos gestores—inclusive, para o monitoramento e a avaliação da qualidade dos serviços prestados. Nesse aspecto, é importante o papel que o Estado deve exercer na regulação desses contratos e no acompanhamento dos processos de gestão realizados pelas organizações sociais.

É crucial que os contratos de gestão sejam mais explícitos na definição, adoção e aferição de indicadores de desempenho que permitam a avaliação e a implementação de ajustes que contribuam para o aperfeiçoamento da gestão das unidades de saúde, visando não só o aumento da produtividade e a melhoria da eficiência na utilização dos recursos, mas, sobretudo, a garantia da qualidade dos serviços prestados e a efetividade no atendimento das necessidades e demandas da população que acessa os serviços de saúde gerenciados por organizações sociais. Assim, se as normas, as regras, os contratos e as exigências legais estiverem bem definidas e as necessidades do SUS contempladas, o interesse público estará melhor atendido.

Se a atuação das OSS estiver articulada com as reais necessidades do SUS, certamente teremos uma assistência de muito melhor qualidade e, conseqüentemente, uma população mais bem servida e satisfeita.

Este é o objetivo que todo gestor comprometido com o interesse da população deve perseguir, de modo a cumprir o que está determinado na Constituição Federal de 1988 com relação aos princípios e às diretrizes do SUS, reafirmados na legislação ordinária (leis n° 8.080 e n° 8.242) e nas

normas e portarias do Ministério da Saúde que reforçam a importância da garantia de universalidade, equidade, integralidade e humanização do cuidado prestado à população, em todos os níveis e estabelecimentos que constituem a imensa rede de serviços do nosso Sistema Único de Saúde. Quero destacar uma questão que para nós, do Ministério da Saúde, é muito cara, principalmente para a Secretaria de Gestão do Trabalho da Educação na Saúde, cuja direção eu ocupo atualmente: o cuidado com as condições de trabalho e a valorização dos trabalhadores e das trabalhadoras que fazem o SUS acontecer. Isso significa, no caso aqui em debate, que as propostas e as ações estratégicas na área de Gestão do Trabalho precisam ficar mais explicitadas e mais transparentes nos contratos estipulados com as OSS. Este governo tem compromisso, destacado pelo presidente Luiz Inácio Lula da Silva, com a promoção do trabalho digno, conforme estabelecido na Agenda 2030 da ONU. No caso da saúde, isso se traduz no comprometimento com o fomento do trabalho decente, digno, humanizado e democrático no SUS.

Consideramos que, para o desenvolvimento sustentável, para impulsionar a inovação e alcançar o futuro que almejamos, é imprescindível investir naqueles que operam a política de saúde, os que dão vida, cotidianamente, a esse grande e generoso projeto que é o SUS, um sistema que busca garantir o pleno exercício do direito universal à saúde por todos os brasileiros e todas as brasileiras.

Por isso, os debates em torno da atuação das organizações sociais tendo em vista o fortalecimento da gestão do SUS precisam dar maior atenção às especificidades da relação entre o setor público e as OSS, às condições

oferecidas e à qualificação das práticas necessárias para o bom funcionamento das unidades de saúde voltadas a servir aos diversos segmentos populacionais, respeitando a diversidade de gênero, étnico-racial, etária, cultural e religiosa que caracteriza a imensa população desse país.

Gosto sempre de ressaltar o que a ministra Nísia Trindade Lima tem dito: saúde não é apenas uma política social, é uma política de desenvolvimento. Então, é fundamental o investimento naqueles que operam o nosso sistema e também nos gestores, com toda atenção e cuidado ao que as leis nos impõem enquanto dirigentes e servidores públicos.

Temos, portanto, enorme responsabilidade a cumprir.

A qualificação, o fortalecimento da governança e a definição de indicadores para acompanhamento dos processos de prestação dos serviços de saúde são fundamentais. O atual governo tem investido na ampla articulação entre ministérios, ministros e setores, potencializando políticas estruturantes e qualificando nossas práticas de gestão. Esta é mais uma oportunidade de construirmos juntos o presente e o futuro do SUS.

ISABELA CARDOSO M. PINTO

é Secretária de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde do Ministério da Saúde. Graduada em Serviço Social, mestre em Saúde Coletiva e doutora em Administração Pública, é professora associada IV do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia. Publicou artigos e capítulos de livros sobre processo decisório, ciclo de política, gestão, monitoramento e avaliação em saúde, políticas públicas e política de saúde, recursos humanos em saúde e gestão do trabalho e da educação na saúde.

**ORGANIZAÇÕES SOCIAIS
DE SAÚDE SÃO CAMINHO
QUE DÁ CERTO**

FÁBIO BACCHERETTI VITOR



Organizações sociais de saúde (OSS) são, cada vez mais, alternativas de gestores públicos para oferecer assistência à população com mais qualidade, racionalização de custos e metas claras de desempenho.

É um modelo que aponta para um futuro que promete ser muito desafiador —em razão, sobretudo, de fatores de pressão como o envelhecimento populacional e o intenso processo de inovação tecnológica na saúde.

Embora já sejam comuns em muitas unidades da federação, as OSS são novidade em Minas Gerais, onde estamos tentando implementar o modelo pela primeira vez. A vantagem é que, ao chegarmos tardiamente a esta opção de prestação de serviços de saúde à população, já não nos deparamos mais com aquela velha, complexa e inócua discussão sobre se este é ou não o caminho ideal para a gestão hospitalar e a gestão dos serviços. Porque não resta dúvida de que é.

Sempre haverá críticas, de todos os lados, aos mais variados modelos de assistência à saúde disponíveis. Diante desta realidade, nosso papel como gestores é promover uma governança bem-feita, criar e adotar ferramentas que sejam importantes para estabelecer contratos de gestão mais eficazes naquilo que realmente precisamos realizar: entregar mais valor para os pacientes.

Desde uns 5, 10 anos atrás, entrega de valor tornou-se palavra muito comum tanto no setor público, quanto na saúde suplementar. Mas nossa primeira tarefa como gestores é entender o que pretendemos com isso. É entregar saúde de mais qualidade? Sim. Mas vinculado a quê?

Felizmente, hoje possuímos instrumentos de monitoramento e gestão que estabelecem, de maneira muito clara, o que é mais eficiente em ter-

mos de prestação de saúde. É o caso do DRG (Diagnosis Related Groups ou Grupos de Diagnósticos Relacionados). Em Minas, o processo de seleção das organizações sociais exigirá a medição de ineficiência com base nesta ferramenta, de forma a aferirmos qual o ganho de eficiência com a organização contratada, com a mesma despesa que temos hoje.

Ao gestor, compete ter clareza acerca do que exatamente pretende contratar, e este é um processo de melhoria contínua que eventos como o promovido pelo Conass (Conselho Nacional de Secretários de Saúde) em conjunto com o Tribunal de Contas da União (TCU), o Instituto Brasileiro das Organizações Sociais de Saúde (Ibross) e o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems) viabilizam, explorando a possibilidade de novos formatos e melhores processos de contratação e licitação das OSS.

Acredito na descentralização da gestão, como, por exemplo, São Paulo vem fazendo já há bastante tempo. Apesar de vários pontos de necessária melhoria, que sempre existem em qualquer modelo, há realmente aspectos muito positivos a ressaltar nesta experiência.

É importante, também, trabalharmos juntos para evitar que os maus exemplos que ocorreram nas últimas décadas se repitam. Condenar o modelo das organizações sociais de saúde porque em alguns locais não logrou êxito não é cabível, considerando, sobretudo, os diversos e predominantes exemplos de experiências bem-sucedidas. Nós, como gestores, temos que encontrar os caminhos, as balizas e as amarras necessárias para que o mais importante aconteça: que a saúde seja prestada da melhor forma possível para a população.

Não existe receita de bolo para alcançarmos esse feito. É uma construção, um processo de melhorias constantes e sucessivas. Podemos não conseguir chegar lá hoje ou amanhã, mas certamente saberemos que estamos na direção correta, com melhores formas de fazer acontecer uma saúde de mais qualidade. O recurso investido em saúde é escasso, o orçamento público é cada vez mais apertado. Logo, nossa obrigação é transformá-lo cada vez mais em melhor assistência para os pacientes.

FÁBIO BACCHERETTI VITOR

é presidente do Conselho Nacional

de Secretários de Saúde (Conass)

e secretário de Saúde de Minas Gerais.

Médico com pós-graduação em Gestão em Saúde

—Excelência Operacional na Área da Saúde,

foi presidente da Fundação Hospitalar

de Minas Gerais (Fhemig).

As organizações sociais de saúde (OSS) são tema às vezes tratado como tabu. Às vezes são mal interpretadas ou entendidas de maneira equivocada. Mas são, sem dúvida, ferramenta de extrema importância à disposição de gestores públicos para promover assistência de melhor qualidade à população.

Não é fácil falar de governança num sistema, como é o Sistema Único de Saúde (SUS), em que é altíssima a rotatividade de gestores nos três níveis da federação: federal, estadual ou municipal. A vida útil de um ministro no país não chega a dois anos; em estados e municípios, 300 gestores são trocados, em média, a cada mês.

Então, mais que nunca, se faz necessário buscarmos um processo de governança que dê mais estabilidade às nossas instituições de saúde. E não há governança se não há educação. Logo, um dos nossos grandes desafios é promover ensino permanente em todos os níveis de gestão, em todos os entes. O Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems) tem trabalhado, por exemplo, a iniciativa do Mais Conasems: uma TV com transmissões tanto via streaming, quanto via satélite, voltada à qualificação de gestores municipais.

Mas como utilizar instrumentos como as OSS para melhor qualificar a gestão pública? Do ponto de vista da gestão direta, que geralmente é muito burocrática, as organizações sociais são uma boa oportunidade de promover a desburocratização. No entanto, para medir a eficiência dos contratos firmados com estas instituições, um dos principais desafios do gestor municipal é a qualificação das OSS que fazem a gestão dos equipamentos públicos de saúde.

Outro aspecto importante diz respeito ao que os gestores pretendem de fato alcançar quando contratam uma OSS. Porque, é preciso ter claro, elas não são uma panaceia, não significam que os problemas de atendimento acabaram num passe de mágica, a partir do momento em que determinada organização assumiu suas obrigações contratuais.

É justamente o contrário: este é apenas o início do desafio de acompanhar o que foi contratado, avaliar a prestação dos serviços e monitorar os resultados. E aí vem outro problema: saúde é um dos setores que mais produzem dados, mas que menos tem informações disponíveis. E, sem informação, é muito mais difícil fazer gestão de riscos e trabalhar de forma planejada.

O desafio dos gestores de saúde é e será cada vez maior. Logo, é preciso trabalharmos juntos, unidos, em busca do fortalecimento do nosso sistema de saúde, para que encontremos soluções que tornem o SUS cada vez mais robusto. É nisso que acreditamos como melhor caminho para a promoção de saúde de todos os brasileiros.

HISHAM MOHAMAD HAMIDA

é presidente do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems) e secretário de Saúde de Pirenópolis (GO).

**CONFIANÇA,
RECIPROCIDADE E
PROPÓSITOS COMUNS**

FLAVIO CLEMENTE DEULEFEU



Instituições são feitas de pessoas, cujas relações se baseiam em reciprocidade. A reciprocidade diz respeito ao fluxo dinâmico entre o dar e o receber. Diz respeito ao ato de compartilhar e, por esse motivo, soma ao invés de reduzir. Por mais paradoxal ao ato matemático que possa parecer, multiplica o saber quando divide.

A reciprocidade favorece o desenvolvimento institucional das partes. Quando entidades se unem em favor de objetivos comuns, como é o caso do fortalecimento do nosso Sistema Único de Saúde (SUS), vemos ocorrer um movimento que gera motivação e compartilhamento. Essa reciprocidade em equilíbrio resulta em situações em que todos ganham. Com isso, ressalto a importância da troca de informações e da interação entre instituições e pessoas que proporcionam encontros como os que o Tribunal de Contas da União (TCU), o Instituto Brasileiro das Organizações Sociais de Saúde (Ibross), o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass) e o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems) têm promovido. São oportunidades que conduzem ao aprimoramento e à busca da excelência.

O Ibross reúne atualmente 21 organizações sociais responsáveis pela gestão de mais de 800 unidades de saúde do SUS em oito estados brasileiros e no Distrito Federal, entre hospitais, ambulatórios, unidades básicas de saúde, UPAs, serviços de regulação médica e de socorro pré-hospitalar. Ou seja, milhões de brasileiros precisam de nós, gestores de saúde dedicados a desenvolver ações que viabilizem a melhor assistência para as pessoas. Temos nos dedicado a proporcionar discussões no sentido de incentivar a disseminação do modelo de gestão de equipamentos de saú-

de por meio de parcerias entre organizações sociais de saúde (OSS) e o poder público, algo que consideramos instrumentos fundamentais para a ampliação do acesso da nossa sociedade à saúde de qualidade. Nossa entidade busca, entre seus objetivos, atuar para qualificar o debate, promover a evolução do modelo e fortalecer as melhores práticas das OSS. Assim temos feito desde 2015.

Em busca do bem comum, é imprescindível o Estado interagir com a sociedade civil. Trata-se de interação frutífera, necessária e desejável, pois o poder público não tem capacidade de estender total domínio sobre todas as instâncias. O monopólio do interesse público não é, nem pode ser, do Estado. Logo, baseadas em confiança, reciprocidade e propósitos comuns, parcerias sempre produzem benefícios.

Quem trabalha com saúde às vezes se vê enxugando gelo. Por isso, a busca de excelência nas parcerias e o envolvimento dos conselhos, do TCU e do Ministério da Saúde, além das organizações de saúde representadas pelo Ibross, produzem vetores positivos direcionados a servir quem mais precisa: a população carente.

Em encontros como este, é necessário o rompimento com ideologias fechadas, sendo fundamental abrir a mentalidade para outras atitudes. Uma reforma administrativa de Estado exige uma reforma de mentalidades. Uma atitude moderna e atual exigirá examinar o novo à luz de novos elementos, com outras óticas e formas de ver o problema.

Perceber que na transição de nosso mundo complexo, entre o mundo Vuca e Bani, existem novas possibilidades. O modelo binário não permite mais responder todas as questões. É preciso se livrar da dicotomia

entre o sim e o não, o bom e o ruim, o bem e o mal. Será necessária uma atitude receptiva de ideias. O ato de se esvaziar precedendo o dom da plenitude: somente assim conseguiremos aperfeiçoar o conhecimento e promover a abertura desejada.

Será através do compromisso com valores, princípios e propósitos que regem as relações humanas e como as instituições são formadas na coletividade e nas relações institucionais que conseguiremos avançar nestes temas e amadurecer. A excelência é filha da prática.

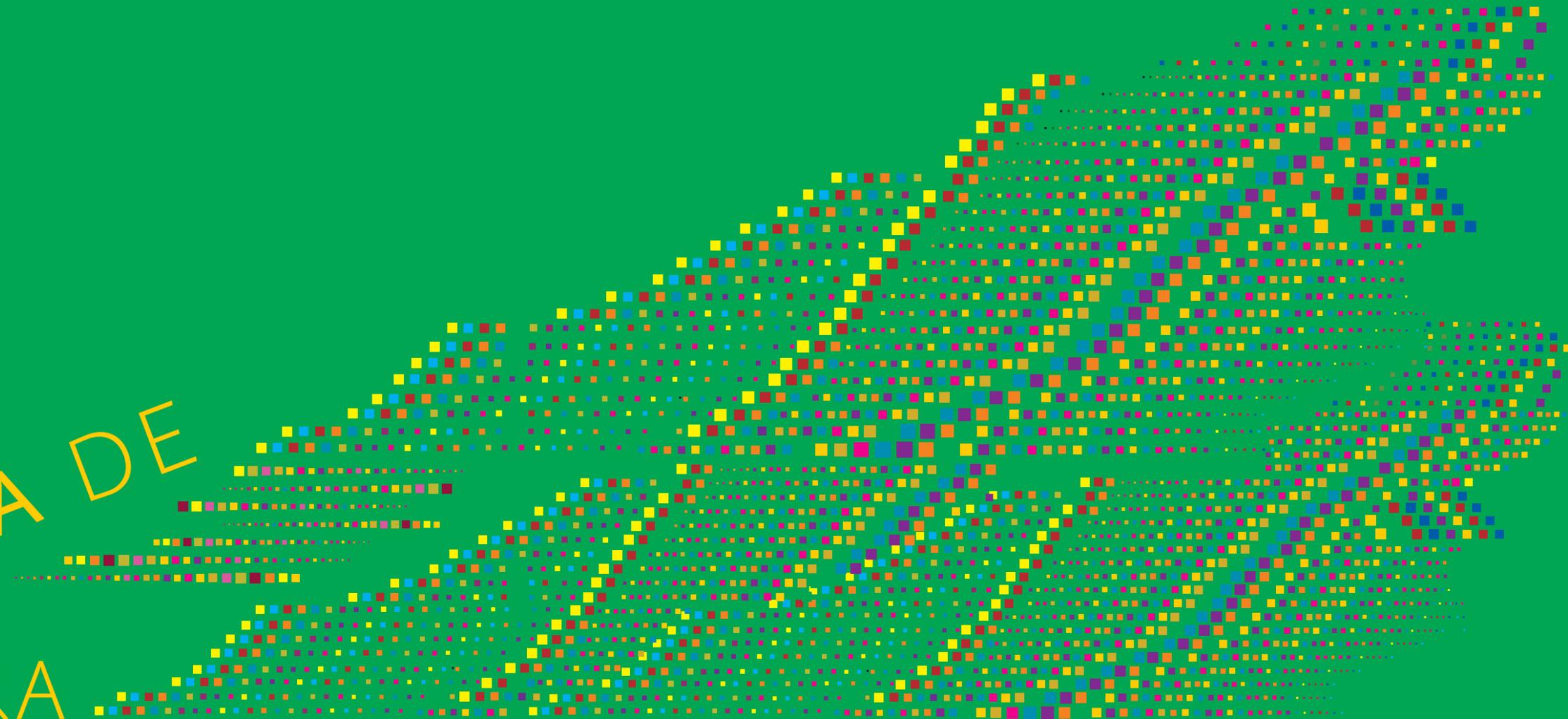
Visto que o aprimoramento e a busca pela perfeição são traços da excelência, deve-se ter reconhecimento de que, quanto mais essas interações e trocas de experiências forem executadas, maior conhecimento será gerado. Ou seja, quanto mais fizermos, mais aprenderemos, e o saber será, pouco a pouco, construído. Nem sempre temos todas as respostas, mas, se fizermos as perguntas certas, começaremos a preencher lacunas e construiremos uma saúde melhor.

Assim, a compreensão institucional não é improvisada, ela se constrói. É obra do tempo, da colaboração e da harmonia das relações. E nossas relações institucionais são assim: voltadas a buscar o aperfeiçoamento e a excelência para construir um SUS que seja ainda melhor. Desta forma, oportunidades de trocas e interações são cruciais para gerar boas respostas, apontar caminhos e possíveis soluções. De fato, o que importa é servir bem aos mais fracos e mais frágeis, transformando o conceito de justiça social em prática contínua, não apenas em retórica.

FLAVIO CLEMENTE DEULEFEU

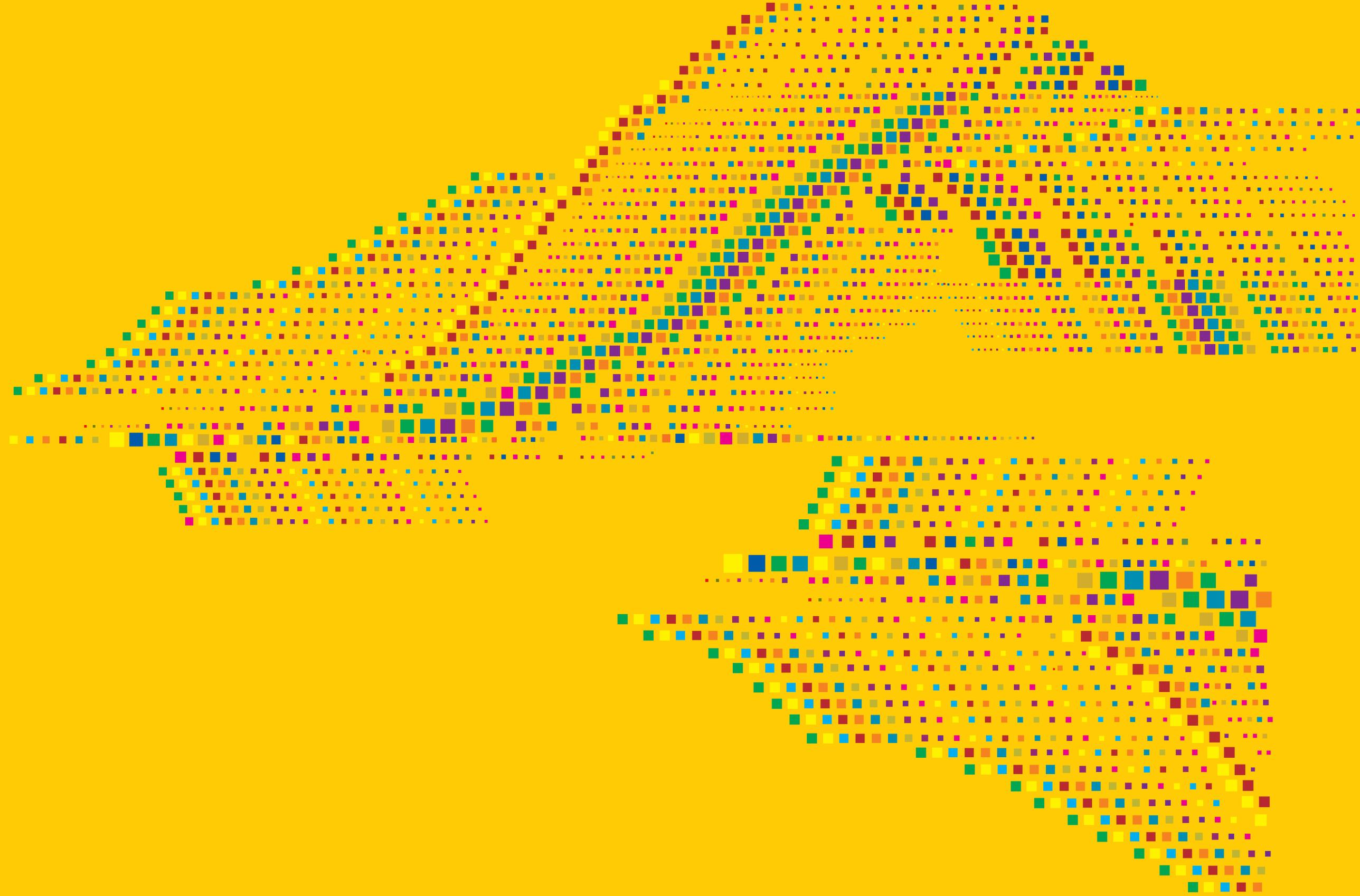
é presidente do Ibross (Instituto Brasileiro das Organizações Sociais de Saúde) e ex-diretor-presidente do ISGH (Instituto de Saúde e Gestão Hospitalar). Médico pneumologista, é pós-graduado em Gestão Hospitalar e de Organizações de Saúde, em Qualidade e Segurança do Paciente e Gestão de Negócios.

— PALESTRA DE
ABERTURA





RESILIÊNCIA



A ENTREGA DE VALOR NOS SERVIÇOS PÚBLICOS DE SAÚDE

VANESSA LOPES DE LIMA



Esta é uma oportunidade de discutir um tema de grande importância para a saúde pública do nosso país: o chamamento público e a qualificação das organizações sociais para o fortalecimento do Sistema Único de Saúde (SUS). Estamos certos de que, com o apoio de todos, é possível construir soluções para a sustentabilidade e o fortalecimento do sistema público de saúde no país.

Chamo atenção, de partida, sobre um assunto muito relevante e que exige a nossa reflexão: a entrega de valor em nossos serviços públicos de saúde. Do ponto de vista técnico, quando falamos em valor estamos nos referindo à melhor assistência possível que podemos oferecer aos cidadãos, com o menor custo e a melhor experiência, seguindo os protocolos de medicina baseada em evidência.

Segundo a Organização Mundial de Saúde, “saúde é o estado de completo bem-estar físico, mental e social e não somente a ausência de doença”. É nesse contexto que se torna essencial a atuação dos tribunais de contas e demais órgãos de controle. Alinhados com essa definição, precisamos garantir que as políticas públicas de saúde contribuam para a promoção do completo bem-estar físico, mental e social da população.

Nesse sentido, acredito que um dos objetivos que devemos ter presente é indagar se estamos ou não sendo bem-sucedidos na entrega de valor em nossos serviços públicos de saúde, especialmente no que se refere aos processos de chamamento e qualificação das organizações sociais de saúde (OSS).

Alguns questionamentos precisam ser feitos, tais como: que desafios precisam ser superados para aperfeiçoarmos a qualificação e a contra-

tação de entidades que sejam idôneas e competentes para gerar mais valor para os pacientes? Como podemos contribuir para aprimorar o modelo atualmente existente de gestão de saúde por meio de organizações sociais?

Reflexões como estas são importantes, uma vez que nos ajudam a identificar quais fatores têm dificultado a geração de valor para os pacientes, bem como a propor soluções para corrigi-los. Também irão auxiliar-nos a obter mais eficiência na gestão dos serviços de saúde e a melhorar a alocação dos recursos públicos, resultando no aperfeiçoamento da assistência ofertada aos pacientes.

A busca por esse aprimoramento é cada vez mais urgente. Segundo dados levantados no final de 2022 pela Universidade Federal de Minas Gerais, há no país mais de 1.800 estabelecimentos de saúde sendo gerenciados por organizações sociais. Mas, apesar do número expressivo, ainda não temos a devida transparência sobre esse tipo de gestão da saúde pública. Não há dados, por exemplo, sobre quais são as organizações sociais que atuam no SUS, onde ficam, quais estabelecimentos gerenciam, que tipo de serviços prestam e quanto de recursos federais recebem.

Com vistas a corrigir essas deficiências, o Tribunal de Contas da União (TCU) tem atuado de forma a identificar os riscos na prestação de serviços assistenciais de saúde para propor medidas de melhoria. Uma das frentes é um excelente trabalho de levantamento sobre as organizações sociais na saúde conduzido pelo ministro Vital do Rego e que irá contribuir significativamente para o debate.

Nesse processo, foram identificados mais de 70 eventos de risco relacionados ao tema e que precisam ser discutidos, dentre eles a falta de um modelo que seja capaz de incentivar entidades idôneas a contratarem com o poder público e a probabilidade de a maioria dos entes federados não estarem preparados para acompanhar e fiscalizar a execução dos contratos de gestão.

Em razão destes riscos, precisamos estabelecer uma estratégia para fomentar a transparência das organizações sociais na saúde, avaliar o grau de maturidade de cada ente em relação à sua capacidade de contratar essas entidades, bem como orientar a atuação dos tribunais de contas estaduais para fiscalizá-las.

Outro ponto que merece atenção são os desafios existentes nos processos de chamamento e qualificação das organizações sociais na saúde. Não raro nos deparamos com notícias sobre operações policiais combatendo criminosos que se infiltraram nessas entidades para praticar atos irregulares, como superfaturamento de aquisições, com objetivo de obter recursos de forma ilícita.

Em trabalhos realizados pelo TCU, verificou-se que as transferências da gestão de unidades de saúde para organizações sociais têm se efetivado sem estudos apropriados, aumentando os riscos de insucesso nas parcerias e comprometendo a boa e regular gestão dos recursos públicos. Nesse sentido, observou-se que parte dos entes subnacionais não tem maturidade suficiente para delinear objetivos, indicadores e metas consistentes nos contratos de gestão capazes de induzir a entrega de valor aos usuários por parte das organizações sociais na saúde.

Diante desse contexto, temos o desafio de criar um ambiente de controle que seja capaz de atrair entidades idôneas para honrar esse compromisso com a sociedade e, ao mesmo tempo, criar barreiras para a entrada de oportunistas. Estamos certos de que, juntas, as partes interessadas serão capazes de discutir o tema e propor medidas para enfrentar os problemas existentes.

Por fim, é preciso jogar mais luz sobre a sustentabilidade econômica e financeira do SUS. A esse respeito, em 2022 o TCU elaborou e encaminhou ao Congresso Nacional documento denominado Lista de Alto Risco da Administração Pública Federal. Além de orientar as ações de controle externo desenvolvidos por esta Casa, a publicação identifica riscos e problemas crônicos do país que podem comprometer tanto a qualidade dos serviços ofertados pelo governo, quanto a eficácia das políticas públicas. No que se refere à saúde pública, o TCU apontou diversos fatores que colocam em risco a sustentabilidade do SUS, como, por exemplo, o cenário fiscal brasileiro, o envelhecimento da população, o crescimento inflacionário das despesas com saúde, o aumento dos gastos com a judicialização e a ineficiência na atenção especializada.

A partir de fiscalização conduzida pelo ministro Benjamin Zymler, o TCU indicou, ainda, uma série de ações estruturantes que precisam ser realizadas para a melhoria dos hospitais públicos brasileiros e que também demandam nossa atenção. Alguns desses trabalhos foram realizados sob a relatoria do ministro Vital do Rego.

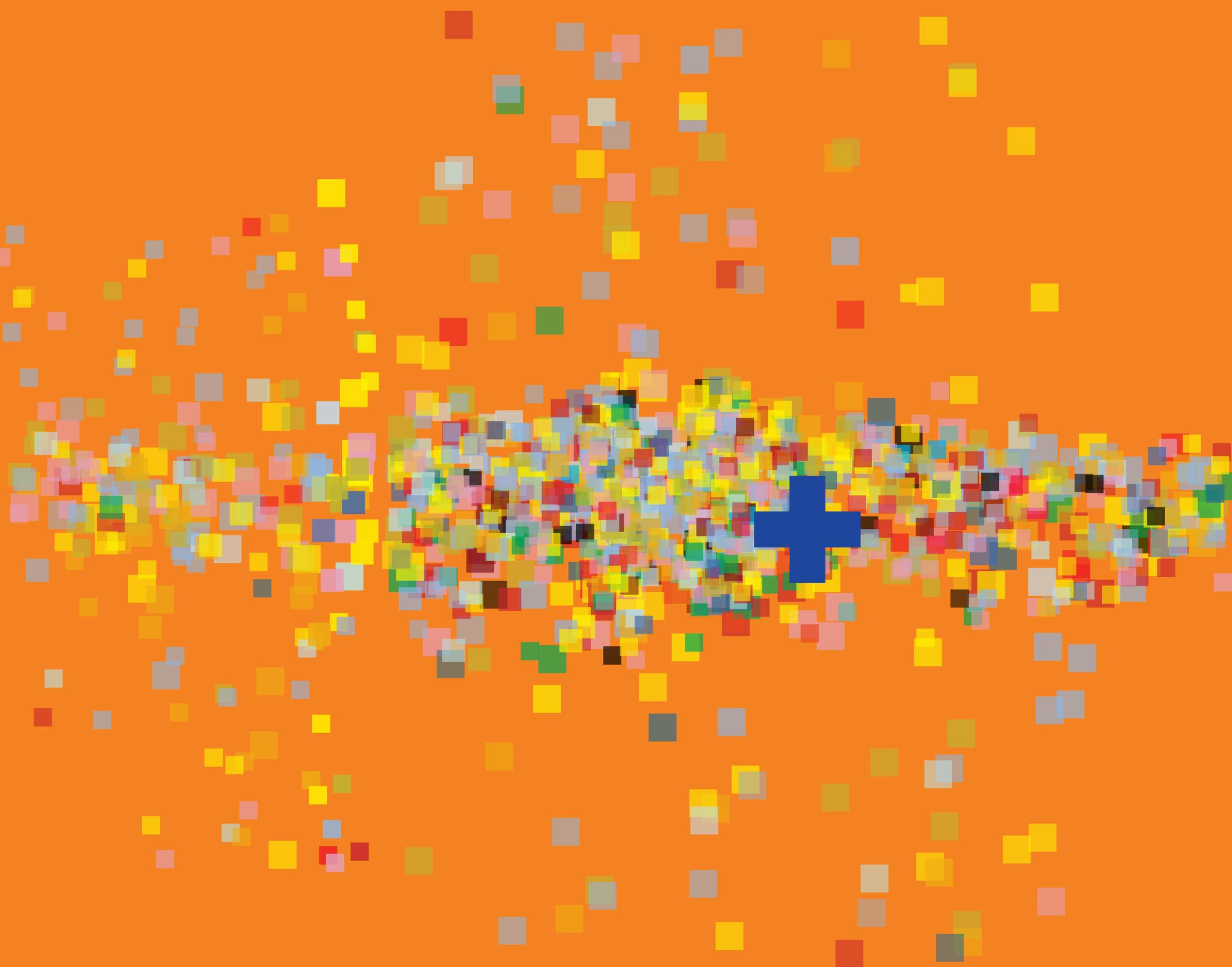
Acredito que, com a união de esforços e o comprometimento de todos os envolvidos, poderemos contribuir para o aperfeiçoamento da saú-

de pública no país. Discussões como esta afirmam-se como espaço de debate produtivo e enriquecedor para todos nós, em busca de soluções para a sustentabilidade e o fortalecimento do SUS.

VANESSA LOPES DE LIMA

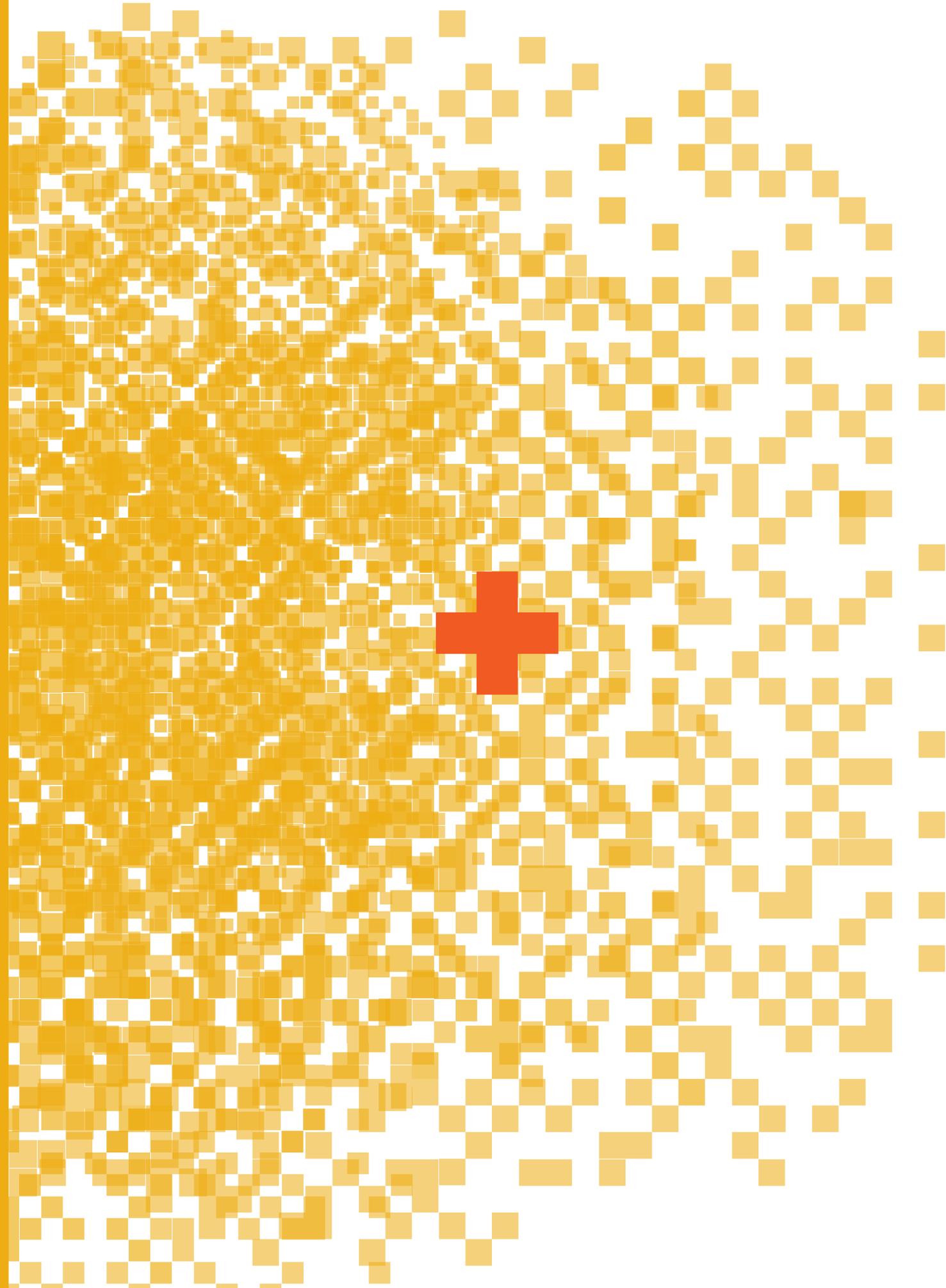
é secretária de Controle Externo de Desenvolvimento do Tribunal de Contas da União. Graduada em Ciências Contábeis, tem especialização em Gestão de Pessoas e em Controle de Políticas Públicas.

— PALESTRA
MAGNA



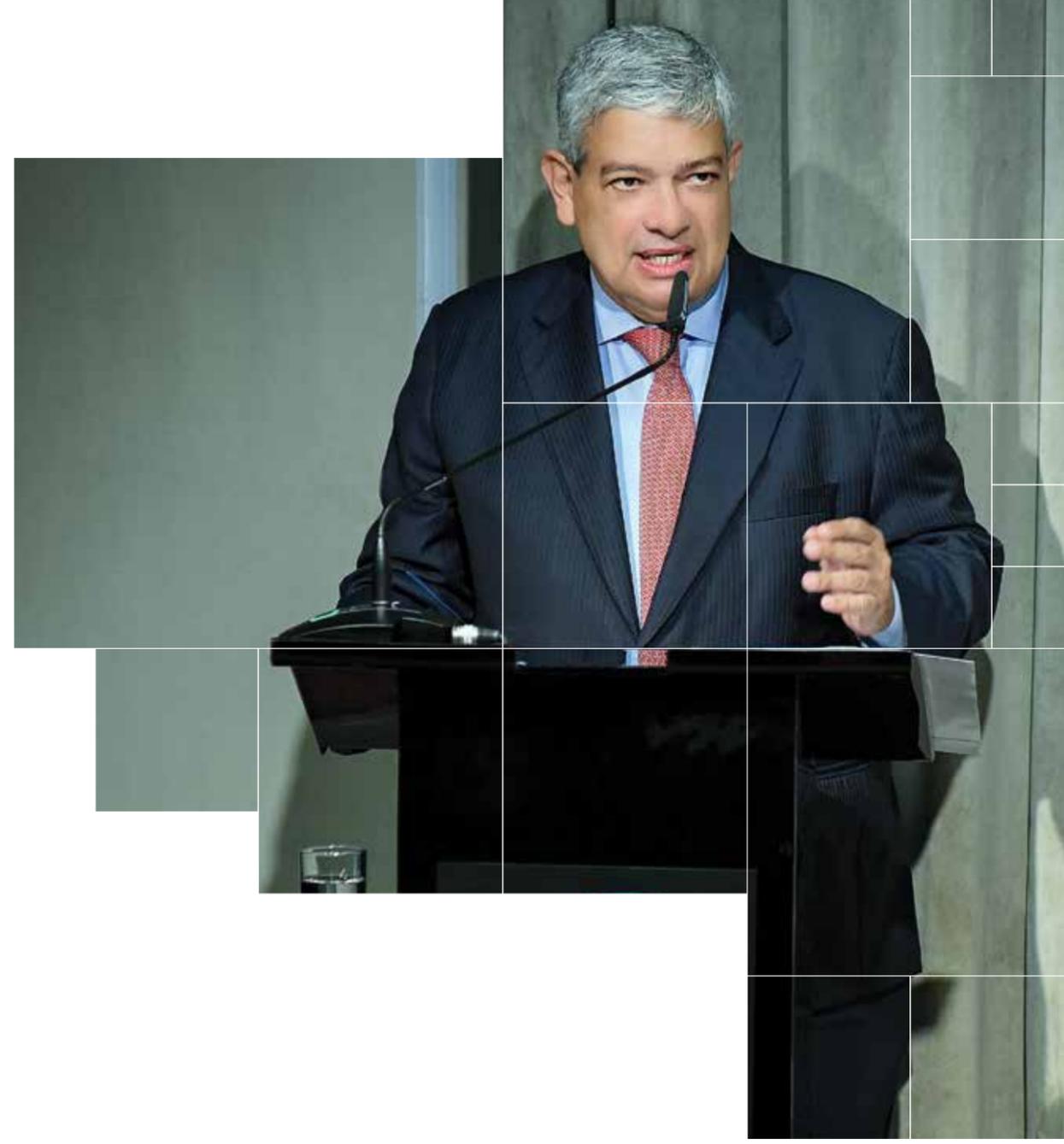
|

SUSTENTABILIDADE



A SUSTENTABILIDADE ECONÔMICA E FINANCEIRA DO SUS

MARCUS PESTANA



Qualquer empreendimento humano é feito de três elementos: ideias claras, capacidade de gestão e financiamento consistente. Quem não tem estratégia e metas, não tem rumo. Tenho 42 anos de vida pública e foi como secretário de Saúde de Minas Gerais, cargo que ocupei por oito anos, que pude materializar estes ensinamentos e usá-los para transformar, para melhor, a vida das pessoas. É esta experiência que divido com os leitores neste artigo.

Uma das discussões mais antigas entre os gestores de saúde pública é: o que temos que entregar à população? Muito objetivamente, é preciso prover boa atenção primária, secundária e terciária, assistência farmacêutica e vigilância em saúde, com o Estado coordenando e regulando todo esse processo.

Mas saúde também precisa ser política transversal, que envolva educação, saneamento, segurança alimentar e segurança no trânsito, para citar apenas alguns exemplos. Num ambiente de escassez de recursos, o gestor deve integrar estes diversos segmentos e construir soluções que melhorem a operação do sistema de assistência.

Um segundo passo é ter compreensão mais exata sobre a organização do Sistema Único de Saúde (SUS). Na realidade, não temos um sistema único, mas sim três subsistemas que configuram um Sistema Nacional de Saúde: o sistema público, a saúde suplementar, que cobre 50 milhões de brasileiros, e o subsistema de desembolso direto, dinheiro que o cidadão despende no balcão de uma farmácia ou pagando uma consulta médica do próprio bolso.

Não nos iludamos: a saúde suplementar é problema dos gestores

públicos também. Muito sensível à dinâmica de renda da população, o setor atende menos gente do que poderia atender. Na recessão econômica, entre 2014 e 2017, 3 milhões de vidas deixaram os planos de saúde e foram bater na porta do SUS. Eram 50 milhões de beneficiários, caíram para 47 milhões e agora voltaram ao patamar anterior. Mas daí não passa porque não há famílias com renda disponível para contratar novos planos de saúde.

Aqui é necessário ter noção mais clara sobre como os sistemas privado e público interagem, se nosso foco é buscarmos racionalizar o uso dos recursos, que são escassos. É preciso ter consciência de que, quanto melhor a saúde suplementar for, melhor será também para o SUS. Porque, em um ambiente de restrição fiscal como o atual, a saúde suplementar alivia o orçamento público, permite que sobre mais dinheiro para servir as camadas de menor renda. Logo, é necessário ter clareza dessa configuração e evitar essa indesejável e equivocada contradição. A dimensão do sistema de saúde brasileiro é exuberante. Movimenta, em números atualizados, cerca de R\$ 900 bilhões, que irrigam mais de 300 mil estabelecimentos que prestam serviços de saúde à população— aí estão hospitais, clínicas, consultórios e laboratórios, entre outros. São, ainda, quase 8 milhões de empregos gerados, o que torna o setor o segundo maior empregador do país. A saúde tem sua faceta de assistência, mas também econômica: além de ser grande empregador, 10% da massa salarial é gerada no setor. Para sintetizar, a cadeia produtiva da saúde movimenta quase 10% do nosso PIB.

SAÚDE NO BRASIL



R\$ 711 BILHÕES
RECURSOS FINANCEIROS DESTINADOS À SAÚDE PÚBLICA E PRIVADA



331 MIL
ESTABELECIMENTOS PÚBLICOS E PRIVADOS QUE PRESTAM SERVIÇOS DE SAÚDE



7,8 MILHÕES DE EMPREGOS
SETOR DE SAÚDE É O SEGUNDO MAIOR EMPREGADOR DO PAÍS



8.870 HOSPITAIS PÚBLICOS E PRIVADOS_2021



9,6% DO PIB



1.134 OPERADORAS DE PLANOS DE SAÚDE_MÉDICOS E ODONTOLÓGICOS

FONTES: MINISTÉRIO DA SAÚDE, ANS, CONASS,
CONTA-SATÉLITE DE SAÚDE—IBGE_2019

Diante desses números, que mostram quão portentosa é a saúde brasileira, qual é o maior desafio? É resolver o que eu chamo de “complexa equação do SUS”: garantir direitos amplos com recursos escassos e custos crescentes, sobretudo em função da transição demográfica e da incorporação tecnológica. É, portanto, dado o arcabouço legal atual, tarefa quase impossível. Por quê?

Porque o país tem direitos mal amarrados. Não questiono o princípio da universalidade, pelo qual todos os cidadãos brasileiros, sem qualquer tipo de distinção, têm direito ao acesso às ações e aos serviços de saúde. Mas a questão da integralidade precisa ser melhor regulada entre nós. Não há país com sistema de saúde organizado—e cito

Canadá, França, Portugal e Espanha como exemplos—que forneça tudo para todo mundo. Todos definem o que entregar e para quem entregar. Se os recursos fossem abundantes, a integralidade podia até ser plena. Mas nem os países mais desenvolvidos têm uma carteira de serviços tão ampla e uma definição tão frouxa como a nossa. Nosso marco legal normativo é muito aberto, flexível e mal definido: é tudo para todo mundo. E uma das consequências, diante da escassez de recursos para bancar tudo isso, é o fenômeno da judicialização excessiva, algo tipicamente brasileiro. Esta situação é cada vez mais pressionada pelo aumento dos custos assistenciais, dadas as duas razões que citei acima: a inovação tecnológica e o envelhecimento populacional. É preciso entendermos melhor o que está havendo.

Diariamente, de forma contínua, são descobertas e lançadas novas terapêuticas, novas drogas, novos equipamentos, novas tecnologias em saúde. E elas são cada vez mais caras. Cito, como exemplo, um medicamento recentemente incorporado pelo SUS e pelos planos de saúde para tratamento de atrofia muscular espinhal cujo custo por paciente é de R\$ 6 milhões.

Este valor significa milhares de vezes o valor per capita médio gasto anualmente para atender a população brasileira, que está em torno de R\$ 2 mil (US\$ 400). Ou seja, às vezes um tratamento caríssimo, de alta tecnologia, tira o dinheiro que poderia servir para salvar quem morre de malária, de febre amarela, de subnutrição.

Em vista disso, temos que ter um sistema de avaliação de tecnologias em saúde (ATS) muito mais eficiente, pois nem toda tecnologia nova é boa.

Então, é preciso promover estudos de custo-efetividade, seletividade e adotar critérios claros. E estabelecer um marco legal mais firme, porque muitas vezes a incorporação é decidida pela via da judicialização, que é a pior forma de alocar recursos em saúde.

Adjacente a isso, é necessário termos uma agência única de avaliação de novas tecnologias na saúde. Hoje é tudo disperso: a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) regula a incorporação para a saúde suplementar e a Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no Sistema Único de Saúde (Conitec), para o SUS. Para completar, a precificação—por exemplo, de medicamentos—fica sob um organismo que é um conselho interministerial, com o qual é mais difícil de lidar, porque não tem chefe.

No Reino Unido, que é uma referência mundial em termos de sistema de saúde universal, o Nice (The National Institute for Health and Care Excellence) cuida de todos os processos de avaliação de custo-efetividade, de qualidade do produto e de negociação do preço. Lá as incorporações seguem parâmetros claros para estipular o que cabe e o que não cabe no orçamento público. No caso brasileiro, a dispersão institucional da incorporação tecnológica cria um problema imenso e este é um desafio para quem quer ser mais eficaz operando num regime de escassez de recursos. Por outro lado, a transição demográfica coloca um desafio claro para a saúde, que vai ficar cada vez mais cara, dada a maior incidência de doenças crônicas numa população que envelhece num ritmo acelerado, como comprovou o Censo do IBGE do ano passado. Nasceram muito menos crianças, enquanto a faixa etária acima de 65 anos já corresponde

a mais de 10% da população total, vai continuar crescendo e demandando mais serviços de saúde.

O Brasil investe 9,6% do seu PIB em saúde, percentual que está acima dos 8,8% da média da Organização para a Cooperação e o Desenvolvimento Econômico (OCDE) e próximo ao que gastam países como Dinamarca (10%) e Portugal (9,5%). Como gasto total em proporção a tudo o que é produzido em bens e serviços na nossa economia, parece até que vamos bem. Mas se analisarmos o gasto per capita, descobriremos que somos um país emergente ainda razoavelmente pobre, proporcionalmente à nossa população.

RECURSOS ESCASSOS

GASTOS PÚBLICOS E PRIVADOS PER CAPITA_2019

PAÍS	GASTOS PÚBLICOS_US\$	GASTOS PRIVADOS_US\$
EUA	9.053	1.894
NORUEGA	5.788	956
ALEMANHA	5.514	1.003
CANADÁ	3.768	1.602
FRANÇA	4.415	859
REINO UNIDO	3.533	966
OCDE	3.177	966
ITÁLIA	2.700	952
ESPANHA	2.542	1.057
PORTUGAL	2.041	1.306
CHILE	1.388	902
BRASIL	618	848
COLÔMBIA	989	286
MÉXICO	558	574
CHINA	459	351
ÍNDIA	70	186

FONTE: PANORAMA DA SAÚDE_2021 | INDICADORES DA OCDE
Disponível em: www.oecd.org/health

A situação piora quando se analisa a proporção entre gastos públicos e privados. Aí o Brasil só encontra paralelo na Índia, ambos com gastos privados muito superiores aos públicos. Na OCDE, o gasto público médio é de cerca de US\$ 3.100. Isso significa que, para o Brasil ter um sistema de saúde de Primeiro Mundo, seria preciso triplicar ou quadruplicar nosso orçamento—grosso modo, porque os custos aqui são mais baratos em comparação com os dos países desenvolvidos. Fica claro, portanto, o subfinanciamento do SUS, primeiro daqueles que considero os desafios crônicos do nosso Sistema Nacional de Saúde. O segundo desafio é a qualidade de formação de nossos recursos humanos, principalmente o ensino médico. É equivocado o modelo de expansão das faculdades de Medicina implantado no país; não é possível ter uma em cada esquina. Deveríamos ampliar vagas naquelas que já existem e têm qualidade, têm laboratórios, bibliotecas, campos de estágio e de formação. Esta é uma questão estratégica.

Um terceiro problema crônico do nosso sistema de saúde é a judicialização. Temos que aprimorar o texto constitucional ou rever a lei nº 8.080/1990 (de criação do SUS), se for o caso, mas não é possível continuar decidindo sobre a alocação de recursos escassos no Judiciário, mesmo que a Justiça tenha avançado muito na sua qualificação com suas assessorias técnicas. Porque juízes e promotores não são obrigados a entender se uma demanda de saúde é adequada ou não. O tema sempre é complexo e envolve vidas humanas. Por isso, é preciso definir melhor qual é o padrão de integralidade que o país tem condições de oferecer. E cumpri-lo.

Outro desafio diz respeito à ineficiência de gestão, tema ao qual o Tribunal de Contas da União (TCU) tem se dedicado com afinco. Um exemplo simboliza bem como não temos conseguido avançar: o prontuário eletrônico. Há mais de 25 anos lutamos para implantá-lo, e nada. Trata-se de uma das medidas mais importante para termos um sistema nacional de informação que ajude a racionalizar gastos, fazer mais e melhor com cada real disponível.

O quinto fator é a irracionalidade da rede de atendimento. A percepção ingênua das pessoas é que tem que haver mais hospital. Não! Precisamos ter mais leitos, mas não em hospitais pequenos, sem nenhuma eficiência e resolutividade. Em Minas, implantamos o Pro-Hosp, que fazia a discriminação positiva da rede socialmente necessária. De um total de 600 hospitais que tínhamos, selecionamos 135 que resolviam o problema de saúde de todo o estado por meio de um plano diretor de regionalização e neles concentramos os recursos. A experiência foi bastante exitosa.

Temos, ainda, como desafios a gestão e a regulação clínica, os vazios assistenciais, sobretudo em regiões mais pobres e distantes, e a debilidade dos nossos sistemas de informação. Somos os reis dos bancos de dados, mas os sistemas não conversam entre si e não geram informações relevantes para os gestores. Então, o que sobra é apenas um cipoal de sistemas e de informações.

Diante de tantos desafios, de recursos tão escassos, direitos tão amplos e pressão crescente de custos, uma equação quase sem solução, qual é a saída? Inovação, inovação, inovação e gestão. A boa notícia é que começam a acumular-se experiências bem-sucedidas e promissoras.

É o caso da telemedicina, que ganhou corpo na pandemia e agora precisa ser aprofundada—também porque é um processo de aprendizado permanente, de intercâmbio enriquecedor entre médicos sêniores e recém-formados. Temos, ainda, mudanças nos processos de trabalho; a adoção de sistemas de classificação de riscos, como o Protocolo de Manchester, que implantamos em Minas e agora se difundiu pelo país inteiro; e as ferramentas digitais de gestão, como sistemas de compra e de controle de custos. Tudo isso hoje já está digitalizado, acessível.

Mas, neste cenário, qual é o papel das organizações sociais de saúde (OSS) para a sustentabilidade econômico-financeira do nosso sistema de saúde? Quem quer ganhar eficiência, fazer mais e melhor com cada real precisa modernizar, aprimorar as ferramentas, as instituições, as estruturas e os processos. E há evidências abundantes de que as OSS, as gestões flexíveis, são mais eficientes que os modelos de Regime Jurídico Único e/ou submetidos à lei nº 8.666/1993.

O problema é a mania de acharmos que a ferramenta carrega a ética. Mas a moral não está na inovação; está em quem a usa. As OSS são instrumentos. Se houve escândalos, corrupção, se teve negligência na gestão dos contratos, este é um problema de competência para contratualização, fiscalização e regulação. Tem que ser corrigido. A falha não está no conceito de espaço público não-estatal que o ministro Luiz Carlos Bresser-Pereira, que cuidou da reforma do Estado na década de 1990, criou. Nem tudo que é estatal é público. E nem tudo que é público tem que ser estatal.

Espero que estas reflexões se consubstanciem em ação transformadora, porque nossa população tem pressa. O Brasil está patinando em várias questões há muitos anos, e nós temos o desafio de encontrar respostas mais ágeis. O SUS saiu fortalecido da pandemia, com reconhecimento expressivo da opinião pública. Neste ano de 2024, por causa das vinculações orçamentárias, o Ministério da Saúde terá R\$ 50 bilhões a mais para gastar. É preciso materializar este ganho em iniciativas inovadoras que promovam o que é o desígnio do SUS: uma cidadania de primeira para todos os brasileiros.

MARCUS PESTANA

é diretor executivo da Instituição Fiscal Independente. Economista, foi secretário de Saúde de Minas Gerais, presidente do Conselho Nacional de Secretários de Saúde e deputado federal. É autor de "Pacto de gestão: da municipalização autárquica à regionalização cooperativa", em coautoria com Eugênio Vilaça Mendes

RISCOS À SUSTENTABILIDADE DO SUS

VINÍCIUS AUGUSTO GUIMARÃES



No ano de 2019, o Tribunal de Contas da União (TCU) realizou fiscalização com o objetivo de avaliar a sustentabilidade da prestação, no Brasil, de ações e serviços públicos de saúde de forma universal, gratuita e integral. O trabalho resultou no Acórdão 1487/2020-TCU-Plenário, de relatoria do ministro Benjamin Zymler.

A Corte de Contas Federal avaliou os gastos em saúde, o cenário fiscal brasileiro à época, os níveis de assistência, as projeções do impacto das mudanças do perfil demográfico, as projeções da inflação dos serviços de saúde, o impacto da judicialização na saúde, assim como comparou o sistema de saúde público do Brasil com os de alguns outros países.

Em relação aos gastos nacionais com saúde, o relatório da fiscalização informa que a expansão nas despesas com saúde ocorreu até o exercício de 2014. Entre 2015 e 2017, houve um decréscimo real nos gastos em relação àquele período, mas com acréscimo em relação à proporção do PIB. No exercício de 2018, existiu um retorno dos gastos totais, em termos reais, aos mesmos níveis de 2014.

No que se refere ao cenário fiscal brasileiro à época dos trabalhos, a fiscalização trouxe a conclusão de que se mostrava “extremamente restritivo quanto à possibilidade de crescimento real das despesas públicas nos próximos anos”.

Ademais, a partir da seleção de alguns indicadores, estimou-se, ainda que de forma limitada, o déficit de atendimento de alguns programas do Sistema Único de Saúde (SUS). Em acréscimo a isso, houve a estimativa dos valores necessários para suprir esse déficit assistencial. Apenas na esfera federal, obteve-se um montante de R\$ 31,7 bilhões para o ano de 2017.

Também realizaram-se projeções, até 2030, da necessidade de recursos para suprir o déficit assistencial. Essa projeção considerou a mudança do perfil demográfico da população e a inflação da saúde. Os resultados apontaram para o valor de R\$ 57,5 bilhões somente na esfera federal.

Conforme concluiu o relatório da fiscalização “verifica-se um horizonte de dificuldades pela frente. De um lado, há uma tendência de aumento da necessidade de recursos para o SUS. De outro, (...) o cenário fiscal se mostra desfavorável à ampliação de gastos”.

O trabalho do TCU abordou, ainda, o problema da judicialização na saúde. As demandas judiciais representam gastos relevantes e, portanto, desorganizam o planejamento orçamentário e financeiro dos entes. Nesse sentido, afetam a sustentabilidade do SUS.

A fiscalização também comparou o sistema de saúde público brasileiro com os de outros países. Segundo o relatório da fiscalização:

“(...) Apesar de o Brasil possuir o menor PIB per capita, possui regramentos mais permissivos aos usuários do sistema público de saúde. Quanto ao acesso (dimensão da universalidade), somente Brasil e Portugal não possuem algum tipo de barreira. Assim, nos demais países há restrições em relação às pessoas que podem buscar atendimento no sistema de saúde, a exemplo da exigência de nacionalidade, cidadania, residência permanente.

439. Em relação à cobertura, encontraram-se evidências de limitações na Austrália, no Canadá e no Reino Unido. No caso do Reino Unido, há critérios de cobertura bem definidos, de modo que o sistema de saúde não é legalmente obrigado a custear medicamentos ou tratamentos não recomendados pelo National Institute for Health and Care Excellence (Nice).

440. No Brasil, apesar de a lei nº 8.080/1990, art. 19-M ao art. 19-T, trazer o fundamento normativo para a definição da cobertura do SUS, há decisões judiciais no sentido de condenar o SUS a custear tratamentos e medicamentos não incorporados pelo Ministério da Saúde. Assim, e consoante verificado no presente trabalho, no período de 2014 a 2018 os dez principais medicamentos adquiridos, no âmbito da União, por demanda judicial correspondiam a 80% do dispêndio com judicialização e nenhum deles havia sido incorporado pelo SUS até o ano de 2017, sendo que três deles foram incorporados em 2018.

441. Quanto à coparticipação (dimensão da gratuidade), somente o Brasil e o Canadá não aplicam essa modalidade para seus sistemas de saúde.”

Ainda consoante o relatório:

“(…) Apesar de o SUS se propor a ser um sistema de saúde gratuito e universal, observou-se que, quando comparado com Austrália, Canadá, Chile, França, Portugal, Reino Unido e Suécia, possui a menor proporção de gastos públicos sobre o gasto total com saúde. Nesse sentido, no Brasil, os gastos públicos com saúde representam 43% dos gastos totais, enquanto nos sete países de referência a parcela pública corresponde, em média, a 75% dos gastos com saúde.

O trabalho do Tribunal de Contas da União concluiu “pela existência de indícios de insustentabilidade do modelo atual do SUS, o que exigirá um profundo debate acerca desse modelo”.

“(…) Apesar de o sistema público de saúde brasileiro se propor a ser universal, gratuito e integral, observaram-se evidências de desassistência, assim como uma realidade em que a maior parte dos gastos com saúde possui origem privada. Ademais, há uma tendência de aumento da necessidade de recursos em razão da mudança do perfil demográfico da população e de aspectos inflacionários, o que, associado ao cenário fiscal desfavorável à ampliação de gastos, pode agravar ainda mais a desassistência verificada na atualidade. Esse quadro desfavorável ainda

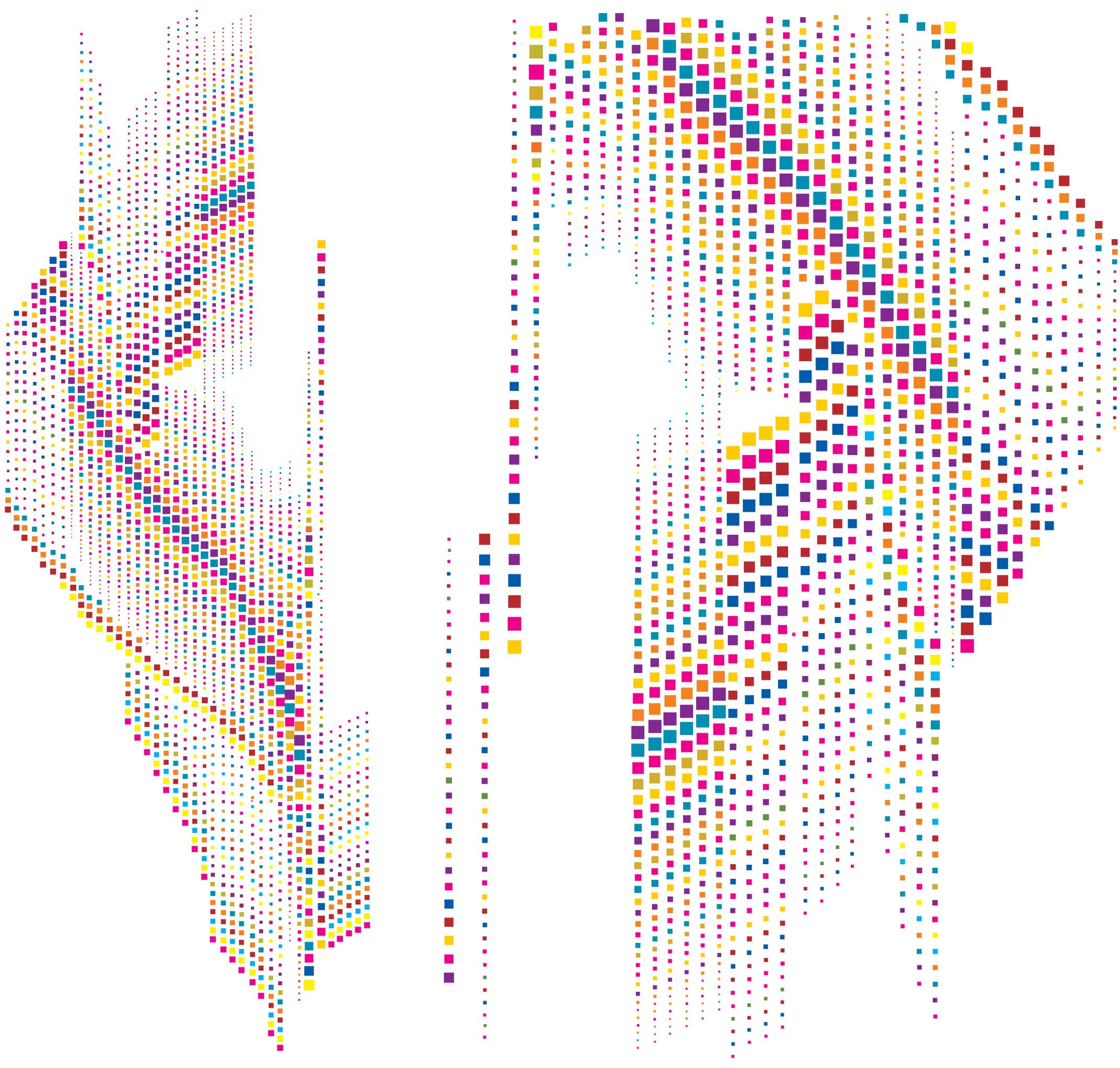
sofre o agravamento decorrente das demandas judiciais que têm sido geradas pelo modelo brasileiro.

449. Além disso, constatou-se que países com valores de PIB per capita muito superiores ao do Brasil possuem regras mais rigorosas em relação ao acesso do sistema de saúde público e à cobertura dos serviços ofertados. Acrescenta-se a isso o fato de, na maioria desses países, haver a cobrança de coparticipações dos usuários do sistema.”

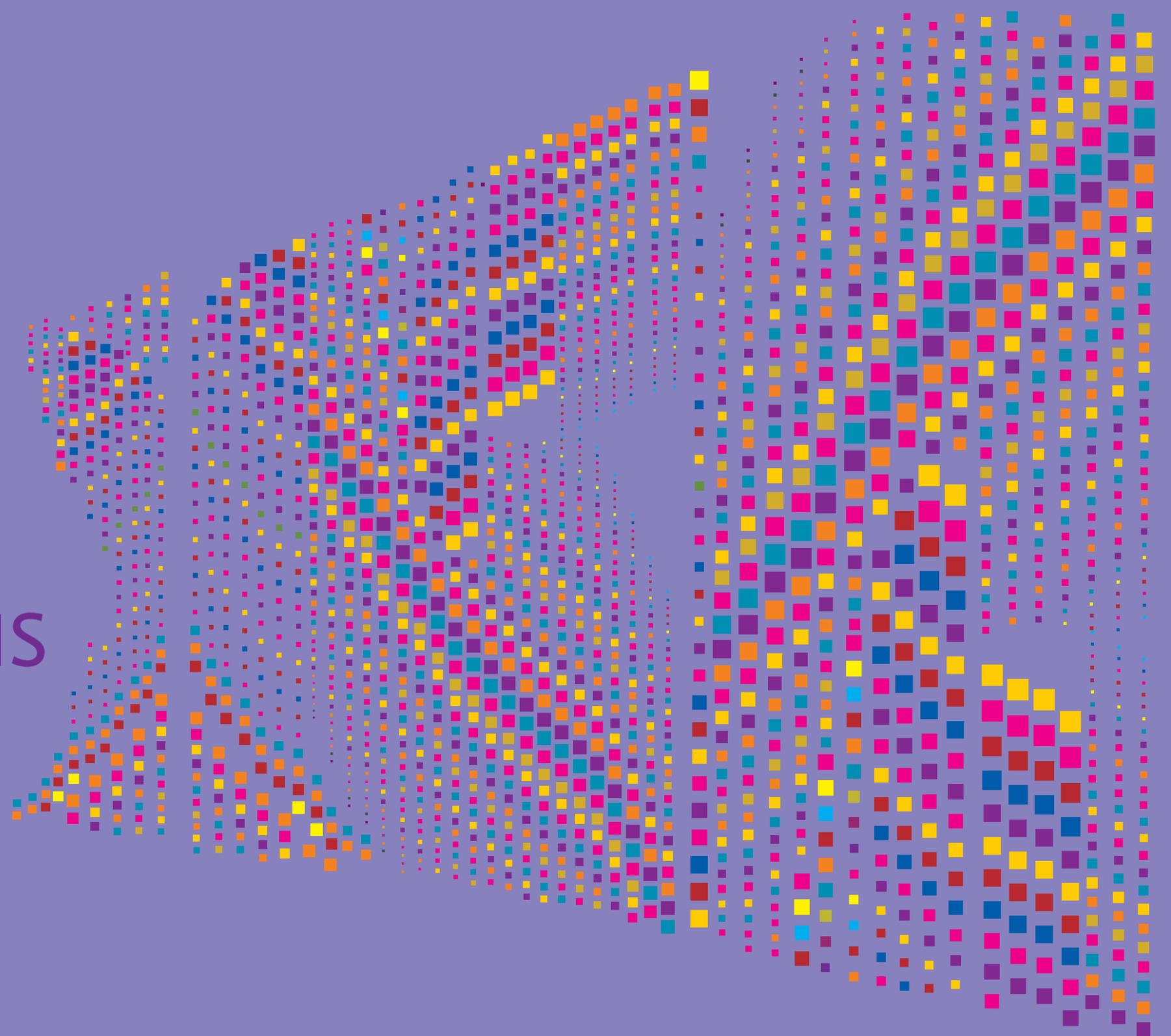
Apesar de o trabalho da Corte de Contas Federal ter sido realizado em 2019 e, em alguns casos, com a utilização de dados de 2017, observa-se que o tema permanece bastante atual. Ao explicitar os indícios de insustentabilidade do SUS, o TCU fomenta importante discussão acerca do tema. Esse debate se mostra fundamental para a busca de soluções necessárias à perenidade do nosso sistema público de saúde.

VINÍCIUS AUGUSTO GUIMARÃES

é auditor-chefe adjunto da AudSaúde
(Unidade de Auditoria Especializada em Saúde)
do Tribunal de Contas da União.
É graduado em Ciências Contábeis
e pós-graduado em Auditoria Governamental.



— DESAFIOS DA
QUALIFICAÇÃO DAS
ORGANIZAÇÕES **SOCIAIS**
DE SAÚDE



**UMA REFORMA
VOLTADA À
ATENÇÃO PRIMÁRIA**

DANIEL SORANZ



Há cerca de 15 anos, iniciamos o processo de reorganização de todo o sistema de saúde no município do Rio de Janeiro. Nele, a adoção do modelo de organizações sociais de saúde (OSS) fez enorme diferença para produzirmos os resultados que alcançamos. Tivemos, para citar um exemplo emblemático, ótimo desempenho no enfrentamento da pandemia da covid-19.

Um dos focos dessa reestruturação foi a reforma da atenção primária. O Rio era então a cidade com pior cobertura de Saúde da Família do país, num sistema extremamente fragmentado. Só os mais pobres tinham acesso ao programa, cuja cobertura não ultrapassava 10% da população do município. Mais: 83% de todo o gasto da Secretaria Municipal de Saúde era destinado a hospitais, o que caracterizava um modelo extremamente hospitalocêntrico.

Como parte da reforma empreendida, em 2009 implementamos o modelo de OSS e, oito anos depois, já atingíamos 70% de cobertura do Saúde da Família, numa velocidade bastante expressiva. Esse movimento de reestruturação teve três componentes: mudança do modelo organizacional, reforma do modelo de atenção e reforma administrativa, à qual vou me ater neste artigo.

Naquela época, o principal desafio da secretaria era superar sua péssima execução orçamentária. Não tínhamos problema de falta de recurso, mas sim de efetivação. E, na administração pública, quando não realiza na velocidade necessária o gestor perde o recurso, que é remanejado para áreas com melhor desempenho.

Os processos de compra e aquisição eram demorados, com tempo médio de oito meses para materiais de consumo e de 16 meses para materiais permanentes —ou seja, ultrapassando o exercício orçamentário. É sempre muito complexo quando isso acontece, se considerarmos que uma gestão dura quatro anos. Tínhamos, ainda, dificuldades com o tempo de remanejamento, por exemplo, entre rubricas orçamentárias.

Outro aspecto problemático dizia respeito à transparência dos contratos, sempre em prejuízo do sistema público de saúde. Alguns deles eram muito frágeis: tínhamos contratos em que funcionários eram pagos em espécie e contratos

com cooperativas sem nenhum tipo de vínculo trabalhista formal. No geral, 35% de todo o nosso orçamento era destinado à compra de serviços privados.

A reforma da atenção primária do município foi estruturada em eixos, definidos para cada ano, entre 2009 e 2016. Começamos com a mudança organizacional e administrativa, passamos, entre outros, por ampliação de acesso, governança clínica e gestão de conhecimento, até chegar, no oitavo ano, à consolidação da reforma. Na atual gestão, os eixos incluem desde a recuperação da rede de saúde no pós-pandemia ao aumento da expectativa de vida do carioca. É sempre importante a gestão saber aonde quer chegar, com metas e planejamento de médio e longo prazos.

Tínhamos convicção de que não era mais possível continuar fazendo gestão da rede de saúde somente pela administração direta. Não era cabível continuar fomentando um modelo que deixara de conseguir produzir bons resultados e que, efetivamente, ao longo da sua história fora vítima de uma série de leis que, por diferentes motivos, o inviabilizaram. Isso também nos conduziu à opção pelas OSS. Nosso trabalho teve entre suas inspirações essenciais a “Missão para os Cuidados de Saúde Primários”, do governo de Portugal, e o modelo de contratualização do The National Health Service (NHS) inglês. Daí vieram modelos para nosso contrato de gestão, para nossas metas de atenção primária e para nossos indicadores de desempenho.

O NHS foi uma influência importante especificamente em relação aos contratos de gestão para atenção primária do município do Rio de Janeiro. Na Inglaterra, os trusts são instituições centenárias, têm histórico de boa gestão de recursos humanos e níveis adequados de transparência. São parecidos com nossas organizações sociais de saúde.

Em 2009, o Rio promulgou a lei nº 5.026, que dispõe sobre a qualificação de entidades como organizações sociais no município. A partir dela, nos debruçamos sobre a necessidade de selecionar quem, de fato, é sério, competente e consegue entregar aquilo a que se propõe. Logo, nosso primeiro desafio foi como

fazer a qualificação dessas instituições. E aqui, novamente, os players ingleses nos inspiraram.

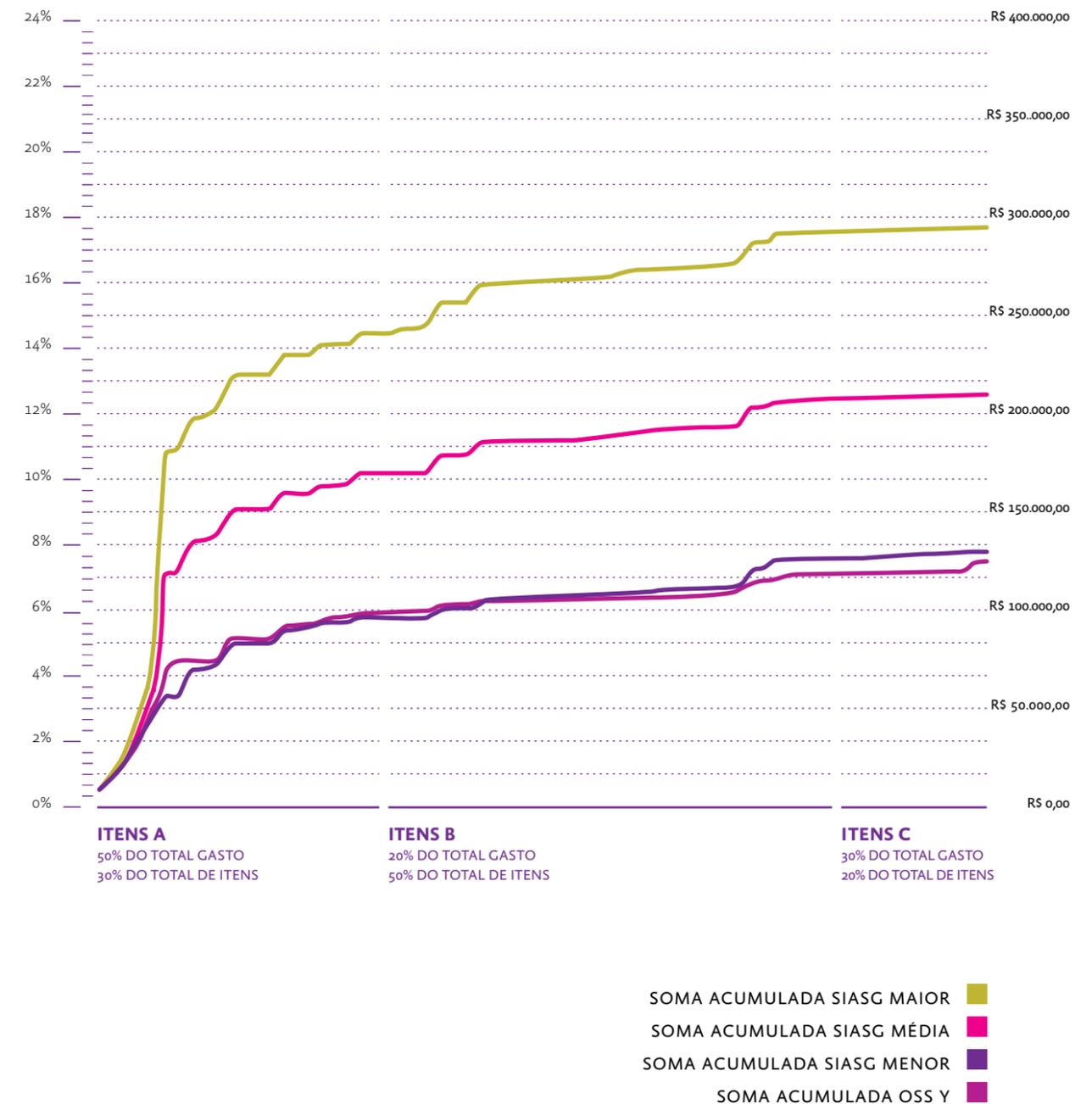
Um segundo desafio dizia respeito a como separar o que é, de fato, uma organização social da sociedade civil sem fins lucrativos daquelas empresas que buscam meramente o lucro e apenas se travestem de OSS para poder assumir um contrato de gestão. Isso só é possível com critérios claros e com conhecimento da história da instituição. E como proteger os processos de seleção das OSS de influências pessoais ou políticas? Estabelecendo princípios: quem qualifica não seleciona; quem seleciona não acompanha o contrato. Tudo isso é acompanhado por três comissões: de qualificação, de seleção e técnica de avaliação. Elas são sempre independentes, separadas e compostas por diferentes conjuntos de pessoas, de diferentes setores, de diferentes órgãos e secretarias.

Alguns marcos legais foram, ao longo do tempo, nos ajudando a fortalecer essas comissões, por meio da criação de cargos de confiança preenchidos por pessoas qualificadas e que respondem por seus atos. Sabemos todos o quanto é fundamental termos critérios técnicos, como formação e experiência, para que alguém assuma um cargo de gestão. Deveria ser assim em todo o SUS.

Outro item importante é a previsibilidade. No primeiro dia do ano, a Secretaria de Saúde do município publica as datas de suas reuniões, o que e como vai acontecer, como será o processo de acompanhamento dos contratos. Tudo sempre com muita transparência, utilizando os bancos de dados oficiais, para que possamos ter informações únicas e adequadas.

O principal objetivo de toda esta reestruturação foi colocar a atenção primária no assento do condutor, com princípios que parecem básicos, mas não eram seguidos no Rio de Janeiro. Neste contexto, as OSS em particular permitiram que o patrimônio público voltasse a ser público de verdade, diferentemente de como era antes. Também conseguimos reformar unidades de saúde, como há anos não se fazia. E eliminamos todos os vínculos precários de contratação—hoje todas as OSS do Rio só contratam por CLT.

CURVA ABC DE MATERIAL MÉDICO CIRÚRGICO—APs



FONTES: CADASTRO IABAS, BANCO DE PREÇOS EM SAÚDE

Também conseguimos derrubar alguns mitos. Por exemplo, o de que profissionais que trabalham em OSS são menos satisfeitos que servidores da administração direta. Isso não é verdade, conforme mostrou pesquisa de opinião que realizamos. Também demonstramos que o turnover nas OSS não é mais alto que entre servidores: o indicador caiu de uma média geral de 36% em 2009 para 13% em 2022.

Importante também registrar alguns princípios que se mostraram muito importantes para a construção dos nossos contratos de gestão. São eles: 1) ter 100% de financiamento público; 2) ausência de capital privado; 3) ausência de lucro da instituição parceira; e 4) prestação de contas mensal com avaliação trimestral dos contratos por meio de um painel desenvolvido junto com a Fundação Getulio Vargas.

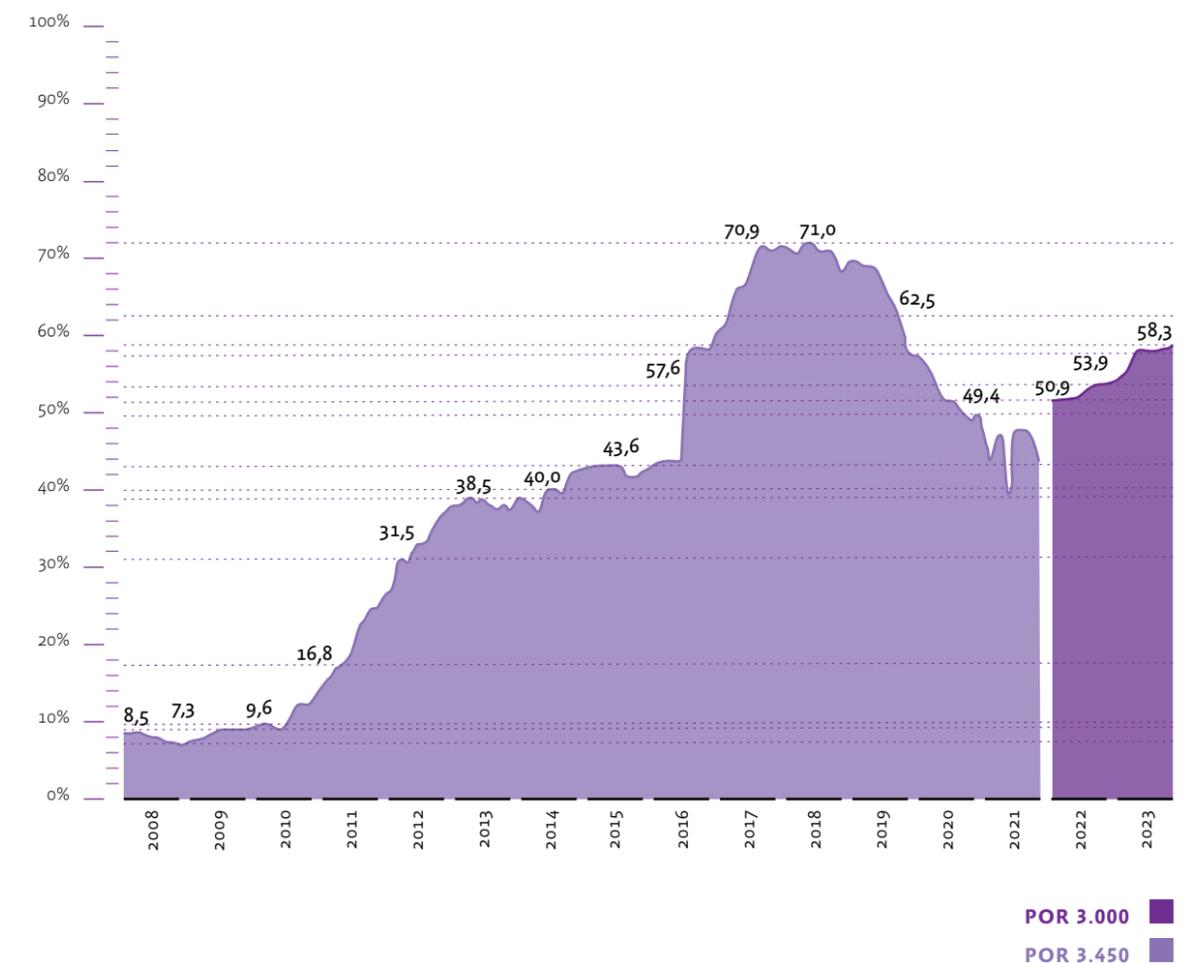
Tivemos apoio muito forte dos nossos órgãos de controle, como o Tribunal de Contas, a Controladoria e a Procuradoria-Geral do Município e o próprio Ministério Público, na organização e no estímulo a prestações de contas cada vez mais transparentes. Os contratos das OSS são os mais fiscalizados da administração pública, pois passam por todos os órgãos, sem exceção. Esses controles e essas avaliações fizeram muita diferença e nos ajudaram a focar nos resultados que almejávamos.

Gosto de citar entre os casos mais exitosos dessa trajetória o exemplo da Fio- tec (Fundação para o Desenvolvimento Científico e Tecnológico em Saúde), fundação de apoio da Fiocruz que se qualificou como organização social. A Prefeitura do Rio colocou recursos em parceria com a Fiocruz para formar agentes comunitários e agentes de vigilância e, com isso, construímos a maior residência de Medicina de Família e Comunidade do país.

Entre os principais resultados do processo de reestruturação, também conseguimos demonstrar que, na maioria dos itens, as OSS compram muito mais barato que a administração pública e direta. Ao mesmo tempo, conseguimos acelerar a execução das obras de implantação de equipamentos de saúde e a

compra de materiais: o que antes demorava anos, agora é feito, em alguns casos, em questão de meses e dias. Também fazemos avaliações frequentes, que mostram, por exemplo, a redução do número de internações por condições sensíveis de atenção primária. Mas a principal conquista foi a evolução da cobertura.

EVOLUÇÃO DA COBERTURA DE SAÚDE DA FAMÍLIA NO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO % DE COBERTURA_2009-2023



FONTE: MINISTÉRIO DA SAÚDE, PORTAL DE INFORMAÇÃO E GESTÃO DA ATENÇÃO BÁSICA

O município do Rio de Janeiro avançou muito no modelo de organização social de saúde. E agora estamos abrindo uma nova frente com a assinatura de uma parceria público-privada envolvendo o Hospital Souza Aguiar. Olhando para 2030, nosso principal objetivo é fazer com que os cariocas tenham a maior expectativa de vida entre os brasileiros. Para isso, não existe modelo perfeito. Mas é importante sempre estimularmos atitudes reflexivas entre todos os envolvidos com o nosso sistema de saúde, para que a banalidade do mal não nos prejudique, como vem prejudicando o SUS há muito tempo.

DANIEL SORANZ

é secretário de Saúde do município do Rio de Janeiro. Médico, com mestrado e doutorado em Saúde Pública, é professor e pesquisador da Fiocruz. É deputado federal licenciado.

PARCEIROS NO APRIMORAMENTO DO MODELO DAS OSS

MARCELO ARAGÃO



O Tribunal de Contas da União (TCU) tem mantido grande proximidade com gestores de entidades envolvidas com o trabalho feito pelas organizações sociais de saúde (OSS). Essa parceria não tira a independência dos auditores; pelo contrário, fortalece a troca de experiências e jamais nos impede de apontar falhas, quando existem.

O Instituto Brasileiro das Organizações Sociais de Saúde (Ibross) tem sido um dos grandes parceiros do TCU na busca de aperfeiçoamentos e melhorias do modelo. Aliás, é sempre bom ressaltar que nós, auditores, não temos nada contra nenhum modelo de gestão da saúde. Nosso papel é sempre lutar para fortalecê-los e aprimorá-los, sem abrir espaço para a influência de ideologias ou preconceitos.

Estamos cansados de receber denúncias, representações e solicitações do Congresso Nacional referentes ao lado negativo das OSS—sobre falta de resultados e desvios, por exemplo. Mas também temos podido conhecer boas práticas e excelentes experiências, como as de São Paulo, do Rio de Janeiro e da Bahia, estados onde o grau de maturidade dos entes contratantes hoje impressiona.

Para quem está há tanto tempo discutindo regulação na saúde, fica claro que, muitas vezes, o problema não está nas OSS, mas sim no órgão ou ente contratante, que não sabe o que quer, não tem diagnósticos, metas e indicadores de desempenho bem definidos.

Especificamente em relação aos processos de qualificação das OSS, são dois os principais desafios. O primeiro deles é o poder público não saber que resultados espera das parcerias com as organizações sociais. Não estamos falando de municípios e estados que têm leis bem estruturadas, como os que eu acabei de citar. Estamos tratando da maioria dos entes federativos brasileiros, que não estão minimamente preparados para fazer a transferência dos equipamentos de saúde para as OSS.

É claro que isso tem relação com o grau de maturidade do contratante e com a capacidade gerencial do ente federado. Neste sentido, são dois os aspectos

mais fundamentais que deveriam preceder qualquer qualificação: primeiro, o diagnóstico do problema, ou seja, onde é que estamos e, segundo, a clara definição de quais resultados se espera e qual perfil de entidade queremos, isto é, onde almejamos chegar.

Uma vez observados, estes dois aspectos terão, logicamente, repercussão positiva nos contratos de gestão, com adoção de bons indicadores, boas metas, objetivos claros a serem alcançados e um processo adequado de fiscalização e monitoramento. Resta evidente que não se trata de simplesmente passar a gestão para uma entidade privada.

Neste sentido, o TCU sintetizou recentemente um conceito segundo o qual a governança pública organizacional compreende, essencialmente, os mecanismos de liderança, estratégia e controle postos em prática para avaliar, direcionar e monitorar a atuação da gestão com vistas à condução de políticas públicas e à prestação de serviços de interesse da sociedade.

Esse conceito deixa mais claro o que entendemos como boa governança de organizações, políticas públicas, processos e parcerias com o setor privado, como no caso das OSS. Nele, o papel do líder é fundamental para definir o modelo, os controles internos e as estratégias para saber aonde e como chegar, com bons diagnósticos (“avaliar”), boas diretrizes (“direcionar”) e bons planejamentos, execuções e controles (“monitorar”).

O segundo desafio é como atrair entidades idôneas e experientes para o processo de qualificação e parceria com o poder público. E aí o TCU buscou mapear as boas práticas adotadas em organizações de excelência—como a Associação Paulista para o Desenvolvimento da Medicina (SPDM) em São Paulo e o Viva Rio—para propor um conjunto de ações que ajudem a fortalecer o modelo das OSS e incentivem entidades idôneas a aceitar o risco de gerenciar equipamentos de saúde.

Em parceria com gestores públicos e demais órgãos de controle, em especial os tribunais de contas locais, esse conjunto de ações visa aprimorar o modelo

e criar condições e incentivos, com o aperfeiçoamento da capacidade de gestão e da governança dos entes contratantes e a melhor definição de formas de remuneração por serviços prestados, induzindo uma melhora das bases contratuais que aumente a entrega de valor.

Um dos riscos identificados pelo tribunal é que, em muitos entes federados, a qualificação das entidades como OSS não gera necessariamente a celebração de um contrato. O ente federado qualifica previamente as entidades privadas e, em momento posterior, é lançado o edital de chamamento das entidades qualificadas. Acontece que, quando o gestor é mal-intencionado, a qualificação prévia, ocorrida em processo distinto, possibilita que se conheça o acervo técnico de cada uma das entidades e se lancem editais direcionando as escolhas. Se o ente contratante não tem grau de maturidade suficiente, é melhor não contratar uma OSS. Então, é fundamental aperfeiçoar a capacidade, a maturidade, a gestão de governança do ente, definindo melhor a forma de remuneração pelos serviços prestados, com transparência e critérios rigorosos.

Neste sentido, o projeto de lei nº 10.720/2018, em tramitação na Câmara dos Deputados, pode trazer boas novidades. Além da qualificação das OSS ser realizada mediante processo público, objetivo e imparcial, um requisito específico adicional proposto é que haja previsão de avaliação externa por entidade acreditadora, certificadora ou de auditoria, com fito de comprovar boas práticas de gestão e transparência.

Entendemos que o projeto de lei traz uma série de medidas com potencial de emprestar mais clareza ao modelo de contratos de gestão com as OSS e, ainda, diminui o risco para as entidades. Mas consideramos que o texto ainda pode ser objeto de aprimoramentos, como, por exemplo, tornar a lei federal que disciplina o setor uma lei geral de referência para todos os entes subnacionais. Isso ajudaria a pôr fim à falta de padronização que temos hoje.

Também é possível avançar mais no planejamento prévio ao processo de publicização e no conteúdo das decisões de publicizar, mas sem querer engessar

e tornar o processo ainda mais burocrático. Outros pontos de aprimoramento envolvem a avaliação da capacidade dos entes federados para monitorar, fiscalizar e avaliar os contratos de gestão; a qualidade de metas e indicadores de contratos de gestão que induzam a melhores desempenhos, inovação e entrega de valor; o controle de resultados e meios; e, finalmente, o papel do associado da entidade privada qualificada como OSS.

Nosso propósito é aprimorar as ações e os serviços públicos de saúde, gerando valor para a gestão pública e para o cidadão, construindo, caminhando e amadurecendo juntos, com paciência e perseverança. Para isso, entendemos que uma gestão mais eficiente na saúde envolve ponderar sobre a situação problema; desenvolver indicadores; construir parcerias saudáveis; promover capacitações e compartilhar resultados.

MARCELO ARAGÃO

é auditor chefe da AudSaúde

(Unidade Auditoria Especializada em Saúde)

do Tribunal de Contas da União.

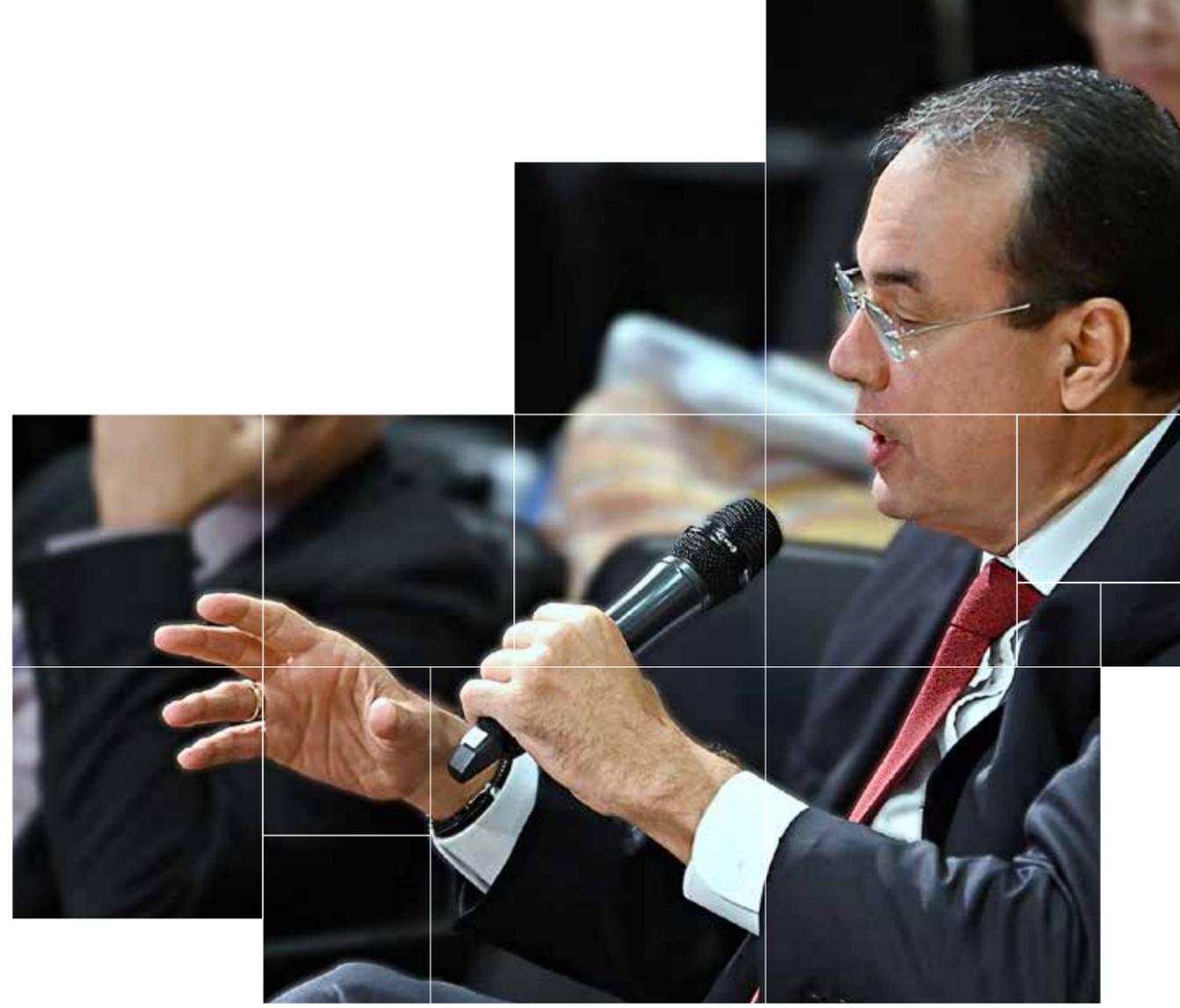
Graduado em Administração, tem pós-graduação

em Administração Pública e em Auditoria Interna

e Controle Governamental.

QUALIFICAÇÃO
NÃO PODE SER
PROCESSO CARTORIAL

JOSÉ ANTÔNIO RODRIGUES ALVES



As organizações sociais de saúde (OSS) atuam sobre um campo minado. Diante desta condição, precisam incessantemente sensibilizar órgãos de controle, Congresso Nacional e a sociedade brasileira em geral para os desafios que enfrentam. Muitos deles decorrem do descolamento entre o que prevê a Constituição Federal acerca do papel de instituições com a nossa natureza e o que o ordenamento jurídico infraconstitucional estabelece.

Em seu artigo 37, inciso XXI, a Constituição estipula que a lei “somente permitirá as exigências de qualificação técnica e econômica indispensáveis à garantia do cumprimento das obrigações”. O problema é que nós, como gestores públicos, jamais conseguimos dispor destas condições de forma realmente objetiva, clara e transparente nas leis derivadas do processo de regulação da nossa atividade. Isso faz com que o ente público fique exposto e, na maioria das vezes, não consiga apresentar resultados mais eficientes. Leis como a nº 8.666/1993 e sua modificação posterior determinada pela lei nº 9.648/1998 simplesmente negligenciam o processo de qualificação e centralizam sua atenção nos contratos de gestão, que são importantíssimos, mas não deveriam ser o único cerne do processo de contratação de uma organização social.

Em seu art. 2º, a lei das organizações sociais (nº 9.637/1998) dispõe que, entre os requisitos específicos para que entidades privadas habilitem-se à qualificação como organização social em nível federal, é preciso haver aprovação superior, de âmbito ministerial. Todas as leis estaduais e municipais procuram repetir isso. Contudo, o maior problema está no art. 3º, uma verdadeira pedra no sapato, principalmente, das organizações sociais mais antigas—e que talvez mais tenham contribuído para o processo de implantação do modelo no país. Define o texto que “a estrutura do conselho de administração das organizações sociais deverá ser integrada por um percentual de representantes do Poder Público, como condição para o deferimento da qualificação”.

Vejam o exemplo da Santa Casa de Misericórdia da Bahia, uma instituição de 474 anos de existência que não vive de pires na mão pedindo dinheiro aos go-

vernos para sobreviver. Fomos provocados para nos qualificar como organização social, administrar projetos públicos e trabalhar para o Sistema Único de Saúde (SUS). Temos 35 contratos privados em apenas um hospital, o Santa Izabel.

Daí cabe a pergunta: por que a Santa Casa precisa ter um ente público fazendo parte do seu conselho de administração? E com que função? Até porque esse mesmo ente público, no momento seguinte, estará na posição de julgar as contas da instituição. Há dezenas de organizações sociais espalhadas pelo país que prestam excelentes serviços e estão diante de dificuldades similares.

Neste contexto, considero que a qualificação ainda é uma etapa inicial, embrionária, que atualmente consiste apenas no deferimento do título jurídico de organização social. Significa que hoje o procedimento de qualificação está reduzido a um processo cartorial de checklist, no qual deixam de ser analisados e aprofundados uma série de dados que efetivamente poderiam servir para que os entes públicos melhor interviessem em prol da robustez do sistema.

Em 2003, quando fui secretário de Saúde na Bahia, nossa segunda lei de organizações sociais previa a participação social por meio de entidades representativas, com as federações de indústria, do comércio e dos funcionários públicos. A qualificação das organizações sociais cabia à Secretaria de Administração, posteriormente à Secretaria de Gestão, até para evitar que as idiosincrasias e os vícios dos órgãos envolvidos nas atividades finalísticas contaminassem o processo.

Logo, reitero, em geral a qualificação das organizações sociais tem se mostrado um processo estritamente cartorial. A apresentação de documentos tem sido mais que suficiente para que uma instituição dispute qualquer seleção, o que acaba por se transformar no embrião de uma possível série de problemas futuros. Em minha atuação, sempre busquei provocar os órgãos envolvidos no sentido de considerarmos boas práticas que estavam ocorrendo fora dos limites dos cartórios. Não precisamos ir muito longe: o SUS fornece uma série de exemplos e ensinamentos para a avaliação adequada desses processos. Vejamos.

Para fazer parte de uma rede assistencial, qualquer hospital, por menor que seja, filantrópico ou não, precisa passar pela fiscalização do Estado. O Datasus registra dados importantes de produção e qualidade dos serviços prestados nas últimas décadas. Temos um cadastro único, bem-organizado, o Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde (CNES). Tudo isso deve ser consultado quando procedemos uma qualificação.

Não devemos, ainda, desconsiderar a dinâmica de um país continental como o nosso, com uma estrutura complexa, fragmentada em três esferas administrativas: federal, estadual e municipal. Devemos, sim, ponderar a necessidade de que os órgãos de controle superiores possam regulamentar minimamente um procedimento formal, célere e que possa absorver um processo efetivo de habilitação e credenciamento. Ou seja, a estrutura de qualificação das organizações sociais deve ter a disponibilidade de um arcabouço geral sobre o que está sendo julgado e avaliado, sem violação aos princípios da isonomia, da impessoalidade e da moralidade previstos na Constituição Federal.

Os processos de qualificação também não podem ser demorados, nem se transformar efetivamente numa atividade cartorial. Devem, isso sim, exceder a condição de um mero checklist e analisar aquilo que a instituição de saúde efetivamente tem para apresentar como credenciais reunidas ao longo de seu tempo de atividade. Considero que aí ela estará realmente pronta e qualificada para disputar um processo licitatório.

O procedimento de qualificação deve atender a juízos racionais do agente público e ser realizado por uma estrutura ligada a uma secretaria sistêmica ou de planejamento, distinta das secretarias finalísticas. A estrutura dos conselhos tem de ser colegiada, composta, entre outros, por uma secretaria executiva e por membros efetivos do serviço público qualificados para a análise dos processos de qualificação.

Um terceiro ponto é que o processo de qualificação também precisa avaliar e observar critérios objetivos, como, por exemplo, as informações disponíveis no

CNES, as referentes aos serviços prestados pelas instituições nos últimos anos e a sua produção através das plataformas oficiais. Isso não significa que daí sairá um parecer final, mas sim que estes dados constituirão uma primeira biografia a partir da qual a organização estará ou não apta a estrear no serviço público.

A partir daí, a instituição deve ser avaliada dentro do processo seletivo previsto. Logicamente, outras publicações também deverão estabelecer valores e situações patrimoniais a serem observadas. Para que possamos dar passos adiante, é fundamental a submissão das organizações sociais a uma estrutura formalizada com funcionários públicos de ordem permanente e hierarquizada dentro de um processo de lei robusto.

Tudo isso poderá caracterizar de forma mais efetiva, completa, quem efetivamente deve ou não ser qualificado como organização social, sem que o processo se mantenha cartorial como é hoje. É importante darmos oportunidade para que novas organizações apareçam.

JOSÉ ANTÔNIO RODRIGUES ALVES

é provedor da Santa Casa de Misericórdia da Bahia e vice-presidente da Associação de Hospitais e Serviços de Saúde do Estado da Bahia. É formado em Administração de Empresas e pós-graduado em Administração Financeira e Auditoria Contábil de Governo. Foi secretário de Saúde da Bahia e do município de Salvador e vice-presidente do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass).

QUALIFICAÇÃO É FATOR-CHAVE PARA SUCESSO DE PARCERIAS

FLAVIO CLEMENTE DEULEFEU



Um dos maiores desafios na busca da excelência na prestação dos serviços de saúde repousa na adequada qualificação dos parceiros envolvidos. A boa condução destes processos é fator-chave para o sucesso das parcerias firmadas entre entidades privadas e contratantes públicos.

São diversas as ações capazes de mitigar esses desafios, em prol de modelos mais eficientes e proveitosos em termos da promoção de resultados clínicos para os pacientes, que é o que de fato interessa. Uma destas medidas envolve a constituição, nas organizações sociais de saúde (OSS), de conselhos de administração robustos, formados por integrantes com alta capacidade técnica, como atestam várias experiências exitosas.

A participação ou não de representantes do poder público nos conselhos é tema muito presente nos questionamentos. Mas, em geral, verificamos que, como fato isolado, não se mostra determinante para o sucesso quando o conselho tem atributos técnicos de qualidade e mantém governança adequada.

Temos exemplos bem-sucedidos, como é o caso do Instituto de Saúde e Gestão Hospitalar (ISGH), no Ceará, em que o poder público tem participação. Por outro lado, o estado de São Paulo inicialmente e, posteriormente, outros estados vêm obtendo resultados positivos sem que o poder público integre os conselhos de administração. Mais importante são as instituições que foram qualificadas pelo poder público.

O sucesso de um conselho de administração depende, como não poderia deixar de ser, da qualidade das pessoas que o compõem. Quem lida com profissionais da área de saúde conhece e sabe quem de fato tem capacidade e visão pertinente sobre o sistema para oferecer opiniões e conselhos que resultem em melhoria real dos serviços prestados à população.

Outros fatores fundamentais para o sucesso das parcerias estão pautados na robustez, na vocação e na afinidade da história institucional das OSS, além de sua capacidade gerencial. Muitas delas existem bem antes de o modelo de OSS ter sido adotado no país. Logo, tudo vai depender de como a instituição de saú-

de nasceu, qual foi sua trajetória e como vem se adaptando às novas realidades. A odisseia da história de uma instituição deve ser apreciada pela fidelidade e pela dedicação a seu propósito.

Importante também não perder de vista que nenhuma instituição nasce como OSS. Todas as entidades envolvidas na prestação de serviços de saúde baseados em contratos de gestão surgiram como associação, fundação ou algum tipo de arranjo institucional similar, e só então requisitam sua qualificação como organização social perante o ente federativo.

Outra medida voltada à qualificação das OSS diz respeito à presença de programas de integridade e anticorrupção nas nossas instituições de saúde. Neste aspecto, considero que o acompanhamento mais próximo do Estado é salutar, podendo muitas vezes funcionar melhor do que aqueles realizados por auditorias ou empresas de compliance, que nem sempre atuam a contento, pela menor expertise sobre o tema. Estipular boas práticas de governança é determinante para o sucesso das OSS. Por isso, uma das piores aberrações com que lidamos no setor são casos de dirigentes ou de terceiros que querem ser donos de uma OSS, como se uma organização social pudesse ter dono. Sabemos onde isso termina: de forma e com resultados muito ruins. Intervenções indevidas são o caminho oposto ao que se deve perseguir para alcançar melhores desempenhos.

Também considero que não existe qualificação para sempre. É preciso averiguar, de forma contínua, se a instituição qualificada permanece mantendo as mesmas características e ponderações. É desejável, talvez, termos um cadastro vivo, principalmente se a instituição não tem nenhum contrato de gestão validado.

É comum pecarmos pelo mau acompanhamento. Existem situações de organizações sociais que nunca conquistaram um contrato, que já perderam as condições que as levaram a serem qualificadas, mas nunca foram desqualificadas. E aí temos um grande problema: é muito difícil desqualificar uma instituição. Por isso, temos que ser muito assertivos na qualificação para evitar riscos de rompimento e má prestação dos projetos da parceria pactuados.

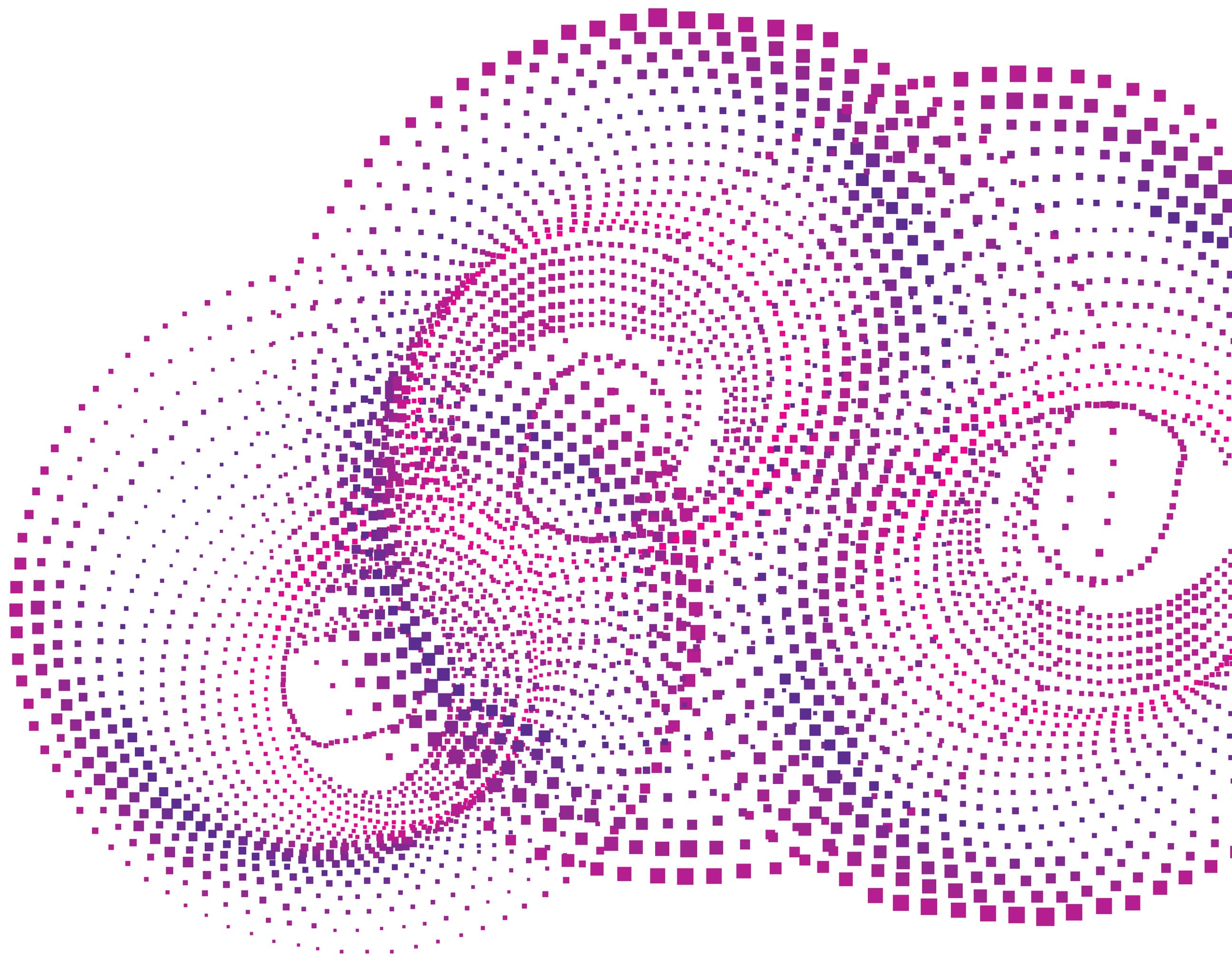
A parceria verdadeira está em ter reciprocidade, baseada no estabelecimento de relações de confiança. Está em realmente termos equilíbrio de propósitos e construirmos um modelo que de fato funcione em favor de quem mais precisa. É o que as organizações sociais de saúde vêm perseguindo e o que os gestores precisam ter em mente quando buscam oferecer serviços de melhor qualidade à nossa sociedade.

FLAVIO CLEMENTE DEULEFEU

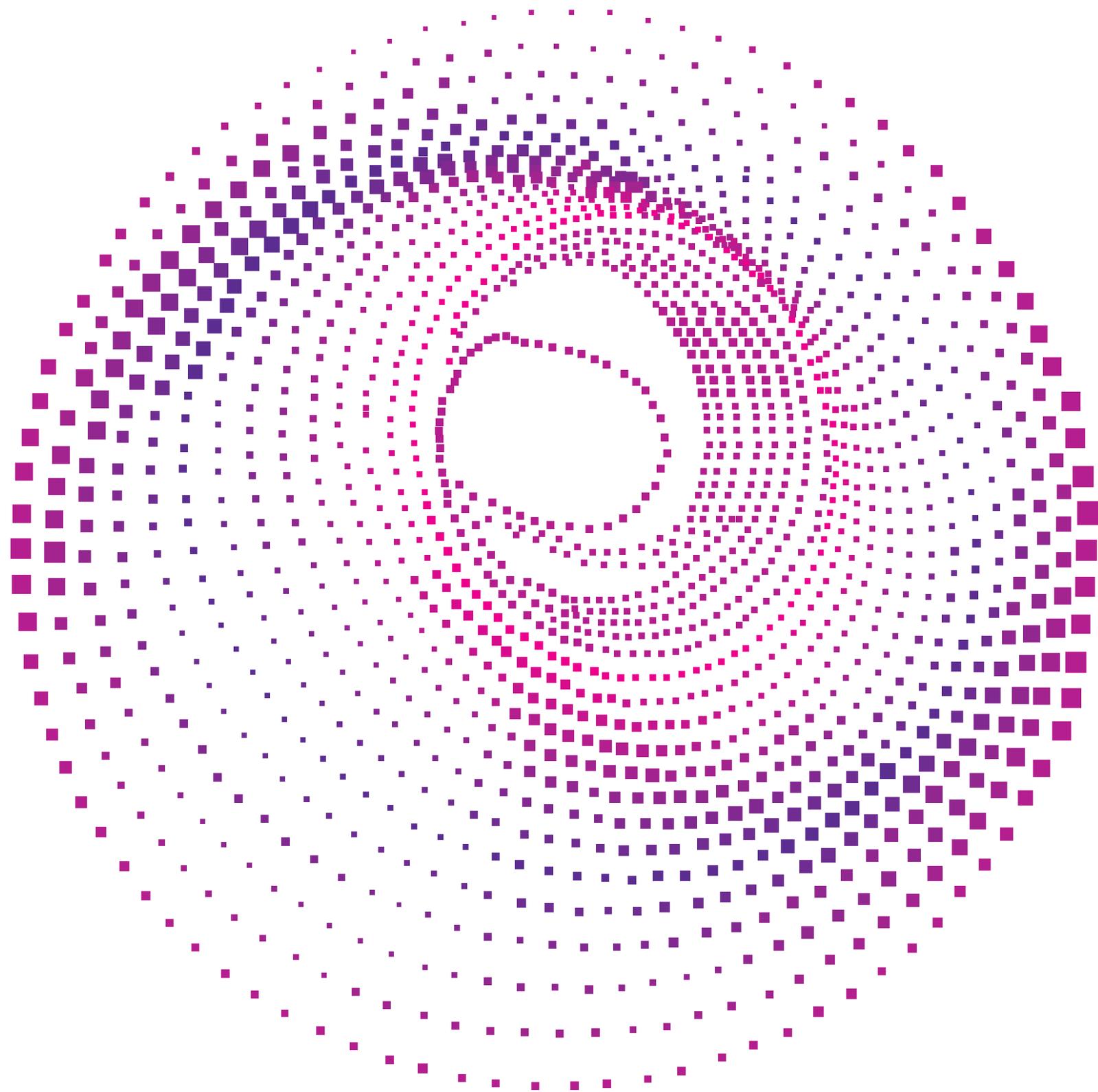
é presidente do Ibross (Instituto Brasileiro das Organizações Sociais de Saúde) e ex-diretor-presidente do ISGH (Instituto de Saúde e Gestão Hospitalar). Médico pneumologista, é pós-graduado em Gestão Hospitalar e de Organizações de Saúde, em Qualidade e Segurança do Paciente e Gestão de Negócios.

|

QUALIFICAÇÃO



CRITÉRIOS PARA
QUALIFICAÇÃO DAS
ORGANIZAÇÕES **SOCIAIS**
DE SAÚDE



CRITÉRIOS PARA QUALIFICAÇÃO DAS ORGANIZAÇÕES SOCIAIS

ROBERTA SANTANA



O estado da Bahia tem um dos mais antigos programas de organizações sociais do país. Instituída em 1997, essa experiência de quase 30 anos traz ensinamentos e aponta, também, necessários aperfeiçoamentos em busca da melhoria da qualidade dos serviços prestados à população nas atuais 26 unidades de saúde geridas por nove diferentes organizações sociais.

Nossa rede estadual de saúde é composta por 89 unidades, das quais 34 são administradas por gestão direta, 31 por indireta, 23 são consorciadas e uma constitui-se na primeira parceria público-privada do gênero no país: o Hospital do Subúrbio, localizado em Salvador. Organizações sociais fazem a gestão de aproximadamente 6.500 leitos, distribuídos em hospitais de diferentes portes e características, espalhados pelas várias regiões do estado.

Temos 60 organizações sociais qualificadas para atuar na saúde na Bahia, mas, como dito, apenas nove possuem contrato de gestão firmado com o governo estadual. Hoje o processo de qualificação é praticamente cartorial no estado: basta cumprir os pré-requisitos, apresentar os documentos relativos aos atos constitutivos e a instituição é considerada habilitada. Este é um aspecto do modelo que questionamos e pretendemos melhorar, como abordarei a seguir.

Considero que o modelo de gestão por organizações sociais de saúde (OSS) evoluiu muito. A partir dos avanços já obtidos, não podemos negar que o sistema venha ajudando a ampliar o acesso da população a serviços de qualidade. Logo, não podemos admitir retrocessos. Temos OSS que fazem gestão de forma criteriosa e entregam ótimos resultados. Entre as boas experiências, no caso do estado da Bahia, estão, por exemplo, as Obras Sociais Irmã Dulce, que gerenciam unidades tanto na capital, quanto no interior.

O programa de organizações sociais foi instituído na Bahia em 1997 e teve sua legislação atualizada em 2003. Nele, o Estado deixa de ser executor ou prestador direto dos serviços para tornar-se regulador ou provedor. Seu objetivo principal é o fomento à absorção, pelas organizações sociais constituídas na forma da lei, de atividades e serviços públicos nas seguintes áreas: ensino, pesquisa científica,

desenvolvimento tecnológico e institucional, proteção e preservação do meio ambiente, saúde, trabalho, ação social, cultura, desporto e agropecuária.

Nosso programa tem como diretrizes básicas: 1) a adoção de critérios que assegurem padrão de qualidade na execução dos serviços e no atendimento aos cidadãos; 2) a promoção de meios que favoreçam a efetiva redução de formalidades burocráticas na prestação dos serviços; 3) o uso de mecanismos que possibilitem a integração entre Estado, sociedade civil e setor privado; e 4) a manutenção de sistemas de programação e acompanhamento das atividades que permitam a avaliação de eficácia quanto aos resultados.

A estrutura de governança para organizações sociais adotada pelo estado da Bahia envolve o Conselho de Gestão das Organizações Sociais (Congeos). Trata-se do órgão consultivo, deliberativo e de supervisão destinado a planejar, coordenar, acompanhar e implementar as ações do nosso programa. Ele tem entre suas atribuições analisar se as entidades atendem aos requisitos legais e emitir pareceres técnicos sobre o requerimento e a resolução de deferimento/indeferimento de qualificações.

Dentro desta estrutura, cabe à Secretaria Estadual de Administração fazer a qualificação das organizações sociais, o que garante maior isenção nos processos. A secretaria contratante envolvida nas atividades finalísticas faz a avaliação e o monitoramento dos contratos de gestão. O controle externo envolve a Procuradoria-Geral, a Auditoria Geral e o Tribunal de Contas do Estado da Bahia.

Nesse desenho, confesso que me instigava quando ouvia falar que auditores fariam avaliações sobre a eficiência operacional de alguma unidade hospitalar. Meu primeiro questionamento era sempre: “Mas, afinal, eles são profissionais da área de saúde? Entendem as especificidades dos indicadores de metas e de assistência?” Para minha grata surpresa, mesmo auditores que não conheciam a área de saúde mais a fundo trouxeram contribuições significativas e positivas para o processo.

Nossa legislação estabelece que a entidade que pleiteia qualificação como organização social deve atender quatro requisitos em seu ato constitutivo: 1) natureza

social de seus objetivos relacionada à respectiva área de atuação; 2) ausência de finalidade lucrativa, com obrigatoriedade de investimento de seus excedentes financeiros no desenvolvimento de suas próprias atividades; 3) estruturação mínima composta por um órgão deliberativo, um órgão de fiscalização e um órgão executivo; e 4) não distribuição de bens ou parcela do patrimônio líquido, em qualquer hipótese, inclusive em razão de desligamento, retirada ou falecimento de associado ou membro da entidade. Deve, ainda, comprovar sua regularidade jurídica e fiscal. Não podem ser qualificadas como organizações sociais, conforme a nossa lei estadual: entidades de benefício mútuo, destinadas a proporcionar bens ou serviços a um círculo restrito de associados ou sócios; sindicatos, associações de classe ou de representação de categoria profissional; instituições religiosas ou voltadas para a disseminação de credos, cultos, práticas e visões devocionais e confessionais; organizações partidárias e assemelhadas, inclusive suas fundações; entidades e empresas que comercializam planos de saúde e assemelhados, com finalidade lucrativa; escolas privadas dedicadas ao ensino formal não gratuito e suas mantenedoras; cooperativas; e entidades desportivas e recreativas dotadas de estrutura ou escopo empresarial.

O processo de análise da qualificação das organizações sociais é constituído por quatro etapas. Nas duas primeiras, o requerimento de qualificação é dirigido ao secretário de estado da área de atividade correspondente e submetido à Secretaria Executiva do Congeos para análise e atendimento aos requisitos legais. Uma vez deferido, é submetido ao governador do estado para qualificação da entidade. Enquanto vigorar o contrato de gestão, as instituições qualificadas como organizações sociais ficam equiparadas às entidades reconhecidas de interesse social e de utilidade pública para efeitos tributários.

A legislação também prevê hipóteses para desqualificação das organizações sociais. Os processos administrativos levam tempo e, enquanto não é julgado ou considerado inabilitado, o prestador continua executando normalmente suas atividades com toda a segurança jurídica que lhe é garantida por lei.

Pelas regras, contudo, a entidade perderá sua qualificação, a qualquer tempo, quando houver alteração nas condições que a ensejaram ou quando constatado descumprimento de disposições contidas no contrato de gestão. A desqualificação é precedida de processo administrativo, assegurado o contraditório e a ampla defesa, respondendo os dirigentes, individual ou solidariamente, por prejuízos porventura causados. Também importa na reversão de bens que o Estado lhe tenha permitido uso para cumprimento de objetivos definidos no contrato de gestão.

A experiência acumulada pelo estado da Bahia ao longo destes quase 30 anos indica alguns desafios e oportunidades tanto nos processos de qualificação, quanto nos de execução das parcerias mediante contratos de gestão, com vistas a melhorias e aperfeiçoamentos.

A principal alteração que está sendo discutida neste momento diz respeito ao momento da qualificação, que deixaria de ser feita na fase contratual e passaria a ser feita na seleção, compatibilizando os critérios dessas duas instâncias do processo—claro que em períodos diferentes e sem burocratizá-lo ainda mais.

Consideramos que é no processo de seleção que temos melhores condições de efetuar a habilitação das organizações sociais, avaliando tempo de experiência, atestados e as demais comprovações exigidas. Caso adotada, esta mudança possibilitará que apenas organizações sociais que já demonstraram regularidade fiscal, jurídica e técnica possam concorrer às contratações publicizadas.

Também julgamos necessário proceder análises mais refinadas acerca da pertinência das atividades sociais desenvolvidas pela entidade na área específica da saúde que justifiquem a celebração da parceria com o poder público—hoje, não há nenhum processo de conferência acerca de se e como elas são exercidas. Além disso, achamos desejável que a entidade passe a demonstrar experiência prévia de pelo menos dois anos na gestão de serviços de natureza semelhante.

Os desafios e as oportunidades em relação aos processos de execução das parcerias mediante contratos de gestão envolvem, ainda, a melhor estruturação de núcleos

de acompanhamento e monitoramento da Secretaria de Saúde da Bahia referentes ao desempenho assistencial e à execução financeira das organizações sociais. Também entendemos importante conciliar a autonomia financeira e administrativa da organização social com os critérios de acompanhamento e monitoramento da entidade frente aos princípios da administração pública.

São mudanças no sentido de deixar os gestores mais seguros para executar os processos de avaliação e de melhoria de gestão de forma permanente. Até porque hoje somos uma espécie de “gestores de profissão de risco” e, muitas vezes, esse temor nos impede de inovar e promover medidas mais arrojadas, sem jamais deixar de respeitar todos os limites legais. O principal motivo para buscarmos ousar mais é ampliar ainda mais a entrega de resultados para a população, num processo de melhoria contínua da gestão dos serviços de saúde no estado da Bahia.

ROBERTA SANTANA

é secretária de Saúde da Bahia. É formada em Administração e mestre em Administração Estratégica. Foi diretora-geral da Secretaria de Desenvolvimento Urbano e coordenadora da presidência da Companhia de Desenvolvimento Urbano do Estado da Bahia.

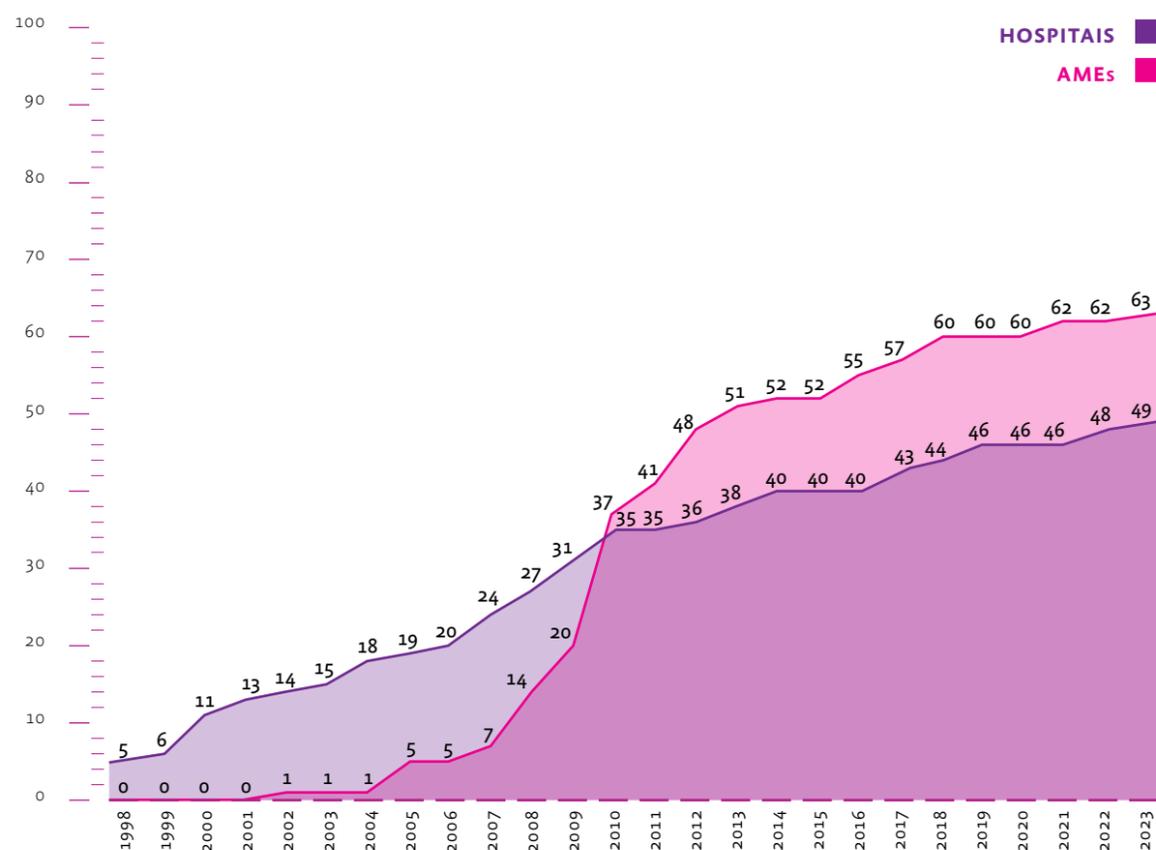
SAÚDE DOS PAULISTAS
DEPENDE DAS
ORGANIZAÇÕES SOCIAIS

IZADORA SIMÕES



As organizações sociais (OSS) tornaram-se cruciais para a prestação de serviços de saúde no estado de São Paulo. Após 25 anos desde a implantação do modelo nas cinco primeiras unidades, hoje os serviços de saúde geridos pelas OSS já respondem por quase o mesmo volume de atendimento fornecido por todos os demais tipos de contratação somados. São Paulo aposta muito no sucesso de um modelo que tem se mostrado exitoso, com profissionais e equipamentos públicos de nível internacional.

EVOLUÇÃO DE OSS NO ESTADO DE SÃO PAULO EM NÚMERO DE UNIDADES



FONTE: SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE SÃO PAULO

Atualmente, a rede estadual de saúde de São Paulo é composta por 103 hospitais—dos quais 52 são geridos por OSS (3 PPPs), 40 pela administração pública direta e 11 por autarquias e suas fundações de apoio—, 85 Ambulatórios Médicos Especializados (AME) e 20 unidades de reabilitação da Rede Lucy Montoro. Diante deste contexto e do gigantismo do sistema, parcerias entre poder público e entidades privadas têm se mostrado primordiais para a entrega de serviços mais eficientes e de melhor qualidade para os cidadãos.

A maior parte da nossa rede tem as organizações sociais de saúde na gestão: são, ao todo, 131 serviços nesta condição, entre hospitais, AMEs, centros de análises clínicas e serviços de diagnóstico por imagens. No âmbito geral, as OSS respondem por 44,1% da produção hospitalar do Sistema Único de Saúde (SUS) no estado (ante 13,5% da administração direta) e empregam 43% dos profissionais da rede estadual paulista, o que equivale a mais de 75 mil postos de trabalho.

A acreditação é uma das principais apostas do estado de São Paulo para incentivar as organizações sociais a melhorar ainda mais seus serviços e sua qualificação. Em outubro de 2023, tínhamos 34 unidades de saúde acreditadas, sendo 41% delas pela Organização Nacional de Acreditação (ONA) e o restante por outras instituições, como universidades.

Especificamente em relação aos critérios para qualificação das organizações sociais estabelecidos pela lei paulista, os principais requisitos são similares aos de outros entes da federação. Envolve, entre outros, conteúdo do estatuto/ato constitutivo da entidade e exigência de comprovação de prestação de serviços próprios de assistência à saúde há, pelo menos, cinco anos.

Também contemplam regras para a composição e para as atribuições que os conselhos de administração das entidades privadas precisam obedecer, incluindo a previsão de participação, no órgão colegiado de deliberação superior, de percentual mínimo de pessoas com notória capacidade profissional e idoneidade moral. A qualificação não é feita pela secretaria envolvida com a atividade finalística, mas pela Secretaria de Parcerias e Investimentos, onde esta fase dos processos

está hoje centralizada. Contudo, em uma etapa precedente, o titular da pasta da área de atuação da entidade interessada precisa dar parecer favorável quanto à conveniência e à oportunidade da qualificação da instituição em questão.

Em termos gerais, o foco da qualificação recai no formalismo e na comprovação do cumprimento dos encargos legais. Hoje, o estado de São Paulo conta com 53 instituições qualificadas como OSS e outros 38 pedidos estão em andamento. No decorrer desses mais de 25 anos da legislação, apenas quatro entidades foram desqualificadas. Mesmo com a força e a dimensão que as organizações sociais tomaram em nosso estado, temos buscado melhorar os processos de contratualização e de qualificação e aperfeiçoar os mecanismos de gestão financeira, seu controle e sua fiscalização pelo poder público. Também temos tentado promover novos mecanismos para potencializar oportunidades de ganhos operacionais, financeiros e de melhoria de eficiência das organizações sociais.

São Paulo tem um desafio muito grande para a gestão de todo o sistema de organizações sociais: uma equipe de apenas seis pessoas é responsável por cuidar de 101 contratos. Então, é difícil obter o acompanhamento minucioso que esperamos. Nessa linha, surgiu a necessidade de passarmos a observar novos aspectos no bojo de uma reforma da legislação com vistas à melhoria do instituto das organizações sociais no âmbito do nosso estado.

Em 2021, depois de denúncias de desvio de dinheiro em um contrato de gestão investigadas pela Assembleia Legislativa paulista, um grupo de trabalho foi criado, no âmbito do Poder Executivo, para reavaliar a legislação relativa às organizações sociais e propor aprimoramentos, ensejando um projeto de alteração da lei complementar. Essas primeiras conclusões foram levadas à avaliação de um segundo grupo de trabalho, instituído em 2023, que está revisitando a proposta para aprimoramentos com vistas à apresentação ao Legislativo paulista.

Entre os aspectos mais salientados nestes grupos de trabalho, está a necessidade de inclusão de impedimentos objetivos às organizações sociais para celebração de contratos de gestão. Isto porque, muitas vezes, quem está na linha de frente da gestão

não tem a segurança jurídica suficiente para não contratualizar ou para não deixar que determinadas instituições participem dos processos de qualificação e contratação. Também consideramos importante estabelecer sanções claras e escalonadas às organizações sociais por execução em desacordo com as obrigações estipuladas nos contratos de gestão ou em conflito com disposições da lei ou da legislação específica. Um terceiro elemento diz respeito à necessidade de estipular regras mais abrangentes para a desqualificação das organizações sociais—o que, atualmente, a legislação paulista prevê apenas em casos de descumprimento do contrato de gestão. Mas os desafios não se resumem a isso. Esperamos promover outros ajustes na legislação de forma a estabelecer requisitos objetivos e aferíveis para a qualificação das organizações sociais. Significa ter melhores critérios, parâmetros e diretrizes para que, no momento da qualificação, seja verificada a capacidade e a experiência da instituição na prestação de serviços de saúde, conforme conceitos definidos. Prevemos, ainda, implantar um novo portal eletrônico para trazer mais transparência aos processos de qualificação e ampliar a capacitação das equipes da Secretaria Estadual de Saúde para governança e gestão, assim como aumentar o número de creditações. Consideramos que, dessa forma, conseguiremos promover mais melhorias efetivas nos serviços de saúde prestados aos cidadãos que vivem no estado de São Paulo.

IZADORA SIMÕES

é assessora técnica da Secretária de Saúde do Estado de São Paulo. É graduada em Direito e pós-graduada em Direito Administrativo, Processo Civil e Direito Digital e Inovação. Foi coordenadora na Secretaria de Assistência e Desenvolvimento Social de Barueri (SP) e assessora jurídica do Gabinete da Presidência do Detran-SP e do Gabinete da Secretaria de Governo do Estado de São Paulo.

CONFIANÇA E CREDIBILIDADE
SÃO PILARES PARA
SUCESSO DAS OSS

PIETRO SIDOTI



A bem-sucedida experiência do estado de São Paulo com organizações sociais de saúde (OSS) comprova que a qualificação é a coluna vertebral desse modelo de contratação, sempre dirigido à melhoria da eficiência da gestão de equipamentos públicos de saúde. O sistema evoluiu e o esforço da primeira geração de OSS paulistas revelou-se o fiel da balança para estimular outros entes federados a começar a trabalhar com esta alternativa para prestar serviços de mais qualidade à população.

O êxito paulista até o presente deve muito à participação direta, cerca de 30 anos atrás, de governadores imbuídos em atrair instituições idôneas e qualificadas para o novo modelo em implantação. De outro lado, encontramos entidades privadas que confiaram no governo e acreditaram num sistema inovador que vinha suceder uma série histórica negativa de inadimplência protagonizada pelos poderes públicos estaduais e municipais.

Mas fato é que nem todo estado ou município brasileiro encontra-se tão maduro para evoluir para o modelo de OSS ou para o de parcerias público-privadas. Não apenas por questões financeiras, de ter ou não recursos disponíveis. Mas por absoluta falta de maturidade institucional. O vínculo de confiança entre as partes precisa se estabelecer logo de partida, como condição essencial para o sucesso do modelo e da relação. E isso sempre vai se refletir nas interações entre as partes durante a vigência dos contratos de gestão.

Se a relação entre o parceiro público e a entidade que se sagra vencedora não é permeada por confiança e credibilidade, a parceria torna-se mais marcada por embates negativos do que por resultados positivos obtidos ao longo do contrato.

A ausência desses dois atributos (confiança e credibilidade) reflete-se, inclusive, na constituição dos conselhos e na obrigatoriedade controversa de participação do poder público na composição deles, o que muitas vezes denota descrença, ceticismo ou insegurança da parte do contratante e gera efeitos danosos ao modelo, já que, não raro, a participação de membros do Estado

na composição interna das entidades, além de ingerência, pode acarretar no “sequestro” dela para fins eleitorais e políticos.

Isto porque a reforma do Estado empreendida pelo governo federal na década de 1990 teve como objetivo estimular a estrutura estatal a partir de experiências privadas existentes. O foco era oxigenar o público, e não asfixiar o privado. Neste contexto, no âmbito das OSS a qualificação deve funcionar como uma espécie de certificação que notabiliza instituições que já existem na forma de associações, entidades sem fins lucrativos ou filantrópicas e já contam com conselhos e formas de operação bem estabelecidas que possam efetivamente contribuir com o Estado e não dele se valer.

Critérios objetivos, bem lapidados e amadurecidos de qualificação podem estar em determinada legislação e ser fiscalizados, mas nem por isso precisam ser cartoriais. Em vista disso, muitas vezes, algumas instituições se qualificam, mas efetivamente não se comprometem a fazer a gestão. Precisamos, pois, melhorar os requisitos, porque o que atrai instituições corretas e idôneas é a segurança jurídica.

Ouvimos muito a máxima de que “quem qualifica não contrata, quem contrata não fiscaliza”. Mas, convenhamos: no fim das contas, a palavra final sempre cabe à secretaria responsável pelo contrato de gestão e daí sempre pode surgir alguma influência ou pressão política. O parceiro privado fica sujeito às intempéries da relação com o órgão público que faz a gestão do contrato. Em época eleitoral então, a interferência tende a aumentar.

Em São Paulo, foi criado um grupo de trabalho para a modernização da lei complementar estadual e o Instituto Brasileiro das Organizações Sociais de Saúde (Ibross) fez algumas sugestões ao governo paulista, dentre elas a criação de uma agência reguladora para o modelo.

Na sua concepção original, agências reguladoras devem ter autonomia administrativa, legal e financeira para atuar. Nelas, portanto, pode estar a solução para o anseio das comunidades e do poder público de participar dos conselhos das

organizações sociais. Não há participação mais democrática quanto numa agência reguladora, fórum técnico mais adequado para promover as discussões e arbitrar as relações entre os parceiros públicos e privados ao longo de um contrato.

A segurança jurídica que instituições corretas e idôneas precisam para se qualificar e para se candidatar à celebração de um contrato de gestão baseia-se em que haja, primordialmente, critérios adequados e realistas, dentro de uma lei equilibrada. Neste contexto, a existência de uma agência ou um órgão regulador independente que possa fazer a qualificação, a fiscalização e a arbitragem dos conflitos entre o parceiro público e o privado é essencial.

Em situações de conflito, é imperativo que haja respostas técnicas e que exista um árbitro na relação. Não importa o formato—se agência reguladora, agência executiva ou algum outro tipo de órgão. O importante é que exista equilíbrio na relação entre os parceiros e que, desde a partida, a qualificação seja abordada de maneira técnica. Hoje, entretanto, nem sempre isso acontece.

Temos muita dificuldade, por exemplo, para desqualificar entidades pouco republicanas, algo que atualmente só ocorre em casos muito extremos. Isso é um problema. A questão é: se constatamos um erro, por que não o corrigir? Até porque mesmo uma organização social qualificada, mas que não esteja apta ou com contrato de gestão ativo, tem a possibilidade de propor atos jurídicos que se mostram nefastos para o Sistema Único de Saúde (SUS)—por exemplo, impetrar mandados de segurança quando impedida de participar de uma seleção ou quando não vence um chamamento. Aí, muitas vezes, o benefício para a saúde pode acabar não acontecendo e quem perde é a população.

Também precisamos jogar luz sobre a necessidade de fixar prazos de validade para as qualificações. Considero que não apenas deve haver algum limite de tempo, mas também a instituição deve ser periodicamente requalificada, ou seja, deve ser chamada a comprovar sua qualificação a qualquer momento pelo órgão regulador. Deveríamos, ainda, começar a pensar em qualificações temáticas. Hoje, por exemplo, uma mesma instituição pode participar de um edital para administrar uma

UBS ou uma UPA—equipamentos de saúde dedicados a prestar atendimentos mais simples—ou para gerir um hospital de 400 leitos, de alta complexidade. São realidades totalmente diferentes e deveriam merecer algum filtro adicional no ato de qualificação.

Por fim, temos a questão de funcionários e membros do poder público que integram conselhos, algo que faz parte da desconfiança que vem desde a origem do modelo das OSS e que ainda hoje tem nos causado problemas. Ora, as organizações são responsáveis, civil e criminalmente, pelas suas decisões. O presidente do conselho e os conselheiros respondem por seus atos e, se houver alguma irregularidade, são punidos e até presos.

Fiscalização eficaz ocorre de fora para dentro. Logo, os conselhos ficam melhores quanto mais abrigam pessoas de competência, capacitadas, bem-sucedidas nas suas vidas pessoais e profissionais—e que, nestes órgãos, sequer são remuneradas. O que acontece quando há membros do poder público dentro da uma entidade privada é o contrário disso: é o sequestro dela, sobretudo em períodos eleitorais. Temos, ainda, necessidade de fazer constar na legislação critérios de integridade e de governança. Além disso, a comprovação efetiva de prestação de serviços próprios preexistentes não pode ser flexibilizada, porque a preexistência das entidades contratadas é um pilar do modelo de organizações sociais. E, finalmente, é preciso cuidado na participação de instituições novas nos processos de qualificação, porque muitas delas estão emergindo hoje essencialmente como mero negócio.

Escancarar ainda mais as portas para qualificações de entidades que surgiram para transformar organizações sociais em mero mercado de negócios pode representar o fim do modelo tal como o concebemos. Porque, muitas vezes, até por decorrência de alguma determinação judicial, não temos como evitar que instituições tomadas de assalto por interesses nada republicanos—para dizer o mínimo—venham a ser consideradas aptas a administrar unidades de saúde e hospitais de alta complexidade em todo o país.

Este conjunto de ideias e de sugestões de aperfeiçoamento não visa agradar as organizações sociais. Serve, isso sim, para que o SUS evolua usando o modelo de parcerias como ferramenta e para que não continue a acontecer o que há muito tempo acontece: as OSS fiquem na dependência de governantes de plantão. Temos um bom caminho aberto que nos incentiva a avançar. Mas, para que aquilo que começamos a construir não venha a ser destruído amanhã, precisamos de políticas públicas mais imunes a governos.

PIETRO SIDOTI

é diretor jurídico do Instituto Brasileiro das Organizações Sociais de Saúde (Ibross) e superintendente jurídico, de risco e compliance do Serviço Social da Construção Civil (Seconci). É advogado e especialista em Direito Administrativo pela Fundação Getúlio Vargas.



130

CONTRIBUIÇÕES AO
APRIMORAMENTO DO
PROCESSO DE
QUALIFICAÇÃO
DAS OSS

PEDRO PAULO DE REZENDE PORTO FILHO



Com cerca de 26 anos de implantação, o modelo de gestão da saúde pública por meio de organizações sociais de saúde (OSS) pode ser considerado um sucesso na concretização de políticas públicas setoriais, notadamente nos entes subnacionais muitas vezes despidos de estrutura de recursos humanos apropriada à dinamicidade ínsita aos serviços de saúde.

Nada obstante ser o “ pilar jurídico ” de sustentação do modelo, o processo de qualificação das entidades de terceiro setor como OSS possui, apenas, contornos gerais trazidos pela lei federal nº 9.637/1998, focados excessivamente no formalismo e na discricionariedade do gestor público quanto à pertinência de outorga do título jurídico.

A qualificação é a “ porta de entrada ” de uma relação potencialmente duradoura entre as entidades privadas e a administração pública, relação essa que deve ser calcada na confiança de lado a lado, bem como na credibilidade de a instituição vir a desempenhar seu mister com qualidade e eficiência. Os erros e acertos cometidos ao longo da existência do modelo possibilitam aprimoramentos empíricos na gestão indireta do Sistema Único de Saúde (SUS), por meio das OSS. Sobre o tema da qualificação, por ocasião do julgamento da emblemática Ação Direta de Inconstitucionalidade nº 1.923/DF, por meio da qual o teor da lei federal nº 9.637/1998 foi consistentemente desafiado, o Supremo Tribunal Federal (STF) já manifestou posicionamento claro e objetivo no sentido de que a interpretação do disposto no art. 2º, inciso II, do diploma federal, à luz da Carta do País, não permite a adoção de livre arbítrio, nem arbitrariedade. Com efeito, esposando-se no voto do ministro-relator, Ayres Britto, a ementa do julgado assim se expressa:

9—O procedimento de qualificação de entidades, na sistemática da lei, consiste em etapa inicial e embrionária, pelo deferimento do título jurídico de “ organização social ”, para que poder público e particular colaborem na realização de um interesse comum, não se fazendo presente a contraposição de interesses, com feição

comutativa e com intuito lucrativo, que consiste no núcleo conceitual da figura do contrato administrativo, o que torna inaplicável o dever constitucional de licitar (CF, art. 37, XXI).

10—A atribuição de título jurídico de legitimação da entidade através da qualificação configura hipótese de credenciamento, no qual não incide a licitação pela própria natureza jurídica do ato, que não é contrato, e pela inexistência de qualquer competição, já que todos os interessados podem alcançar o mesmo objetivo, de modo includente, e não excludente.

11—A previsão de competência discricionária no art. 2º, II, da lei nº 9.637/1998 no que pertine à qualificação tem de ser interpretada sob o influxo da principiologia constitucional, em especial dos princípios da impessoalidade, moralidade, publicidade e eficiência (CF, art. 37, caput). É de se ter por vedada, assim, qualquer forma de arbitrariedade, de modo que o indeferimento do requerimento de qualificação, além de pautado pela publicidade, transparência e motivação, deve observar critérios objetivos fixados em ato regulamentar expedido em obediência ao art. 20 da lei nº 9.637/1998, concretizando de forma homogênea as diretrizes contidas nos inc. I a III do dispositivo.

Nesse passo, já lá na pioneira avaliação promovida pelo STF reconheceu-se e determinou-se necessária a adoção de ampla transparência e objetividade nos processos de qualificação, priorizando-se o estabelecimento de critérios de aferição objetiva, mas voltados à qualificação técnica do sujeito a ser avaliado (*i. e.* a entidade do terceiro setor), em procedimento vinculado e continuamente perscrutado. Tal aperfeiçoamento proporcionará, dadas as características de cada ente subnacional, maior segurança jurídica a ambas as partes relacionadas. Por meio da autocontenção da administração pública e do estabelecimento, em seus respectivos marcos normativos, de critérios claros, objetivos e vinculados de qualificação das OSS, bem como da possibilidade de permanente sindicabilidade de tais entidades, o gestor público mitiga questionamentos e assegura—

de modo contínuo—a aferição efetiva de experiência pretérita e capacidade de gestão do ente privado. Por sua vez, sob o prisma das entidades privadas, a definição clara dos contornos jurídicos a serem atendidos para fins de qualificação mitiga problemas inerentes ao *não* desejável caráter discricionário da decisão, na forma como equivocadamente redigido na legislação federal (e acompanhada acriticamente por expressiva parcela dos demais entes).

Merece destaque neste ponto o fato de que recentemente notam-se condutas focadas de forma mais concreta na observância da substância do quanto estabelecido no julgamento do STF, como antes referenciado.

Um exemplo digno de menção, inclusive porque integrante da vivência direta deste signatário com o tema, é o anteprojeto de lei complementar por meio do qual o Ibross (Instituto Brasileiro das Organizações Sociais de Saúde) visou formular contribuição ao estado de São Paulo no árduo mister de disciplinamento da matéria.

O anteprojeto referenciado é da autoria de Benedicto Porto Neto e, no tema da qualificação, o trabalho elege justo a objetividade, a clareza, a isonomia, a detenção de idoneidade/expertise técnica como vetores para a identificação dos qualificados à obtenção da titularidade de organização social de saúde, assim como também prestigia a possibilidade de acompanhamento e questionamento do procedimento e das respectivas decisões, e de critérios igualmente passíveis de monitoramento em caso de eventual desqualificação. Confira-se:

Art. 7º *Pode ser qualificada como organização social paulista de saúde pessoa jurídica que atenda aos seguintes requisitos:*

I—Esteja regularmente constituída na forma de associação civil ou de fundação de direito privado não-governamental;

II—Tenha como objetivo estatutário o desempenho de atividades de natureza social na área da saúde;

III—Não tenha fins lucrativos, com previsão estatutária da obrigatoriedade de aplicação de todos seus recursos em atividades de natureza social na área de saúde;

IV—Com previsão em estatuto social de que, em caso de extinção, seu patrimônio será integralmente revertido para a administração pública do estado de São Paulo ou para outra organização social paulista de saúde;

V—Com previsão em estatuto de que é dirigida por um conselho de administração, órgão máximo de deliberação sobre matérias e assuntos relacionados a contrato de gestão, com no mínimo 5 (cinco) membros, e por uma diretoria, ambos constituídos por pessoas com reputação ilibada e comprovada experiência na área de gestão de serviços e equipamentos de saúde;

VI—Tenha prestado diretamente, por meio de estruturas e equipes próprias, serviços de saúde de forma ininterrupta nos 10 (dez) anos imediatamente anteriores ao pedido de qualificação;

VII—Tenha suas demonstrações financeiras auditadas por auditores independentes com registro na Comissão de Valores Mobiliários, de acordo com legislação específica e normas da autarquia federal;

VIII—Tenha em regular e permanente funcionamento um comitê de auditoria e um comitê de integridade e governança corporativa, formados por pessoas com qualificação técnica e reputação ilibada, com observância da legislação específica sobre a matéria e normas da Comissão de Valores Mobiliários;

IX—Adote programas regulares de integridade e governança corporativa, com observância de requisitos mínimos definidos pelo órgão regulador estadual;

X—Não esteja impedida de contratar no âmbito da administração pública direta e indireta da União, dos estados, do Distrito Federal ou dos municípios;

XI—Não tenha sido declarada inidônea pelo órgão regulador estadual, durante o prazo da sanção.

(...)

Art. 8º A qualificação e a desqualificação de pessoa jurídica como organização social paulista de saúde são atos vinculados de competência do órgão regulador estadual.

Art. 9º O órgão regulador estadual disciplinará o procedimento de qualificação, que deve observar os princípios constitucionais, as disposições desta lei complementar e especialmente as seguintes normas:

I—Toda pessoa jurídica pode requerer, a qualquer tempo, sua qualificação como organização social paulista de saúde;

II—O requerimento deve ser formulado por escrito;

III—São vedadas exigências desnecessárias, impertinentes e inúteis para comprovação do atendimento de requisitos definidos nesta lei complementar para qualificação;

IV—O órgão regulador estadual regulará o prazo para decisão sobre requerimento que lhe seja apresentado, que não poderá ser superior a 30 (trinta) dias a contar de sua apresentação;

V—A decisão sobre requerimento de qualificação deverá ser proferida por escrito e motivada;

VI—É assegurado o direito de recursos para autoridade superior contra decisão que indeferir requerimento de qualificação;

VII—Toda pessoa poderá peticionar ao órgão regulador estadual contra qualificação de pessoa jurídica por ilegalidade;

VIII—O órgão regulador estadual deverá proferir decisão por escrito e motivada sobre petição que lhe seja apresentada contra qualificação de pessoa jurídica;

IX—Todos os atos do procedimento de qualificação serão públicos e deverão ser divulgados em sítio eletrônico do órgão regulador.

Art. 10 A qualificação é conferida em caráter precário e terá 60 (sessenta) meses de prazo validade, que pode ser renovado por iguais e sucessivos períodos, mediante a verificação de atendimento dos requisitos previstos nesta lei complementar.

Parágrafo único A partir de seis meses antes do vencimento do prazo, a organização social paulista de saúde poderá requerer a renovação de sua qualificação, que observará o art. 7º desta lei complementar e as normas editadas pelo órgão regulador estadual.

Art. 11. Deve ser desqualificada como organização social paulista de saúde a pessoa jurídica que tenha:

I—Deixado de atender, a qualquer tempo, os requisitos legais para qualificação;

II—Sido sancionada pelo órgão regulador estadual com a declaração de inidoneidade, nas hipóteses e nos termos definidos nesta lei complementar;

III—Sido desqualificada como organização social ou impedida de celebrar contrato de gestão por outro ente da federação;

IV—Sido sancionada com a proibição de contratar no âmbito da administração pública direta e indireta da União, dos estados, do Distrito Federal e dos municípios, por decisão administrativa ou judicial;

§ 1º O órgão regulador estadual poderá a qualquer tempo exigir que organização social paulista de saúde demonstre que continua atendendo os requisitos de qualificação, de acordo com normas de regulação por ele editadas.

§ 2º A desqualificação deverá observar os princípios constitucionais, as disposições desta lei complementar, a Lei Geral de Procedimento Administrativo do Estado de São Paulo e as normas editadas pelo órgão regulador estadual, com garantia do direito de ampla defesa e ao contraditório.

Vale a pena ressaltar alguns aspectos nucleares adotados no aludido anteprojeto de lei complementar para fortalecimento da ideia de qualificação válida e relevante de organização social no segmento da saúde:

—estabelecimento de processo de qualificação permanentemente aberto a interessados, com prazo de validade da qualificação como OSS e

possibilidade de sua renovação por iguais e sucessivos períodos, desde que cumpridos os requisitos estabelecidos em lei. A hipótese de cenário normativo em pauta por si só desautoriza a ideia equivocada de que a qualificação como OSS possa ser ato integralmente discricionário;

- autocontenção da administração pública, por meio de marco normativo próprio, com a previsão de processo de qualificação como OSS vinculado ao atendimento de critérios objetivos, com prazo máximo de prolação de decisão, devidamente motivada e/ou fundamentada. Novamente, a disciplina proposta condiciona a atuação administrativa, diferentemente de relegar o comportamento administrativo ao livre arbítrio do agente responsável;
- estabelecimento de critérios claros e objetivos de desqualificação da entidade como OSS, mediante instauração de processo administrativo especificamente destinado a aferição das condicionantes para a prática do ato de desqualificação;
- previsão em estatuto social de que, em caso de extinção, o patrimônio da OSS será integralmente revertido para a administração pública cedente ou para outra OSS. A regra é clássica (exigência do Código Civil) e trabalha a favor da implementação e da manutenção sustentável da atuação de entidades no âmbito do ente subnacional;
- exigência de experiência prévia, por meio da comprovação de prestação direta, mediante estruturas e equipes próprias, de serviços de saúde de forma ininterrupta em período mínimo, imediatamente anterior ao pedido de qualificação (e/ou renovação cadastral). Aqui se percebe a adoção de critério objetivo técnico de aferição da capacitação da entidade candidata à qualificação como OSS;
- exigência de que a entidade candidata tenha suas demonstrações financeiras auditadas por auditores independentes com registro na Comissão de Valores Mobiliários (CVM); isenção na avaliação de regularidade e

suficiência das condições econômico-financeiras da entidade candidata à qualificação, com vistas à regular execução de eventual futuro objeto de contrato de gestão e/ou convênio ou congêneres;

- exigência de que a entidade candidata possua, em regular e permanente funcionamento, um comitê de auditoria e um comitê de integridade e governança corporativa, que atenda a requisitos mínimos estabelecidos pela administração; exemplo de autofiscalização, automonitoramento; garantia de transparência;
- determinação de que a entidade candidata tenha programas regulares de integridade e governança corporativa.

O procedimento de qualificação é instrumento fundamental para assegurar que as OSS sejam capazes de prestar serviços de saúde de forma efetiva, eficiente e eficaz, atendendo às necessidades e às expectativas do usuário e da administração pública. As proposições ora apresentadas possibilitam que as entidades interessadas na qualificação se preparem previamente ao requerimento de credenciamento, implantando os mecanismos de governança e accountability necessários à melhor gestão da coisa pública.

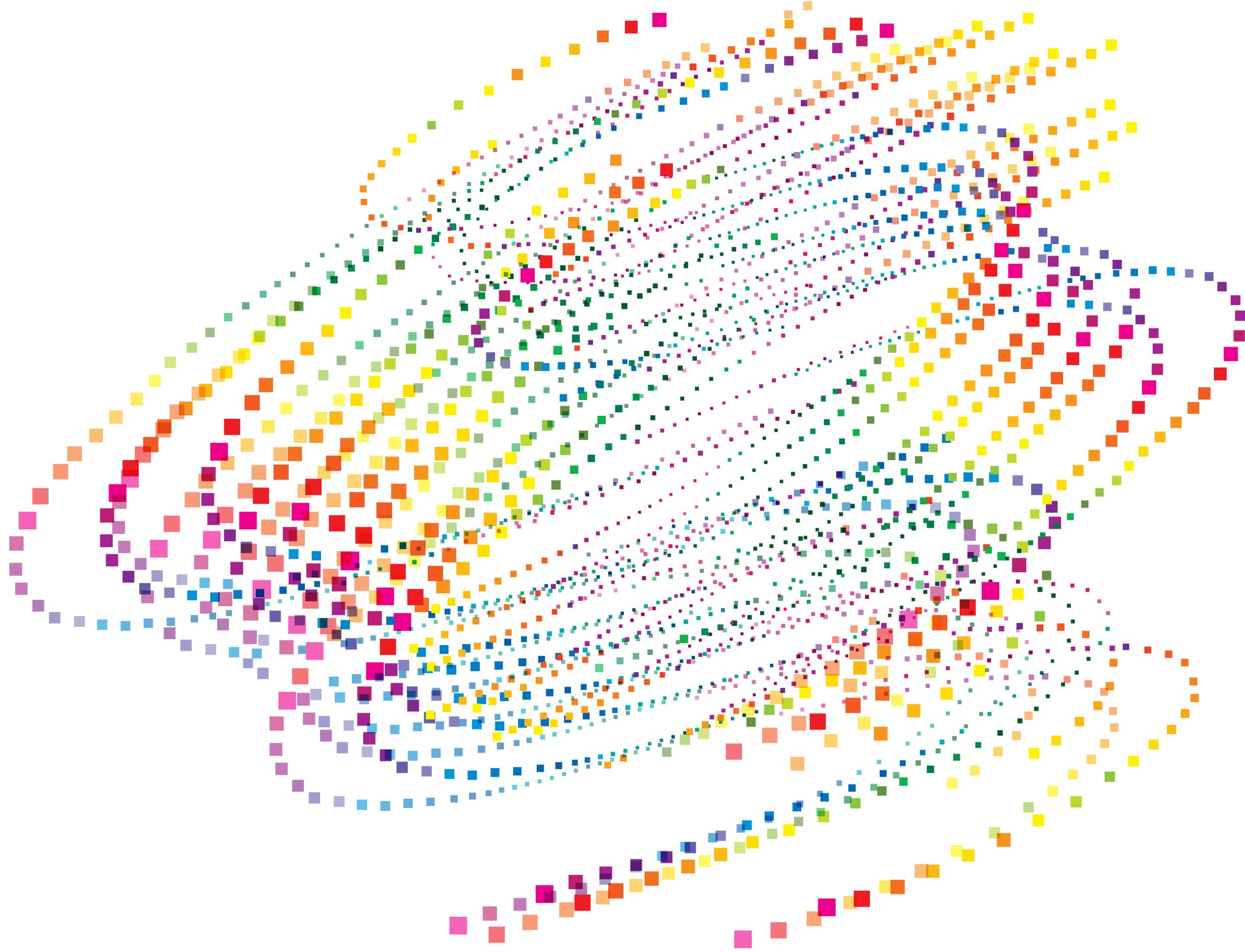
A administração pública necessita qualificar bem para ampliar e consolidar suas opções de celebrar parcerias exitosas e bem executadas na missão de universalização da saúde pública. Os desafios prosseguem. As discussões sobre as melhores soluções e sua adequada implementação em prol do interesse público, também.

PEDRO PAULO DE REZENDE PORTO FILHO

*é sócio do Porto Advogados
e mestre em Direito do Estado.*

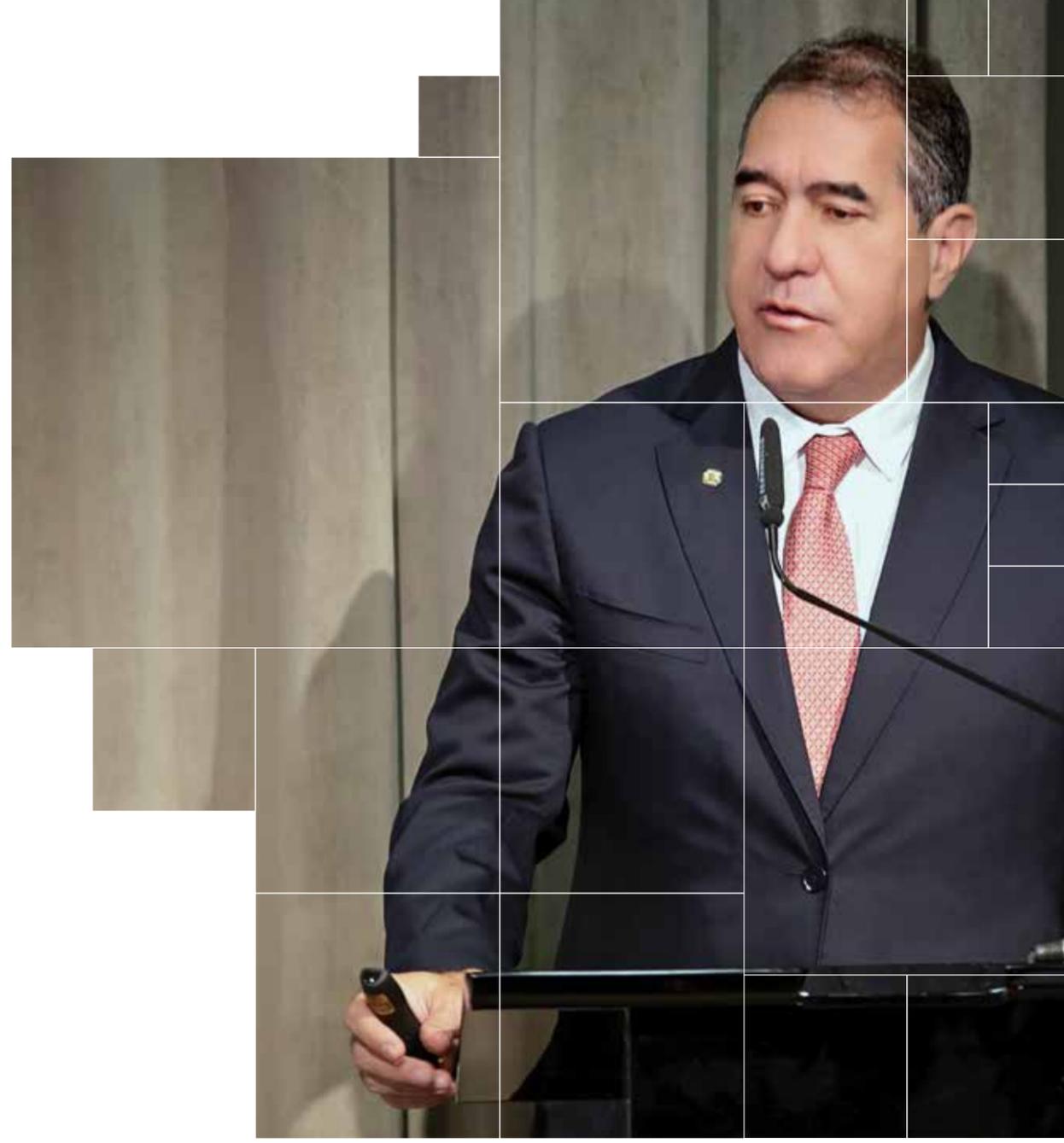
|

MODERNIZAÇÃO



MODERNIZAÇÃO E APERFEIÇOAMENTO DA LEI FEDERAL DAS OSS

LUIZ GASTÃO



Passados 25 anos do início da vigência da lei das organizações sociais (nº 9.637/1998), faz-se necessária sua modernização, a fim de promovermos maior segurança jurídica às entidades privadas sem fins lucrativos que operam junto ao poder público neste modelo inovador. Muita coisa mudou desde então, sobretudo na área da saúde, e a atualização é tanto bem-vinda, quanto profundamente necessária. Atualmente, a Câmara dos Deputados discute o projeto de lei nº 10.720/2018, proposto pelo então senador José Serra (PSDB-SP) e já aprovado no Senado Federal. Voltada a este modelo híbrido de gestão, que congrega características do mercado privado e princípios da administração pública, a proposição abarca, entre outros: novos critérios de qualificação das organizações sociais, para excluir a participação do poder público em órgãos de direção dessas entidades; criação de teto de remuneração dos dirigentes dessas entidades conforme valores de mercado; realização de convocação pública para celebração de contratos de gestão; possibilidade de utilização de recursos oriundos dos contratos de gestão para pagamento de despesas de investimento e custeio; e previsão de pena de inidoneidade de dez anos para celebração de contratos de gestão aplicada a organizações sociais que forem desqualificadas enquanto tais.

Em agosto de 2018, depois de aprovado no Senado, o projeto de lei foi remetido para apreciação dos deputados e ora está sob discussão na Comissão de Administração e Serviço Público da Câmara. A intenção é, uma vez aprovado na comissão temática, enviar o texto direto para apreciação do plenário da Câmara e, se referendado pelos parlamentares, devolvê-lo ao Senado para votação final. O substitutivo que nascerá das atuais discussões vale-se bastante de trabalho já realizado pelo então deputado Floriano Pesaro (PSDB-SP), ex-relator da matéria na antiga Comissão de Trabalho, de Administração e Serviço Público da Câmara. Com isso, esperamos dar celeridade à tramitação, que já vem se arrastando há demasiado tempo. O texto deve contemplar também mudanças relativas às organizações sociais que atuam nas áreas de cultura, esporte e, provavelmente, também educação.

São muitas as sugestões de aperfeiçoamento, a começar pela imperativa alteração dos requisitos específicos para qualificação das organizações sociais. Tudo sempre de forma a dar maior clareza, já no edital de convocação, aos critérios de seleção. Neste sentido, estamos propondo que: o ato constitutivo da organização social deve comprovar sua finalidade não econômica e a obrigação de investir seus excedentes financeiros em suas próprias atividades; a entidade deve constituir um conselho de administração e uma diretoria; deve haver avaliação externa por entidade certificadora ou auditoria, caso a instituição tenha atividades relacionadas à saúde; e deve haver aprovação do ministro ou titular de órgão supervisor ou regulador da área correspondente ao objeto social da entidade, com ciência ao Tribunal de Contas e ao Ministério Público.

Além destes pontos, outras propostas de aperfeiçoamento que constarão do substitutivo são: a qualificação das organizações sociais por meio de processo público, objetivo e impessoal; a fixação de remuneração da diretoria por maioria absoluta; a definição de regras para celebração, publicidade, prazo de vigência, exceções, gastos com despesas de pessoal, contratação de empregados e empresas prestadoras de serviço, destinação de recursos, forma de aprovação, ressarcimento e sucessão de obrigações dos contratos de gestão; e a permissão de o poder público celebrar mais de um contrato de gestão com a mesma organização social. Sobre este último ponto em particular, vale lembrar que muitas entidades nasceram pequenas, às vezes cuidando apenas de um serviço dentro de um hospital, foram se expandindo e hoje já exibem condição de ter vários contratos de gestão, com vários municípios ou estados. Assim, considero que as organizações sociais não precisam ser uníssimas, ou seja, não precisam trabalhar para uma só gestão, mas sim possam firmar várias parcerias, o que lhes dará melhores condições de obter mais economicidade para gerir seus contratos.

Em termos gerais, no texto do substitutivo não pretendemos descer a detalhes minuciosos, mas perseguiremos normas claras e objetivas que facilitem o entendimento e a própria defesa das instituições. Nosso objetivo, como já

ressaltei de início, é que as organizações sociais tenham segurança jurídica, estabilidade e, sobretudo, não fiquem à mercê de pressões indevidas e de questões, digamos, não republicanas durante a vigência dos contratos de gestão.

Em relação à forma de composição dos conselhos de administração, já foi afastada a possibilidade de participação de pessoas que tenham relação com entidades públicas. Mas considero essencial termos instituições e entidades privadas de conceito notório, com a presença de dirigentes e conselheiros que preencham pré-requisitos básicos e sejam em número suficiente—no mínimo três, com possível ampliação por etapas, conforme o total de contratos e o montante de recursos a gerir—para garantir que esses órgãos tenham autonomia de gestão e preservem visão estratégica de longo prazo. Os membros dos conselhos deverão ter mandatos fixos, mas com possibilidade de prorrogação.

Além disso, o modelo dos contratos de gestão tem que ser objetivo, claro e conter indicadores a serem avaliados conforme o tipo de serviço, mensurados e acompanhados para que possamos ter, inclusive, uma classificação da eficiência dessas organizações sociais. É necessário, ainda, determinar um percentual de reserva técnica nos contratos, porque, por melhor que seja o planejamento feito, sempre podem surgir imprevistos que demandam suplementação.

Um aspecto que precisa ser enfrentado de forma bastante determinada é o que recai sobre o fluxo de pagamentos realizados pelo poder público. Sabemos que, muitas vezes, acontecem atrasos de meses nos repasses, o que leva a organização social a perder credibilidade e até mesmo as condições para sua própria gestão. As entidades contratadas dependem do correto e contínuo fluxo de pagamentos para fazer frente a obrigações previamente assumidas. Sem eles, podem incorrer em encargos, multas e juros por atraso, onerando indevidamente o que estava previsto no contrato de gestão.

Assim, no meu modo de ver, esses pagamentos têm que ser antecipados e a sua prestação de contas levada às cotas futuras. Ou seja, garante-se um fluxo e, caso ele não seja honrado, a organização social terá assegurada a forma de

compensação e de correção dos valores, a fim de que não perca sua capacidade de gestão e sua condição de prestar adequadamente os serviços contratados.

A forma como são feitas as prestações de contas e as regras de contratação de pessoal e de gestão nas organizações sociais também será abordada no texto do substitutivo. Sabemos que estas entidades não precisam seguir diretamente a lei pública, mas têm que observar normas e princípios que obedeçam ao princípio da impessoalidade, porque também lidam com dinheiro do contribuinte.

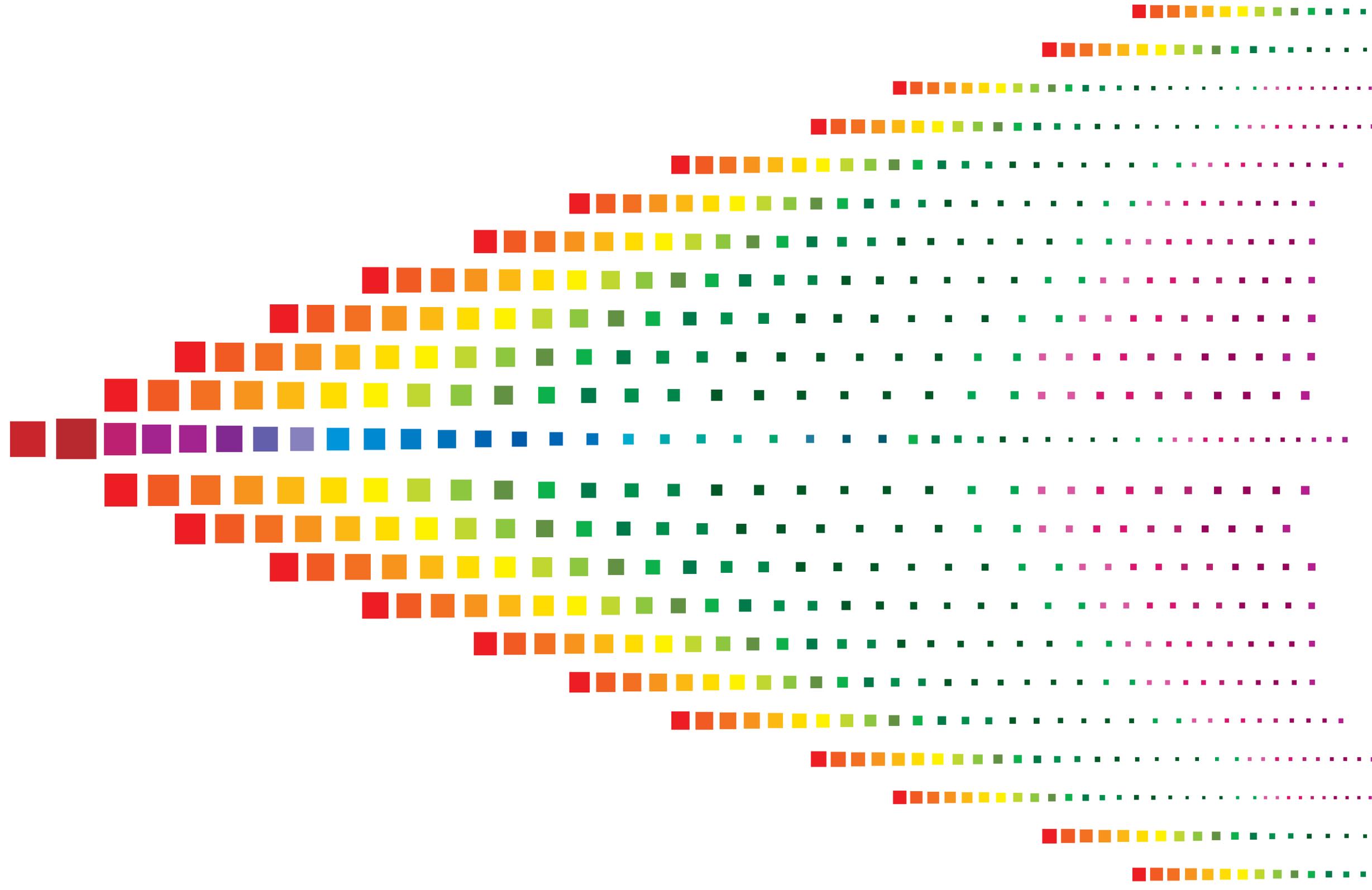
Nesse sentido, uma das sugestões é utilizar, para o sistema de contratação das organizações sociais, também as regulamentações que existem dentro do Sistema S, que é um sistema privado, mas de direito público. Instituições como Sesc, Senac, Senai, Sesi e Senar estabeleceram um programa próprio de contratações e de gestão que tem similaridade com as regras do poder público, mas com muito mais flexibilidade. O papel desempenhado pelo terceiro setor, em particular pelas organizações sociais, é de extrema importância para a nossa sociedade. Sabemos da relevância e da necessidade de termos cada vez mais serviços públicos de qualidade disponíveis para a população. Portanto, podem estar certos de que o substitutivo que pretendo apresentar como relator terá como objetivo precípuo aprimorar a lei nº 9.637/1998 para incentivar o uso desse modelo de gestão eficiente em prol do interesse público e, sobretudo, de quem realmente importa: o cidadão.

LUIZ GASTÃO

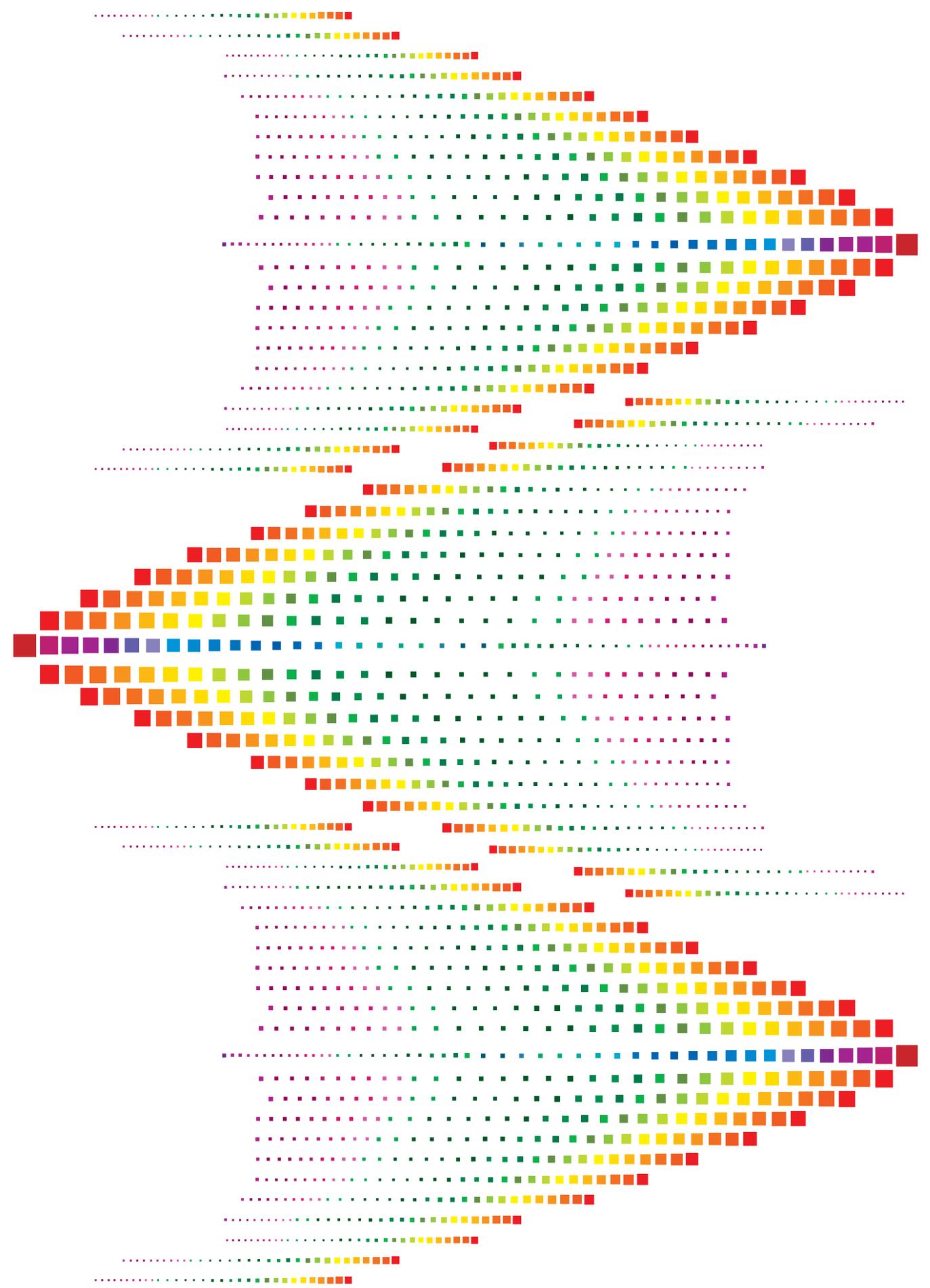
é deputado federal (PSD-CE) e relator do projeto de lei nº 10.720/2018, que altera a lei das organizações sociais, na Comissão de Administração e Serviço Público da Câmara dos Deputados. Empresário e tecnólogo em Gestão Comercial é presidente do Sistema Fecomércio do Estado do Ceará e membro dos conselhos nacionais de Senac, Sesc e Sebrae.

|

CHAMAMENTO



— CHAMAMENTO
PÚBLICO PARA AS
ORGANIZAÇÕES **SOCIAIS**
DE SAÚDE



**DRG AJUDA
A COMBATER
INEFICIÊNCIA**

FÁBIO BACCHERETTI VITOR



O estado de Minas Gerais conta com a Fundação Hospitalar de Minas Gerais (Fhemig), que congrega 19 hospitais muito heterogêneos. Algumas unidades formam complexos, como o Hospital João XXIII, o maior da América Latina para atendimentos de trauma, até hospitais pequenos, que contam com apenas 20 leitos.

Em Minas Gerais, o modelo de organizações sociais foi instituído por meio da lei estadual nº 23.081, de 10 de agosto de 2018, e regulamentado pelo decreto estadual nº 47.553, de 7 de dezembro de 2018, instrumentos estes que serviram de facilitadores para o processo de descentralização da gestão, que ainda é incipiente no estado.

Fato é que ainda não temos nenhuma instituição estadual descentralizada, sendo que uma das razões para tanto é que temos forças externas muito fortes contrárias, como certamente outros estados também já enfrentaram. Contudo, se ainda não temos resultados da descentralização para exibir e analisar em termos práticos, em compensação temos quatro anos de estudos e publicações de chamamentos para poder apontar o que consideramos deve ser feito nestes processos.

Temos uma grande vantagem nos hospitais da Fhemig por termos estabelecido a metodologia DRG (*Diagnosis Related Groups* ou Grupos de Diagnósticos Relacionados) desde 2019. Então, hoje, conseguimos saber e quantificar a ineficiência dos nossos hospitais comparada a instituições de mesmo porte também vinculadas ao Sistema Único de Saúde (SUS), o que nos abre enormes oportunidades. Outra vantagem é o fato de que a Fhemig é orçamentada, o que garante previsibilidade de recursos. Assim, por mais que suas despesas somem R\$ 2 bilhões por ano, sendo cerca de 75% deste valor vinculado a pessoal, e que sua receita seja inferior a R\$ 400 milhões, demonstrando uma clara insustentabilidade financeira, o fato de que seu orçamento compõe o Fundo Estadual de Saúde garante recursos para a prestação dos serviços.

Pois bem, em se tratando das publicações já feitas pela Fhemig, importa destacar a análise realizada sobre os nossos editais de chamamento, bem como o benchmarking com outros processos do país como um todo.

Um primeiro ponto é o de que a qualificação ainda é muito proforma em Minas Gerais, nos restando realizar, nos chamamentos, exigências que, talvez, poderiam já ter sido feitas antes. Isso faz com que desclassifiquemos organizações sociais em um momento em que o processo já está avançado. Esse filtro poderia ocorrer já na qualificação. Um exemplo seria já barrar, nesta etapa, aquelas organizações que têm processos judiciais vinculados a outros contratos de gestão. Diante deste fato, em Minas acabamos por fazer análises preliminares importantes quando do lançamento de um edital de chamamento.

A primeira etapa no nosso processo é a pactuação do perfil assistencial no território, por meio de Comissões Intergestores Bipartites. Isso é importante para dar previsibilidade para a instituição e para os municípios que vão contratar, porque, por mais que a Fhemig pertença ao Estado, ela é mera prestadora de serviços. Assim, deixamos claro quais serviços serão acordados pelo poder público junto à organização social e quais o serão pelo gestor pleno, isto é, por quem vai pagar.

Ainda como parte dos processos, a pontuação na fase classificatória valoriza a experiência acumulada em hospitais de mesmo perfil daquele que está sendo contratado, seja por porte, por tipo de assistência e/ou por especialidade oferecida. Isso nos permite classificar e ordenar as organizações sociais mais experientes naquele desenho que está sendo demandado e pactuado no chamamento.

Também colocamos alguns produtos específicos, claros e previsíveis, dentro dos processos de chamamento. Dou um exemplo: temos um hospital em Sabará (MG) cujo bloco cirúrgico encontra-se fechado por causa de diversos problemas, especialmente a impossibilidade de contratação. Então, para resolver isso, colocamos como parte das obrigações constantes do edital a abertura desse serviço, em determinado prazo.

Por fim, outro ponto que adotamos para a classificação é aquilo sobre o que não existe questionamentos: as creditações. Entendemos que elas selecionam bastante as organizações sociais para que nós, como contratantes, disponhamos

apenas daquelas realmente com qualidade atestada por metodologias reconhecidas e consolidadas no mercado, como ONA, ISO ou Joint Commission.

Dentro de todo este arcabouço, o DRG é peça fundamental, sobretudo para o monitoramento do que foi previsto nos chamamentos, uma vez que funciona como ferramenta para aferir a eficiência, bem como para apontar o que o gestor não quer. E como isso funciona? Na contratação, sobretudo nos hospitais de alta complexidade, o Estado considera no valor orçamentário a oportunidade de redução da ineficiência e contratualiza isso com base em indicadores estabelecidos a partir do DRG e outros vinculados ao território.

Hoje, em Minas Gerais, nosso foco está em aperfeiçoar os chamamentos, buscando dar-lhes mais previsibilidade e deixando muito claro o que o Estado espera, a fim de que sejamos mais assertivos no monitoramento e na cobrança da entidade contratada. Uma falha que procuramos não cometer é achar que descentralização de gestão é apenas transferir o problema para outro, deixando de vê-la como real oportunidade de melhoria assistencial e de maior entrega de valor à população. As ferramentas que temos adotado em nossos processos nos ajudam a evitar cometer erros como os que vimos acontecer em outros lugares.

FÁBIO BACCHERETTI VITOR

é secretário de Saúde de Minas Gerais e presidente do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass). Médico com pós-graduação em Gestão em Saúde—Excelência Operacional na Área da Saúde, foi presidente da Fundação Hospitalar de Minas Gerais (Fhemig).

MAIS EQUILÍBRIO ENTRE GESTORES PRIVADOS E CONTRATANTES PÚBLICOS

ALEXANDRE GIRAUX CAVALCANTI



Nossa visão, como auditores do Tribunal de Contas da União (TCU), busca sempre contemplar a perspectiva dos beneficiários das políticas públicas. Isso nos impele a ter empatia com as pessoas, destinando um olhar de responsabilidade e respeito aos cidadãos usuários dos serviços. O que se persegue é a existência de um programa de saúde em rede em toda a sua concepção, que precipuamente atue antes da manifestação das doenças.

A missão do TCU é, por meio do controle externo, aprimorar a administração pública em benefício da sociedade. Temos como premissa fazer nossas auditorias sempre baseadas em risco, deixando muito claro qual é o objetivo da entrega de um serviço de saúde. Diante disso, iniciamos um projeto preocupados com a eficiência e a sustentabilidade do Sistema Único de Saúde (SUS).

Nossa estratégia, como auditoria de saúde do TCU, é ter uma visão nacional e mais aprofundada possível sobre o tema, sem deixar de compartilhá-la com todos os órgãos de controle parceiros.

Nosso objetivo é que o amadurecimento seja coletivo, para que possamos caminhar juntos, conhecer melhor os problemas e termos mais segurança na hora de proceder nossos trabalhos de auditoria.

Ao longo dos últimos anos, a área técnica do TCU tem desenvolvido iniciativas importantes para o melhor funcionamento das organizações sociais de saúde (OSS). Um desses destaques foi o Acórdão 3.239/2013-TCU-Plenário, resultado de auditoria operacional que, inclusive, influenciou o próprio decreto federal que regulamentou a lei nº 9.637/1998. Também acabamos de finalizar um levantamento sobre as organizações do terceiro setor e temos feito cursos e aproximações com vários parceiros voltados à apreciação dos contratos.

Isto porque, quando se olha para os objetivos da prestação dos serviços de saúde expressos nos contratos, é necessário atentar para a entrega de valor. Significa promover uma cobertura assistencial pertinente, baseada em protocolos pautados em evidências, com menor custo possível e com a melhor experiência para o usuário. Valor em saúde engloba as dimensões eficiência,

qualidade, segurança e custo-efetividade (especialmente na incorporação das tecnologias), sempre baseadas em evidências e na efetividade das ações.

Os chamamentos nada mais são do que uma etapa desse processo. Logo, é preciso que seus procedimentos estejam muito claros, de forma muito bem planejada, pensada e estruturada, tanto para os gestores, quanto para toda a equipe que acompanhará os futuros contratos.

Um problema bastante frequente, especialmente relatado por gestores mais experientes dentro do SUS, é a extrema dificuldade de aquisição de insumos e serviços de saúde e de contratação de pessoas, entre outros, decorrente dos normativos atuais de gestão de equipamentos públicos.

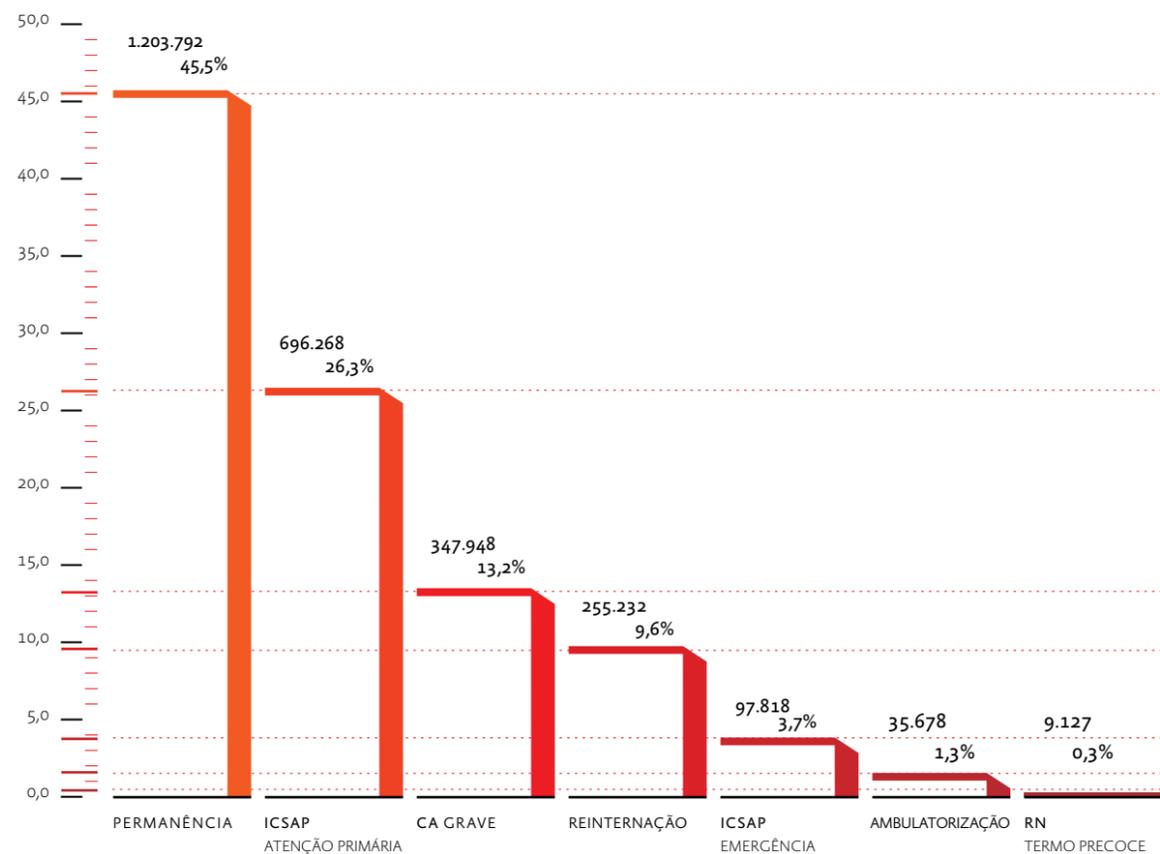
Neste sentido, o propósito com as organizações sociais é trazer melhor e maior flexibilidade para a gestão desses equipamentos, em prol do próprio usuário, a fim de que não haja qualquer tipo de falha, interrupção ou queda de qualidade na entrega dos serviços. Outro aspecto marcante é o controle por resultados, o que aumenta muito o desafio dos gestores, porque obriga a administração pública a saber com clareza o que está buscando com os serviços que está contratando.

A partir, sobretudo, do que estabelece o manual do Ministério da Saúde sobre contratações em saúde de um modo geral, o chamamento público deveria ser encarado como iniciativa da administração pública para atrair entidades que preencham determinados requisitos e sejam credenciadas, habilitadas, para prestar algum tipo de serviço de saúde à sociedade. Como é feito no SUS. Embora os institutos não sejam exatamente os mesmos, a filosofia por trás do chamamento de OSS implica não em selecionar uma entidade, mas sim habilitá-la a prestar determinado serviço com base em requisitos estabelecidos.

Na questão do chamamento, existem aspectos que são indelegáveis para as organizações sociais e delimitá-los pode ajudar a reduzir riscos inerentes às parcerias. Fruto de uma solicitação do Congresso Nacional, sob relatoria do ministro Bruno Dantas, o Acórdão 2.057/2016-TCU-Plenário assim discorreu a este respeito: “Apesar de abrir mão da execução direta dos serviços de saúde objeto

de contratos de gestão, o poder público mantém responsabilidade de garantir que sejam prestados na quantidade e na qualidade apropriadas”. Trata-se de algo que precisa ficar muito claro, mas nem sempre é assim: o que acaba acontecendo é a delegação de responsabilidades para os parceiros além do previsto. O contratante público tem obrigação de saber o que quer e de ter consciência muito clara do que busca. Há que ser feito o mais profundo diagnóstico possível.

FONTES DE DESPÉRDÍCIOS NA SAÚDE | R\$



FONTE: PLATAFORMA VALOR SAÚDE BY DRG BRASIL—Versão 14. Analytics

São muitas as questões a responder: qual é o perfil epidemiológico da região, considerando as características do equipamento de saúde? Qual é a real demanda da população para aquele equipamento? Qual é a vocação para que esse serviço possa atender a necessidade epidemiológica da sua região? Qual é a estrutura necessária para atender os pacientes com eficiência? Quais são os recursos disponíveis? Qual é a estimativa de custo?

Na área hospitalar, quando se decide publicizar um equipamento, o poder público tem que conhecer as grandes áreas de perdas e ineficiências que precisam ser evitadas. Estudo feito pelo grupo IAG Saúde, que utiliza metodologia DRG (*Diagnosis Related Groups* ou Grupos de Diagnósticos Relacionados), aponta as principais fontes de desperdício em hospitais. São elas: tempo médio de permanência além do necessário; atendimento de pacientes que já deveriam ter tido suas necessidades resolvidas na atenção primária; e condições adquiridas durante a estada do paciente no hospital. O gestor precisa entender esta realidade, desafiar e estimular as organizações sociais por meio dos contratos de gestão a, entre outros resultados, evitar e coibir tais perdas.

Também é indelegável pelo gestor público a construção de uma rede sistematizada de serviços de saúde, seja na territorialidade, na estratificação de riscos, na identificação do público que realmente precisa de assistência especializada, na definição do perfil de condições mais relevantes para que as linhas de cuidado sejam planejadas e para que, por fim, tudo isso seja organizado na atenção secundária com um serviço multiprofissional.

É necessário que a seleção das entidades parceiras não tenha grau de discricionariedade elevado, mas seja feita com total responsabilidade e transparência. Temos que ter como princípio-base o imperativo de observar os princípios administrativos, segundo os quais não pode haver apropriação indevida da coisa pública. Neste sentido, o já citado Acórdão 2.057/2016-TCU-Plenário estipula que “a escolha da organização social para celebração de contrato de gestão deve, sempre que possível, ser realizada a partir de chamamento público, devendo

constar dos autos do processo administrativo correspondente as razões para sua não realização, se for esse o caso, e os critérios objetivos previamente estabelecidos utilizados na escolha de determinada entidade”.

Para finalizar, enxergamos algumas oportunidades de aperfeiçoamento do modelo de organizações sociais por meio do projeto de lei nº 10.720/2018, em tramitação na Câmara dos Deputados, de forma a atrair mais entidades idôneas para os chamamentos públicos. O desafio é dar mais estabilidade e melhorar a segurança jurídica tanto das organizações sociais, quanto do poder público e dos próprios usuários dos serviços de saúde.

Citando, mais uma vez, o Acórdão 2.057/2016-TCU-Plenário, “os indicadores previstos nos contratos de gestão devem possuir os atributos necessários para garantir a efetividade da avaliação dos resultados alcançados, abrangendo as dimensões necessárias à visão ampla acerca do desempenho da organização social”. Trata-se de um grande desafio porque, como o controle é por resultados, isso precisa estar amadurecido e explicitado no contrato de gestão a ser firmado com a organização social já à época do chamamento, para que os parceiros também conheçam o que lhes será cobrado. Ou seja, precisa ser pensado com bastante antecedência, embora, infelizmente, o que vemos com frequência são processos de publicização acelerados.

Também identificamos algumas áreas de risco relevantes, como os prazos para a apresentação de propostas por parte dos interessados. O inciso VI do art. 10 do decreto nº 9.190/2017, que regulamenta parte da lei das organizações sociais, estabelece “prazo mínimo de quarenta e cinco dias para o início do período de inscrição das entidades privadas interessadas”. Nem sempre é fácil para a entidade organizar uma proposta de trabalho nesse período.

Ainda como parte das desejáveis reflexões acerca do aperfeiçoamento da lei em vigor, considero que a matriz de riscos deve promover mais justiça em relação ao ônus dos serviços, principalmente para quem está do outro lado. O que isso quer dizer? Não é fácil para um gestor aceitar assumir uma missão dessas.

Então, as condições têm que ser as mais transparentes possíveis: qual é o real tamanho da responsabilidade? Quais os ganhos e quais as perdas?

No âmbito da discussão do projeto de lei, considero que ainda há muito espaço para avançarmos em uma discussão mais honesta e transparente também em relação à necessidade de diminuir o ônus para a participação de entidades sem fins lucrativos interessadas. Até porque faz-se desejável aumentar a presença de instituições nos processos. Identificamos que, só com questões cartoriais e documentais, em algumas situações, os custos podem chegar a cerca de R\$ 30 mil. Por último, temos a necessidade de perseguir maior estabilidade nas relações. Se um gestor faz todo esforço para chegar a um chamamento, cumpre seu dever de casa com um trabalho bem-feito, bem costurado e desenhado, devemos pensar na possibilidade de firmarmos uma parceria de valor. Tudo isso tem que ser colocado de forma mais inteligente. Não é fácil, até porque o contrário também acontece e não podemos ficar amarrados a parcerias ruins.

ALEXANDRE GIRAUX CAVALCANTI

é diretor técnico da 1ª Diretoria da Auditoria-Geral do Sistema Único de Saúde (AudSaúde) do Tribunal de Contas da União. É graduado em Odontologia e mestre em Saúde Coletiva.

CHAMAMENTO PÚBLICO
NÃO É
LICITAÇÃO

SERGIO DAHER



A Associação de Gestão, Inovação e Resultados em Saúde (Agir) existe há 22 anos e, quando olhamos em retrospecto, podemos constatar as dificuldades que já enfrentamos e que todos os envolvidos com saúde cotidianamente enfrentam. No entanto, mesmo transcorrido todo esse tempo, nossa essência de trabalho mantém-se a mesma: oferecer assistência digna, com qualidade, com resolutividade, humanizada e eficiente para a população, tanto do lado assistencial, quanto da parte de controles e gestão.

A experiência acumulada nos permite concluir que é possível prestar melhores serviços de saúde, inclusive com menor custo. E um dos meios para isso é aumentar a produtividade, o que, no caso em questão, se traduz em ter unidades de saúde mais eficientes. Eficiência diminui custos e, numa consequência lógica, aumenta a produtividade. Então, temos plena convicção de que o atendimento na saúde pública pode ser feito com mais qualidade, eficiência e, acima de tudo, com menor custo.

Especificamente em relação às organizações sociais, vale recordar que, em 2015, no julgamento da Ação Direta de Inconstitucionalidade nº 1.923, o Supremo Tribunal Federal (STF) avaliou diversos aspectos da lei nº 9.637/1998 e a considerou constitucional, desde que observados certos parâmetros e limites. Um decreto, o de nº 9.190, foi posteriormente editado em 2017 para regulamentar parte da lei e estabelecer diretrizes e critérios para a qualificação das organizações sociais.

O chamamento público foi uma das principais mudanças adotadas como premissas para que o ente público possa selecionar as organizações sociais de maneira adequada. Trata-se de processo administrativo que visa escolher a entidade privada mais apta a realizar os serviços previstos no contrato de gestão a ser celebrado.

O chamamento público tem vários passos, que podem variar de acordo com a respectiva legislação estadual ou municipal, bem como com as regulamentações específicas de cada ente federativo. No entanto, um dos itens fundamentais é a definição do objeto e das metas a serem perseguidas. As demais etapas

incluem, ainda, publicização; recebimento de propostas; seleção e julgamento; homologação e recursos; e contratação.

Cada fase do chamamento público é essencial para assegurar a escolha adequada da organização social, garantindo eficiência e transparência na gestão dos serviços públicos. Importante destacar também que cada ente federativo pode ter regulamentações complementares e específicas para seus processos de chamamento público, como é o caso da lei nº 21.740/2022, que disciplina o regime jurídico das organizações sociais da saúde no estado de Goiás. Logo, os passos dos procedimentos podem ser igualmente adaptados conforme tais normativas.

O processo de qualificação de uma organização social é criterioso e busca assegurar parcerias eficientes e íntegras com o poder público. Mas é também na qualificação que se encontram os maiores problemas. Muitas vezes não sabemos as respostas, qual a melhor maneira de qualificar ou de fazer um chamamento. Temos, porém, convicção de que é preciso melhorar, pois é desse processo que brotarão os resultados em termos de atendimentos de saúde prestados à população. Entre os principais pontos a serem observados nos processos de qualificação, estão: requisitos legais; estatuto social; experiência prévia; transparência e controle social; processos de solicitação; avaliação dos pedidos; e decisão, como ato discricionário do poder público, que arbitra sobre a concessão com base em análises técnicas.

Um bom profissional de saúde não é, necessariamente, bom gestor. Não é, necessariamente, alguém que saiba lidar com resultados, com uma liderança passiva, especialmente num contexto complexo como é normalmente o de um hospital. Considero que quem consegue administrar um hospital consegue administrar qualquer coisa na vida e essa experiência—que exige competência técnica específica, além de capacidade administrativa—tem que ser extremamente valorizada. Assim, experiência prévia é critério fundamental para qualificar organizações sociais. Verificar essas habilidades envolve analisar de maneira detalhada diversos fa-

tores relacionados ao histórico da organização e sua capacidade de gerenciar instituições de saúde.

Infelizmente, o que temos observado nos últimos cinco a dez anos é o surgimento acelerado de novas organizações sociais nem sempre com a melhor qualidade. Daí a necessidade imperativa de investigar a experiência prévia das entidades interessadas na qualificação e, entre as várias maneiras de avaliar isso, estão histórico de gestão, análise de desempenho, gestão financeira, infraestrutura e tecnologia, entre outros.

Essa avaliação precisa ser meticulosa e pode incluir a visita a instalações administradas pela organização, entrevistas com as lideranças e as equipes e a revisão dos processos administrativos e clínicos adotados. A transparência e o acesso a dados e informações são essenciais para um processo de verificação eficaz. Conseqüentemente, as organizações sociais que aspiram a qualificação para a gestão hospitalar devem estar preparadas para demonstrar seu histórico e sua competência de forma abrangente e detalhada.

Cabe agora analisar semelhanças e diferenças entre os processos de chamamento público para qualificação de organizações sociais e as licitações. Há muitos pontos similares, mas há também certo desconforto no que é fundamental: a flexibilidade. Temos aí mecanismos distintos usados pela administração pública para contratar serviços ou estabelecer parcerias.

O próprio STF tem se manifestado no sentido de reconhecer que chamamento público não é licitação, embora possa ter procedimentos que lembrem os dos processos licitatórios.

Mesmo assim, é possível enxergamos pontos de similaridade, como publicidade e transparência, com a necessidade de ampla divulgação dos editais, de modo a permitir que todo e qualquer interessado possa participar; impessoalidade, para que as escolhas sejam realizadas com base em critérios objetivos, evitem favoritismos e garantam isonomia entre os concorrentes; e controle e fiscalização, a fim de assegurar que os recursos públicos sejam bem aplicados.

Na outra ponta, há muitas críticas quando a administração pública impõe ritos semelhantes aos processos licitatórios nos chamamentos públicos. Neste sentido, podemos citar a complexidade desnecessária, derivada de excesso de formalidades que podem tornar os processos mais complexos e morosos, sem agregar qualquer valor efetivo à seleção da entidade parceira; desestímulo à participação, seja pela complexidade, seja por custos associados à preparação das propostas; enfoque no preço em detrimento da qualidade, mesmo que o chamamento deva perseguir qualidade e capacidade técnica; e redução de flexibilidade, quando

SEMELHANÇAS E DIFERENÇAS ENTRE CHAMAMENTO PÚBLICO E LICITAÇÕES

CRITÉRIO	CHAMAMENTO PÚBLICO	CHAMAMENTO LICITATÓRIO
OBJETIVO	SELECIONAR ORGANIZAÇÃO PARA PARCERIAS EM SERVIÇOS PÚBLICOS COM BASE EM EFICIÊNCIA E ADEQUAÇÃO.	SELECIONAR A OFERTA MAIS VANTAJOSA, GERALMENTE O MENOR PREÇO OU A MELHOR TÉCNICA.
FLEXIBILIDADE	ALTA, PERMITE AJUSTES CONFORME NECESSIDADES DO SERVIÇO E CAPACIDADES DAS ORGANIZAÇÕES. NATUREZA DE CONVÊNIO.	BAIXA, SEGUE REGRAS RÍGIDAS E PROCEDIMENTOS PADRONIZADOS. CONTRATOS ADMINISTRATIVOS.
CRITÉRIOS	CAPACIDADE TÉCNICA, EXPERIÊNCIA, QUALIDADE E INOVAÇÃO.	MENOR PREÇO, MELHOR TÉCNICA, OU COMBINAÇÃO TÉCNICA E PREÇOS
NEGOCIAÇÕES	DIÁLOGO CONSTANTE PARA APRIMORAR PROPOSTAS TÉCNICAS.	LIMITADA APÓS A ENTREGA DAS PROPOSTAS, COM POUCA MARGEM PARA ALTERAÇÕES.
PUBLICIDADE	EXIGÊNCIA DE DIVULGAÇÃO AMPLA DE CHAMAMENTO.	EXIGÊNCIA DE AMPLA DIVULGAÇÃO DO EDITAL DE LICITAÇÃO.
IMPESSOALIDADE	SELEÇÃO BASEADA EM CRITÉRIOS OBJETIVOS PARA GARANTIR ISONOMIA.	SELEÇÃO IMPARCIAL BASEADA EM CRITÉRIOS ESTABELECIDOS NO EDITAL.
CONTROLE	FISCALIZAÇÃO DOS RESULTADOS E DA APLICAÇÃO DE RECURSOS.	FISCALIZAÇÃO RIGOROSA DO CUMPRIMENTO DO CONTRATO E DO USO DE RECURSOS

FONTE: LA FORGIA, G. AND COUTOLLENC, B._2088, para os dados de 2003; E SES_2007, para os dados de 2006

procedimentos rígidos semelhantes aos de licitações acabam solapando uma das principais vantagens dos chamamentos.

É essencial que a administração pública mantenha a distinção entre esses dois processos e preserve as características que fazem do chamamento público uma ferramenta adequada para a formação de parcerias com organizações sociais, garantindo, assim, a efetividade e a qualidade dos serviços prestados à população. Diante desta realidade, precisamos estabelecer parcerias de gestão, tendo o planejamento, a maturidade e o rigor técnico sobre o que está sendo contratado como algumas das principais premissas. Quem determina a política pública é quem faz o contrato. À parceira, ou seja, à organização social, cabe fazer a gestão mais adequada, com eficiência e resolutividade.

Mesmo às vezes não sabendo qual é exatamente o melhor caminho, entendemos que o modelo de gestão na área da saúde envolvendo a contratação de organizações sociais está em consolidação. Temos condições de avançar mais, sempre mantendo a essência dos nossos objetivos: oferecer assistência digna à população.

SERGIO DAHER

é superintendente de Relações Institucionais da Associação de Gestão, Inovação e Resultados em Saúde (Agir). Médico e especialista em Medicina do Trabalho e Patologia da Coluna Vertebral foi professor-assistente do Departamento de Ortopedia e Traumatologia e chefe do Grupo de Cirurgia da Coluna do Departamento de Ortopedia e Traumatologia da Universidade Federal de Goiás. É membro efetivo da Sociedade Brasileira de Coluna.



NEM TANTO AO CÉU,
NEM TANTO À TERRA:
PRECISAMOS REPENSAR
O PROCESSO DE ESCOLHA DAS
ORGANIZAÇÕES SOCIAIS

FERNANDO MÂNICA



Duas das questões mais importantes para o sucesso do modelo de gestão da saúde por organizações sociais (OS) são: (i) A qualificação como organização social levada a cabo por estados e municípios tem se demonstrado etapa necessária e adequada à seleção da melhor entidade parceira do poder público?; e (ii) O chamamento público, tal qual hoje realizado por estados e municípios, é mesmo o melhor procedimento de seleção da organização social que será parceira do poder público na provisão dos serviços públicos de assistência à saúde? As respostas a essas perguntas demandam contextualização histórica, bem como análise empírica dos processos de estruturação dos contratos de gestão com organizações sociais.

Sob a perspectiva histórica, é importante assinalar que a etapa de qualificação como organização social surgiu com a própria lei das organizações sociais, no final da década de 1990. O principal objetivo da qualificação como OS é promover um recorte técnico no multifacetado universo do terceiro setor, com vistas à identificação das entidades que efetivamente possuem condições técnicas, experiência e idoneidade para gerenciar uma estrutura pública e prestar os serviços objeto de um contrato de gestão.

Nessa linha, o processo de qualificação como OS segue a lógica de outras certificações previstas no ordenamento brasileiro, como os antigos títulos de utilidade pública e os certificados de entidade beneficente de assistência social. Já o chamamento público é etapa não prevista na lei federal dos contratos de gestão com organizações sociais (lei nº9.637/1998). Essa lacuna explica-se, em parte, porque predominava à época o entendimento pela impossibilidade de competição entre entidades sem fins lucrativos interessadas em celebrar parceria com o poder público.

Tal raciocínio tinha como base a percepção de que, em uma parceria, o interesse das partes é convergente, voltado à obtenção de resultado comum, desprovido de finalidade lucrativa e não passível, portanto, de qualquer critério de competição.

Esse cenário mudou apenas na segunda década do século 21, por meio de amadurecimento jurisprudencial e normativo que trouxe a exigência do processo seletivo como requisito à celebração de parcerias no setor social.

No que toca especificamente às OS, essa transformação cristalizou-se com o julgamento da Ação Direta de Inconstitucionalidade (ADI) nº 1.923/DF, que questionava a constitucionalidade da lei federal de organizações sociais. Isso porque, ainda que o Supremo Tribunal Federal (STF) tenha reconhecido a constitucionalidade do modelo de gestão por OS, foi adotada o que se denomina em Direito “interpretação conforme”. Ou seja, não há inconstitucionalidades na lei das OS, desde que sua interpretação ocorra em consonância com determinados princípios constitucionais.

No que importa ao processo de celebração de um contrato de gestão, isso significa que tanto a qualificação quanto o chamamento público devem ser realizados, nas palavras do STF, de forma pública, objetiva e impessoal.

Esse, portanto, é o contexto histórico. Ainda hoje, para se ter ideia, dentre os estados brasileiros 14 leis de OS sequer fazem referência ao chamamento público. Dessa lacuna decorrem dificuldades dos gestores públicos, das entidades privadas e dos próprios órgãos de controle, por não disporem de parâmetro legal claro a ser observado quando da estruturação de um contrato de gestão.

Na falta de um standard normativo claro, a fim de observar a exigência de publicidade, objetividade e impessoalidade, os entes federativos subnacionais passaram a realizar mero procedimento cartorial na fase de qualificação das entidades como organizações sociais. Além disso, passaram a adotar processos seletivos muito similares aos de uma licitação por critério de técnica e preço.

Do ponto de vista pragmático, portanto, a decisão da ADI nº 1.923/DF trouxe segurança jurídica para o modelo, mas introduziu também importante desafio: observar as exigências do STF, em especial a objetividade, sem transformar a qualificação e o chamamento público em procedimentos meramente formais e incapazes de selecionar a entidade mais apta a celebrar a parceria.

Em virtude do modelo cartorial adotado na lei de licitações, a qualificação e o chamamento muitas vezes conduzem à escolha de entidade que possui a melhor organização de documentos, em detrimento daquela que apresenta melhores condições de executar o plano de trabalho da parceria.

Embora seja perceptível o desenvolvimento do atual modelo, a hipótese é de que, eventualmente, estejamos nos aproximando demais do modelo oriundo da lei de licitações—tanto a já revogada lei nº 8.666/1993, quanto a atual lei nº 14.133/2021. E o problema é que ambas têm como pressuposto a desconfiança, valor que menos deveria estar presente em relações de parceria e de fidúcia, como são aquelas estabelecidas pelos contratos de gestão.

Esta análise desnuda um problema de base teórica em relação ao qual temos dificuldade. Trata-se de entender em que medida o contrato de gestão assemelha-se a um convênio e em que medida possui feições de um contrato.

Se, de um lado, há evidente vinculação contratual, com direitos e deveres de cada parte, do outro nos contratos de gestão há também uma conjugação de esforços para a consecução de um objetivo comum, que apenas pode ser alcançado por meio de ações e concessões recíprocas e, sobretudo, com base na confiança.

Portanto, ainda que a natureza do contrato de gestão seja contratual, seu objeto e a conduta recíproca das partes envolvidas são não próprios de um contrato administrativo. Esse me parece ser o ponto central da discussão sobre qualificação e chamamento público. Assim, um dos principais riscos de o chamamento público continuar sendo transformado em licitação dotada de critérios meramente formais para qualificação e pontuação consiste em vermos surgir no país um indesejável mercado de organizações sociais, que atrairá entidades boas de licitação e interessadas apenas no tamanho do cifrão.

O grande desafio do chamamento é, portanto, conseguir, por meio de critérios públicos, objetivos e impessoais, atrair entidades que tenham propósitos e interesses convergentes com os do poder público e que não objetivem meramente auferir ganhos financeiros mensais com o contrato.

Nesse contexto, parece-me que o processo de qualificação é essencial como fase prévia ao chamamento. Nele, devem ser previstos critérios e requisitos rígidos e detalhados, em alinhamento com os objetivos e valores a serem alcançados por meio do contrato de gestão a ser celebrado.

Além disso, a qualificação prévia permite que eventuais questionamentos acerca do processo não interfiram ou interrompam o próprio chamamento público. E veja-se que a própria lei de licitações, já criticada, reforça o procedimento auxiliar de pré-qualificação—justamente voltado à segregação antecipada das empresas interessadas em contratar com o poder público.

Assim, para que haja processos de qualificação e de seleção eficientes, de modo a proporcionar uma relação de parceria saudável, é essencial que o poder público entenda e manifeste claramente os motivos e os objetivos a serem alcançados por meio de contratação de uma organização social. Deve, ainda, bem definir o perfil das organizações a serem qualificadas, sendo que os requisitos para qualificação e os critérios para pontuação no chamamento público devem ser objetivamente compatíveis com esse delineamento.

A igualdade de oportunidades para que entidades privadas sem fins lucrativos celebrem parcerias com o poder público constitui valor inafastável da Constituição de 1988. O procedimento para garantir essa igualdade ainda precisa se sofisticar e, para isso, afastar-se do *modus operandi* da lei geral de licitações e contratos administrativos.

FERNANDO MÂNICA

é advogado especializado em organizações sociais

e procurador do estado do Paraná.

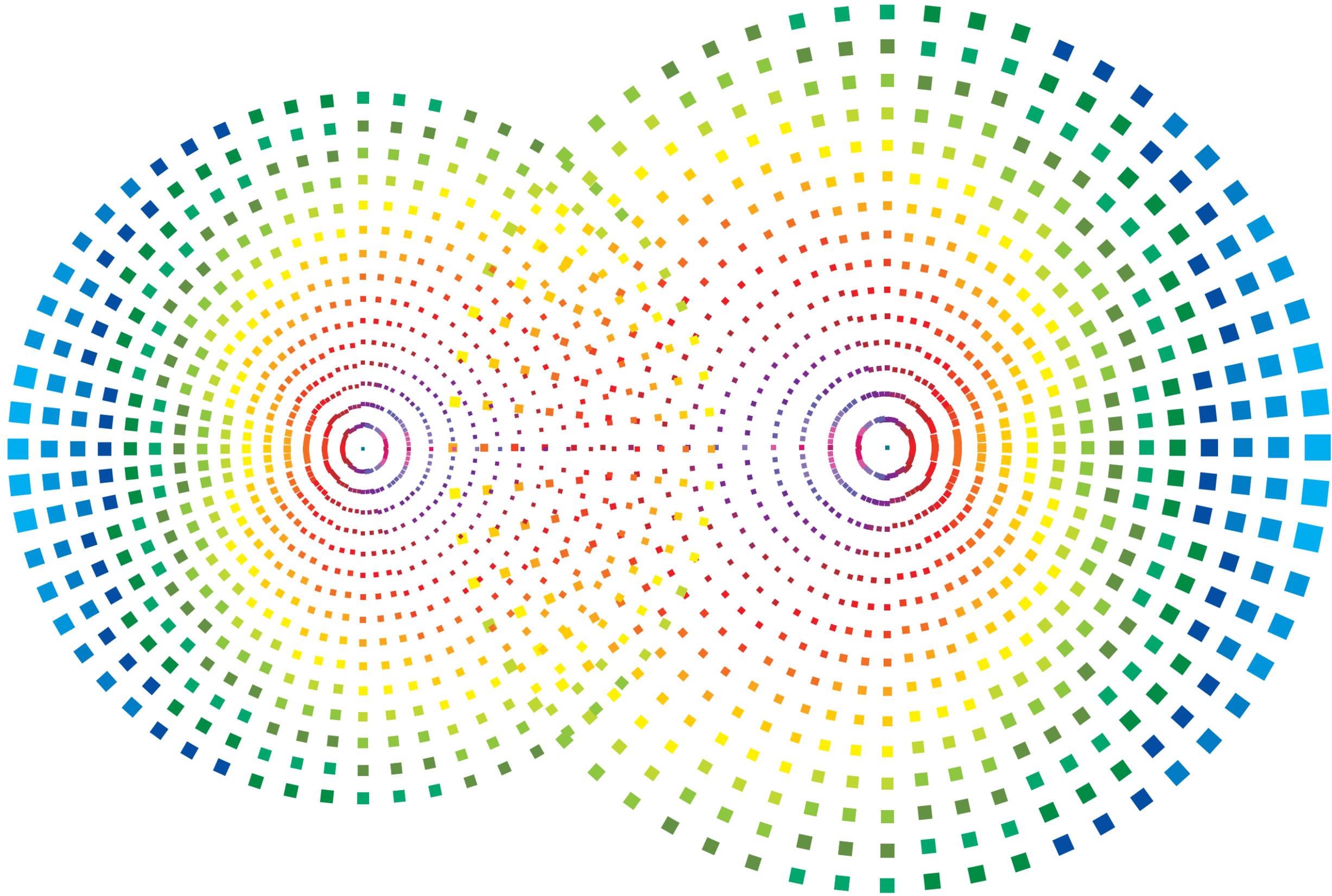
Doutor em Direito e presidente da Comissão de Direito do Terceiro Setor da OAB-PR.

É autor, entre outros, de “Fundamentos de Direito do Terceiro Setor”

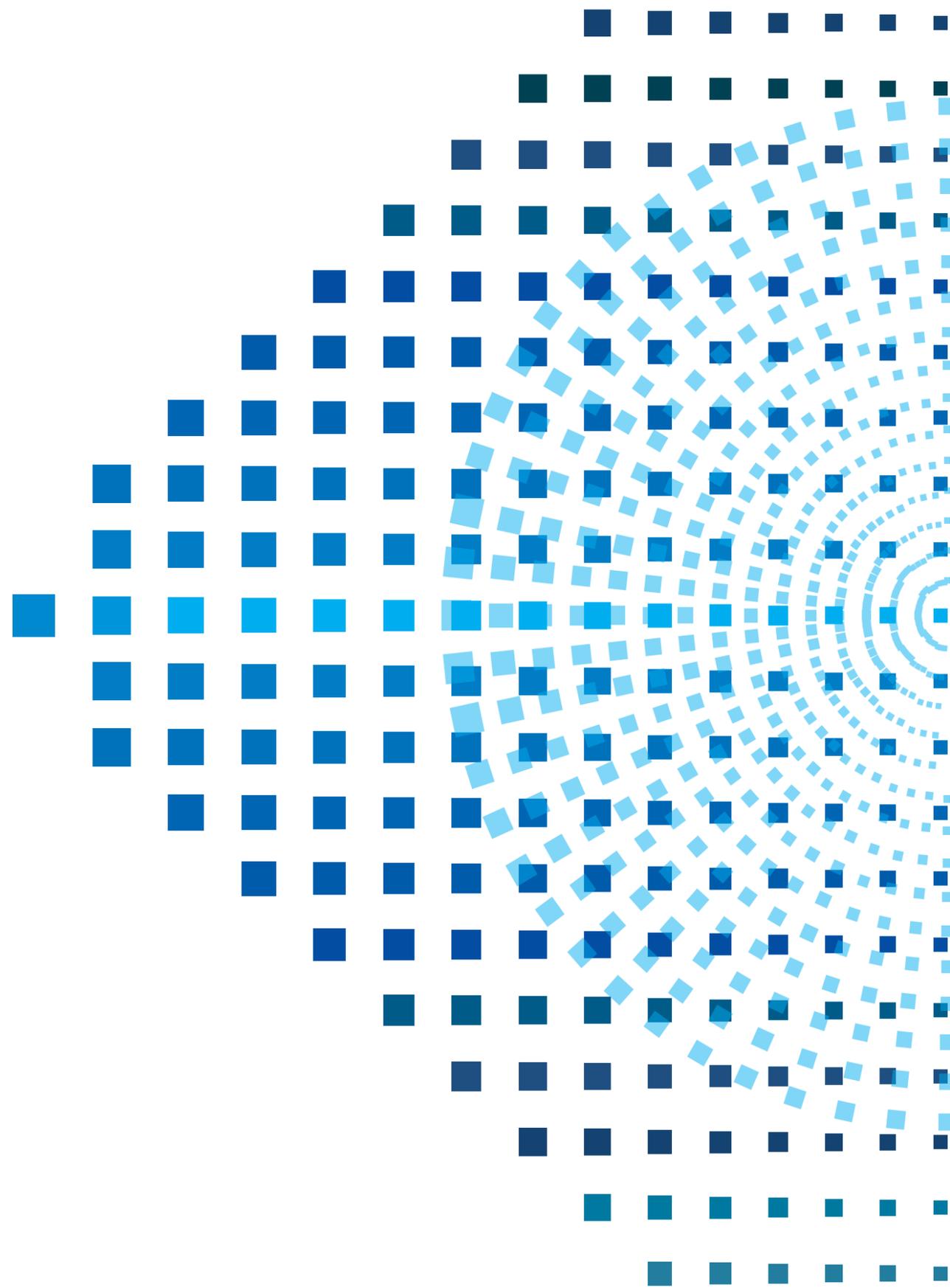
e “Instituições do Terceiro Setor” (Editora Fórum).



TRANSPARÊNCIA



— LIMITES DE
ATUAÇÃO DAS
ORGANIZAÇÕES **SOCIAIS**
DE SAÚDE NO **SUS**



FILANTRÓPICOS
SÉRIOS E BEM GERIDOS SÃO
O PADRÃO OURO DE EFICIÊNCIA
DE GESTÃO NO SUS

HELVÉCIO MIRANDA MAGALHÃES JUNIOR



A atual gestão do Ministério da Saúde não tem entre suas perspectivas empreender diretamente iniciativas no sentido de firmar parcerias com o terceiro setor. Não somos, via de regra, prestadores de serviços e nos cabe atuar apenas no campo da gestão, na esfera tripartite, na coordenação nacional do Sistema Único de Saúde (SUS). É o nosso papel.

Minha experiência pretérita, na prefeitura de Belo Horizonte e no governo de Minas Gerais, e atual, na Secretaria de Atenção Especializada à Saúde do Ministério da Saúde, mantendo diálogo permanente com gestores estaduais e municipais que têm sob sua guarda contratos de parceria com organizações sociais, corrobora essa escolha em boa parte das vezes, respeitados a decisão e os normativos legais locais. Faço sempre questão de sublinhar que não tenho dúvidas quanto à macro eficiência do SUS. É indiscutível e é preciso ser dito, até por uma questão de autoestima de milhões de trabalhadores e milhares de gestores. Porque é de entusiasmar ver um sistema que faz tudo o que fazemos dispendo de menos de R\$ 2 mil por habitante/ano—ou seja, R\$ 5,40 por dia. Comprovo isso diariamente, em qualquer lugar do país por onde passo. Portanto, a constatação do desfinanciamento do SUS e a luta permanente por mais recursos para a garantia plena dos seus princípios constitucionais se impõem como realidade.

No entanto, do outro lado, temos claros problemas em relação à micro eficiência, que leva a desperdícios, a jogar fora dinheiro que já é escasso para tantas necessidades. Temos que ter coragem para enfrentar isso: falhas nos processos de atenção que resultam em muita ineficiência.

Uma das dificuldades é que o maior ordenador de despesas do nosso sistema de saúde é a caneta do médico, que é o maior regulador do SUS. Isso é de enorme gravidade, porque, se for para pedir o que quiser, para encaminhar de qualquer jeito para qualquer especialista, engrossando ainda mais as filas de pacientes para exames, consultas e procedimentos eletivos, isso transforma-se em problema de todos. Assim sendo, jamais teremos orçamento suficiente, seguindo o péssimo exemplo do sistema americano de saúde.

Regular esta questão está longe de ser tarefa fácil, tanto para o setor público, quanto para o privado, em que a situação é até pior: parte da atual insustentabilidade da saúde suplementar brasileira está na inexistência de qualquer regulação do ato médico. É um desafio dramático também na Europa, com seus arranjos nacionais, e no sistema americano, com seus US\$ 11 mil por habitante/ano. Não existe mágica. É fácil falar, difícil fazer.

Chamo atenção para este aspecto porque esta situação acaba por também transportar um gravíssimo dilema para dentro dos contratos de gestão, que abrangem produtividade, metas, resultados, indicadores—enfim, envolvem prestar serviços de saúde com mais eficiência quando lidamos com o terceiro setor, com uma entidade filantrópica ou com uma organização social.

Daí surge a questão: por que fazer parcerias com o setor privado, se dispomos de todas as ferramentas para atuar no âmbito estrito do Estado? Estou convencido, pela experiência de todos estes anos, que para gerir a mais complexa organização do mundo, chamada hospital, a inflexibilidade da legislação brasileira joga contra a eficiência do mundo estatal da administração direta.

Gerir a prestação de serviços de saúde exige ferramentas que a legislação brasileira nos sonega, goste ou não o Tribunal de Contas da União (TCU) ou o Ministério Público. Isso não significa, por óbvio, defender que não tenhamos regras. Administrar esse monstro do ponto de vista estatal revela-se impossível, com dificuldades de toda ordem: para compras, manutenção de estoques ou gestão de pessoal, que respondem por mais de 70% dos custos. Não dispomos de várias ferramentas que o setor privado tem, mas o Estado, na sua operação direta, não.

Neste cenário, também estou convencido de que não existe nada mais eficiente na gestão de um hospital, de um centro de especialidades ou de uma UPA do que uma instituição filantrópica séria, bem gerida e subordinada a um contrato bem-feito com o seu gestor e 100% regulado por esta gestão. Não há organização social ou fundação estatal que consiga operar com melhor custo. Isso

não significa, porém, que não tenhamos outras possibilidades ainda superiores à administração direta, a exemplo das fundações estatais de direito privado, dos serviços sociais autônomos e das empresas públicas.

Nem estou, com isso, demonizando as parcerias com as organizações sociais. Fazem parte do regramento constitucional e legal do SUS e já contam com bons anos de experiência. Parte dos problemas apontados em diversos relatórios e análises resolvem-se com boa qualificação e boa vigilância por meio de controles internos e externos, ou seja, seguindo o que já estabelece o regramento brasileiro. Entretanto, avalio que é imperativo atuar de forma tripartite ou até quadripartite, incluindo o TCU, para detalhar melhor o que se espera de um bom termo de parceria com o terceiro setor, a fim de darmos mais segurança aos gestores, seja de estados ou municípios, para fazer seus chamamentos.

Ao longo do tempo, fui me especializando em estudar e tornei-me um defensor do setor filantrópico, não apenas pela sua importantíssima presença na prestação de serviços ao SUS, mas pelas suas peculiaridades. Bom lembrar que isso não é nenhuma novidade para o SUS, que desde seu nascimento tem os filantrópicos previstos na sua rede de serviços.

E, no mundo filantrópico, muito se pode avançar com articulação em rede, responsabilidades claras com as demandas regionais, avanços na tipologia 100% SUS e ampliação como grande campo de formação de recursos humanos. Logo, considero que, até por razões constitucionais, temos que priorizá-lo, ainda que mantendo abertura para, onde não dispomos dessa alternativa, termos espaço e oportunidade para fazer bons contratos com organizações sociais.

Conheço muitos exemplos ruins de parcerias com organizações sociais de saúde (OSS). Mas vou citar um bom: o Hospital Israelita Albert Einstein tem um contrato para gerir o Hospital de Aparecida de Goiânia que é excelente, muito bem-feito e bem trabalhado, operacionalizável e com resultados extraordinários. Isso nos mostra que as OSS são parte da solução, mas antes temos sempre que saber responder à pergunta acerca de qual é a melhor alternativa para o gestor

público na sua situação e por quê. E, ao fim e ao cabo, o que vai melhor atender às demandas de sua população usuária e com qual economicidade.

Um dos maiores desafios continua ser separar o joio do trigo. Neste particular, não temos nenhum problema com as 21 instituições que estão associadas ao Ibross (Instituto Brasileiro das Organizações Sociais de Saúde), entidade séria e respeitável. Pondo o dedo na ferida, nossa real dor de cabeça está nas que não são sócias. Em boa proporção, os processos de qualificação e de vigilância resolvem essa questão. Problema de polícia, de justiça, é outra coisa...

Sintetizo, para finalizar, aqueles que considero os dois principais desafios para avançarmos na melhoria da gestão do sistema. O primeiro diz respeito ao “para dentro” do equipamento de saúde, seja um hospital, uma UPA, um centro de especialidades ou de reabilitação. A matriz que orienta um contrato ou um termo precisa ter mais clareza, não ter armadilhas e dar mais facilidade ao gestor para administrar, a partir de resultados, desempenho, metas, indicadores, com acompanhamento longitudinal, cotidiano, e não avaliado a posteriori. Um bom regramento facilita muito a operação.

Ainda nesta dimensão, é necessário admitir que continuamos com enormes dificuldades de gestão. Vale para unidades próprias do Estado, para filantrópicos, para o setor privado lucrativo e para as OSS. Ainda é preciso investir muito na capacitação dos nossos gestores, seja técnica ou regulatória—algo que tenho chamado de “regulação de segunda geração”, com regulação clínica inteligente, que olha mais o usuário do que o controle, embora não o deixe fora, inclusive com ferramental tecnológico, como o que estamos aplicando na nova Política Nacional de Atenção Especializada, a primeira em 35 anos de história do SUS.

Olhar o contrato por dentro é absolutamente necessário, mas há outro dilema: o da subordinação da unidade gerida pela OSS a um papel mais bem definido dentro da rede de atenção à saúde. Tenho ouvido de muitos gestores que é mais difícil dar esse tom para o parceiro privado do que lidar com um filantrópico ou uma unidade própria do Estado em relação a isso. Infelizmente, há falhas

contratuais, mas também problemas nossos de gestão que resultam nestas dificuldades. Nada que não possa ser superado para que as experiências exitosas de todas as modalidades sejam difundidas e ajudem o SUS a crescer e a se qualificar ainda mais.

HELVÉCIO MIRANDA MAGALHÃES JUNIOR

é Secretário de Atenção Especializada à Saúde do Ministério da Saúde. Médico, especialista em Clínica Médica e Epidemiologia e doutor em Saúde Coletiva, foi secretário de Saúde e de Planejamento, Orçamento e Informação de Belo Horizonte e de Planejamento e Gestão de Minas Gerais. Presidiu o Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (Conasems).

É PRECISO HOMOGENEIZAR AS REGRAS DAS OSS

BEATRIZ BATTISTELLA NADAS



O sistema municipal de saúde de Curitiba atende, em média, 54 mil pacientes por dia, numa população próxima a 2 milhões de pessoas. Sabemos quem são, sua data de nascimento, onde moram, onde foram atendidas e por quem, que doenças tinham e o que precisavam, qual encaminhamento dado e o que faltou. Fazer frente à prestação deste complexo sistema de saúde é a nossa responsabilidade. A administração municipal tem como missão fazer Curitiba ser, até 2032, uma cidade com população saudável e feliz onde o SUS (Sistema Único de Saúde) seja reconhecido por sua excelência, tornando-se referência nacional e internacional. Vêm daí os desafios que vivenciamos. A população vive mais, o que é muito bom, mas, infelizmente, ainda com grandes agravos e dificuldades para ter condições de vida mais adequadas, saudáveis e autônomas.

Nossa maior reclamação em relação aos atendimentos hoje não é técnica. É o tempo de espera. E este tem sido o critério para irmos em busca de mais eficiência, a fim de diminuir os prazos naquilo que é preciso e é possível ser reduzido. E onde trabalhamos isso? Na equidade. Isto é, colocando quem mais precisa na frente da fila, para que o tempo de espera delas seja o menor possível. Quem pode esperar mais, vai esperar. Nosso sistema de saúde tem como diretrizes ser universal, equânime, integral, regionalizado e submetido a controle social, tendo por base, principalmente, o que estabelecem a Constituição Federal, a lei nº 8.080/1990, a lei nº 8.142/1990 e o decreto nº 7.508/2012 para a área da saúde. Temos quase 400 contratos de prestação de serviços assistenciais no município.

É comum os órgãos de controle nos colocarem muito pressionados em relação aos limites legais. Essa interferência, obrigando ações que não estavam previstas, em prazos que às vezes são quase inexequíveis, gera enormes dificuldades de gestão. Para piorar, temos diferenças locais e regionais muito importantes na questão da interpretação das leis, seja pelo Judiciário, seja pelos órgãos de controle nacionais, regionais ou locais. Dou um exemplo.

Quando, em 2017, decidimos implantar uma UPA por meio de uma organização social em Curitiba, o mundo veio abaixo. Porque apareceram críticos de todos os

lados suscitando o medo de que o serviço de saúde no município seria privatizado e precarizado. Mas já imaginávamos que seria assim e, previamente, havíamos preparado um bem estudado roteiro com todas as recomendações do Tribunal de Contas da União (TCU) acerca do que a legislação previa. Assim, mesmo em meio a ações judiciais, ações civis públicas, Ministério Público, sindicatos, conseguimos superar aquele impasse.

Esta situação nos levou a atrasar em mais de um ano a abertura da UPA na nossa cidade—e só abrimos devido a uma medida liminar concedida pelo Tribunal Superior do Trabalho. Enquanto isso, a população teve que aguardar. Agora, por que na Bahia, no Rio ou em Goiás pode e nós não podíamos? Isso me levou a concluir que é preciso haver alguma organização, um entendimento, uma pacificação a respeito das regras que disciplinam as organizações sociais de saúde no país.

Até compreendo que pessoas tenham entendimentos distintos de como as coisas devem transcorrer. Mas cabe ao gestor, ao definir um objetivo, a responsabilidade de criar o caminho para fazê-lo acontecer dentro dos limites da legislação, sempre com muita segurança. Não podemos inventar moda.

Temos na nossa cidade a orientação de fazer uso de todos os instrumentos legais disponíveis na gestão da saúde. Temos contratos administrativos, contratos herdados do antigo Inamps, mas infelizmente não temos mais contratos com organizações sociais, que não foram renovados por uma questão técnica. Ninguém mais presta serviço ao SUS em Curitiba sem contrato. Temos uma fundação estatal de direito privado, criada em 2011 por lei municipal, que hoje é nosso braço forte na gestão do nosso sistema de saúde e de tudo aquilo que somos responsáveis por executar. Em 2022, nosso orçamento foi de R\$ 2,5 bilhões, o que dá uns R\$ 1.440 por habitante/ano. Saúde responde por 21% dos gastos totais do município, o que não é tão alto comparado a outras prefeituras. Cerca de 55% desse dinheiro vem do Tesouro municipal. Isso nos obriga a ter uma gestão cada vez mais eficiente dos recursos públicos, mantendo todas as contas, os pagamentos e os salários rigorosamente em dia—o que não era a realidade quando assumimos, em 2017.

A rede de serviços públicos de saúde de Curitiba é composta por 308 serviços, nos quais trabalham 38 mil pessoas, com bastante ênfase na atenção primária. O município definiu essa prioridade bem antes de termos o SUS: já em 1979 tínhamos unidades básicas de saúde—de forma incipiente, é verdade, mas tínhamos.

Em 1997, começamos nossa experiência com organizações sociais, mas não na área da saúde, porque não conseguimos viabilizar isso na época, dado ainda ser um instrumento muito novo. Mas entramos em duas áreas importantes: cultura e tecnologia da informação. E aí está um dos segredos do sucesso da estrutura do SUS em Curitiba e que nos permitiu ter um sistema informatizado com prontuário eletrônico online desde 1999.

O sistema evoluiu muito com base em inovação e passou a contar com um abrangente sistema informatizado que nos permite fazer a quantificação de metas e dos parâmetros de qualidade. Uma das grandes potências dentro do nosso sistema é o nosso aplicativo, o Saúde Já, lançado em 2017 e hoje com muitas funcionalidades e mais de 2,3 milhões de pessoas cadastradas.

Temos uma central de saúde que completou, desde março de 2020, quando estabelecemos o serviço na pandemia, 883 mil atendimentos por teleatendimento e videoconsulta. É o que chamamos de conceito Saúde 4.1, que visa facilitar a vida dos cidadãos e resolver seus problemas por meio da tecnologia, tendo em conta que ela não é panaceia para tudo.

Quando decidimos contratar organizações sociais para prestar serviços de saúde em Curitiba, fizemos um grande estudo prévio para conhecer a legislação, as vantagens e tudo mais que podíamos juntar. Fizemos audiência pública com a população e o Ministério Público, discutimos no Conselho Municipal de Saúde a adoção do mecanismo de contrato de gestão.

Na qualificação, criamos critérios específicos e muito bem definidos para o gerenciamento da UPA da Cidade Industrial de Curitiba, já apontando qual seria a prestação de serviço necessária para aquele processo. Estabelecemos no edital que a governança seria nossa e a gerência seria da organização social.

Todos os protocolos assistenciais e toda a padronização de medicamentos, de exames e de fluxos assistenciais ficaram absolutamente dentro do que prevíamos. Fizemos um monitoramento e uma fiscalização obsessivos, em razão de sermos alvo de bastante vigilância pelos que não queriam que adotássemos este mecanismo.

A organização social foi muito bem no seu desempenho assistencial, estabeleceu acreditação ONA para a UPA e, como consequência, os usuários manifestavam excelente satisfação a respeito dos serviços. No entanto, a entidade enfrentou dificuldades administrativas, que é onde precisamos evoluir, porque é necessário cumprir com rigor o contrato, a licitação e tudo mais exigido pelos princípios da administração pública.

Por questões estratégicas, optamos por encerrar o contrato com essa organização social, uma vez que a vantajosidade econômica mostrou-se maior por meio da nossa fundação estatal. Mas esta não é uma decisão eterna. Devemos estar sempre atentos para buscar a melhor relação possível, o tempo todo, em todo lugar.

Todos os que lidamos com a prestação de serviços de saúde conhecemos bem os desafios a superar: da cura para o cuidado, das novas e velhas doenças e, também, das questões ligadas à violência urbana. Temos que fazer acontecer num país que, muitas vezes, não foi tão profissional. Mas nossa responsabilidade é fazê-lo ir ao limite do limite do limite.

BEATRIZ BATTISTELLA NADAS

é secretária de Saúde de Curitiba. Graduada em Odontologia, e mestre em Gestão de Tecnologia e Inovação em Saúde. É presidente da Fundação Estatal de Atenção Especializada em Saúde de Curitiba.

DESEMPENHO DAS OSS SUPERA O DA ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA

LUIZ ARNALDO PEREIRA DA CUNHA JUNIOR



São vários os aspectos que podem constituir limites à atuação das organizações sociais de saúde (OSS). As diferenças abarcam desde questões relativas à área de operação até os procedimentos de prestação de contas, passado por níveis de governança e processos de seleção.

É certo, porém, que não existe um modelo único vigente no país, mas sim centenas deles. As matrizes principais são duas: o modelo federal e o oriundo da legislação adotada no estado de São Paulo. Na saúde, prevaleceu o modelo paulista. A principal diferença, mas não a única, repousa em haver ou não representante do poder público ou de entidades da sociedade civil nos conselhos de administração da organização social. Essa característica gera impacto significativo na governança das entidades privadas geridas por contratos de gestão.

O modelo paulista deu origem a um fenômeno que não estava previsto quando das discussões e da edição da medida provisória nº 1.591/1997 (convertida na lei nº 9.637/1998): as organizações sociais interfederativas. Pela legislação federal, é impossível implementá-las, mas o arcabouço legal adotado em São Paulo tornou seu surgimento viável, o que é algo interessante e merece ser analisado e estudado. É necessário, a princípio, dimensionarmos as organizações sociais de saúde em atividade hoje no país. Fonte adequada para isso é o Portal das OS, mantido na internet por um grupo de pessoas interessadas em reunir conhecimento e informações sobre o modelo de gestão pública por meio de organizações sociais.

Pois bem, em fins de 2023 tínhamos 342 organizações sociais, que gerenciavam 1.784 estruturas. Das 27 unidades da federação, 25 têm leis que disciplinam o tema. Entre os quase 5.570 municípios, apenas 257 possuem legislação própria sobre organizações sociais—possivelmente, esse número é maior, mas é mais difícil de ser coletado.

O estudo “Levantamento censitário de informações sobre os estabelecimentos geridos por Organizações Sociais de Saúde do Brasil”, publicado em 2022 pelo Centro de Desenvolvimento e Planejamento Regional (Cedeplar) da Faculdade de Ciências Econômicas da UFMG, joga um pouco mais de luz sobre a realidade do setor.

DADOS GERAIS SOBRE AS ORGANIZAÇÕES SOCIAIS NO BRASIL



FONTE: PORTAL DAS OS. Disponível em: www.portaldasos.com.br

Foram identificados 20 estados e o Distrito Federal com leis sobre organizações sociais e 1.874 equipamentos de saúde geridos por elas. Destes, 13,2% são hospitais, embora não seja possível identificar porte, grau de complexidade ou orçamento.

Para 1.646 estabelecimentos foi possível apontar as organizações sociais de saúde gestoras, que totalizam 158. Neste universo, cerca de 48% das OSS são responsáveis pela gestão de um único estabelecimento. Há, entretanto, uma concentração de estabelecimentos em um grupo menor de OSS: 27 (17%) são responsáveis pela gestão de oito ou mais estabelecimentos, totalizando 1.335 estabelecimentos (81%), conforme destaca o Cedeplar.

Tratando agora especificamente sobre os limites à atuação das organizações sociais, é preciso, antes de tudo, abordar o que diz o acórdão publicado pelo Supremo Tribunal Federal acerca da Ação Direta de Inconstitucionalidade nº 1.923/DF, porque ele estabelece claramente algumas das principais delimitações para o funcionamento de uma organização social. Cito:

“Sob tais coordenadas normativas, não enxergo inconstitucionalidade nesse mecanismo de parceria entre o Estado e os particulares. Conforme visto, a Magna Carta franqueia à iniciativa privada a prestação de vários serviços

de relevância pública e permite (até mesmo determina) que o poder público fomenta essas atividades, inclusive mediante transpasse de recursos públicos. E o fato é que todos os serviços enumerados no art. 1º da lei nº 9.637/1998 são do tipo 'não exclusivos do Estado', dando-se que as pessoas jurídicas de direito privado sem fins lucrativos, ali igualmente contempladas, são passíveis de qualificação como organizações sociais. Daí o chamado 'contrato de gestão' consistir, em linhas gerais, num convênio."

Este é, pois, o contexto relevante: é constitucional a implementação de políticas públicas não exclusivas de Estado, especialmente na saúde, por entidades filantrópicas por moto próprio ou em parceria com o Estado. Esta é uma questão assentada, referendada e, portanto, incontestável. Mas, na prática, o que isso significa? Aqui lanço mão do que sustenta um jovem jurista do Rio de Janeiro, o professor André Saddy, em recente publicação sobre o curso de Direito Administrativo: "O modelo de administração por organizações sociais não pode ser adotado para atividades típicas e exclusivas do poder público, tais como: (i) formulação ou supervisão de políticas públicas; (ii) estabelecimento de normas e regras para aplicação em órgãos ou entidades públicas ou privadas; (iii) gestão de fundo público; (iv) regulação de serviços; (v) atividades que impliquem em exercício do poder de polícia administrativo, inclusive, licenciamento/registro, autorização, fiscalização, aplicação de sanção ou auditoria de órgão ou entidades públicas ou privadas; (vi) atividades eminentes meio ou de suporte tais como: logística, suprimentos, fornecimento de mão de obra; entre outras."¹

Com base nestas jurisprudências, também se firmou entendimento sobre o que as organizações sociais estão autorizadas a fazer. Aí entram: assistência à saúde, inclusive serviço de apoio diagnóstico terapêutico; laboratório de saúde pública; pesquisa científica e desenvolvimento tecnológico em saúde; produção de insumos estratégicos para saúde; informação, educação e comunicação em saúde; e apoio ou suporte a atividades típicas e exclusivas de Estado.

¹ Saddy, André. *Curso de direito administrativo brasileiro*. 2. ed. Rio de Janeiro: CEEJ, 2023, p. 870

Em todos estes casos, o limite será dado pela geração ou não de lucro. Se não gera lucro e a finalidade é apenas o Estado fomentar o Sistema Único de Saúde (SUS) ou promover benefícios para a sociedade, então a atividade pode ser exercida por uma organização social.

Não é porque é exclusiva de Estado que a atividade também não pode ter serviços complementares a cargo do terceiro setor. Em suma, o elemento central é o propósito de produzir ou não lucro.

O outro limite de atuação é interno. O recurso que vai para uma organização social é um fomento que, pela intenção original do legislador, deixaria de ser recurso público e passaria a ser privado. Toda a construção jurídica para a concretização da lei nº 9.637/1998 baseou-se neste entendimento. No entanto, o Supremo considerou diferente: assim como o bem, o recurso continua público. Quais foram as consequências disso?

Significou que as OSS não podem fazer o que querem, do jeito que querem. Estão subordinadas a um contrato de gestão e aos princípios públicos, isto é, para gastar os recursos os processos de seleção e contratação de pessoal ou de fornecedores devem ser conduzidos de forma pública, objetiva e impessoal, com observância dos princípios do caput do artigo 37 da Constituição: legalidade, impessoalidade, moralidade, publicidade e eficiência.

A estes, em acórdãos o Tribunal de Contas da União acrescentou o princípio da economicidade, nos termos de regulamento próprio editado por cada entidade. Ou seja, a contratação das organizações sociais não está submetida à lei geral de licitações e contratos públicos, mas deve observar os princípios constitucionais. Trata-se de um limite bastante significativo.

Outro limite, na prática, é fático e ocorre quando uma organização social não apresenta desempenho superior ao de entidade da administração pública direta ou indireta. Daí sua contratação fica discutível e insustentável. Entretanto, será sempre maior a possibilidade de essas entidades, com os instrumentos privados de gestão de que dispõem, alcançarem melhores resultados, dadas as limitações impostas pelas

regras públicas. Quando isso não acontece, possivelmente temos algum problema que merece ser melhor investigado.

A realidade é que diversos estudos, feitos em diferentes momentos e com diversas amostras de unidades hospitalares, atestam a diferença de resultados entre instituições públicas e privadas.² O primeiro deles foi feito pelo Banco Mundial sob encomenda da Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo, com a participação de especialistas da Fiocruz e da USP—que, frise-se, naquele momento, tinham restri-

ções ao modelo de organizações sociais, e isso é uma das partes interessantes deste processo, por ter forçado a reflexão destas pessoas.

Mesmo com metodologias diferentes, todos os estudos apontaram os mesmos resultados: o modelo de organização social tem desempenho superior ao de administração pública, conforme também consta do relatório do já citado levantamento censitário publicado pelo Cedeplar em 2022.

Os motivos apontados para esta superioridade variam. Alguns citam como explicação a existência dos contratos de gestão, que orientam para resultados. Outros sustentam que a regra pública é pior que a privada. A maioria dos estudos nasceu em São Paulo, onde, vejam que interessante, a maioria dos gestores dos equipamentos de organizações sociais foram ou ainda são diretores de equipamentos públicos. Eles conseguem melhor desempenho nas OSS porque as regras de gestão financeira, de fornecedores e de pessoal, por exemplo, são melhores, mais ágeis e flexíveis. Outro limite de atuação está em as entidades aptas à qualificação como organização social precisarem ter pré-existência e experiência prévia. Ou seja, o poder público só pode ter relação com entidades sólidas, antigas. Aí vem a discussão: por que não poderemos contratar também entidades novas, recém-criadas, para celebrar parcerias? De partida, é preciso não perder de vista que as realidades do país são muito distintas entre si. O estado de São Paulo, em especial os municípios do interior, é repleto de entidades centenárias, com décadas ou até séculos de reputação e história, com trajetórias completamente diferentes de outras partes do país. Isso não significa que não possam nascer propostas novas para administrar um posto de saúde ou uma UPA, por exemplo.

O decreto federal que regulamenta o processo de publicização federal sofreu alterações em fins de 2022 e deu luz a esta alternativa: a experiência prévia das entidades é um critério objetivo, mas pode ser substituído pela experiência do seu quadro de sócios, administradores (diretoria e conselho) e empregados.³

Um exemplo disso é o que aconteceu em Brasília, onde o Hospital da Criança, para tratamento de câncer, nasceu do zero, tornou-se um dos melhores do país nas mãos

COMPARAÇÃO DE INDICADORES DE DESEMPENHO HOSPITALAR

INDICADORES	MODELO DE OSS	ADMINISTRAÇÃO DIRETA	DIFERENÇA (%)
MÉDIA DE ALTAS POR LEITO HOSPITALAR ANO_2003	60 ALTAS	46 ALTAS	30,40
TEMPO MÉDIO DE PERMANÊNCIA POR LEITO_2003	3,3 DIAS	5,2 DIAS	-36,50
PORCENTAGEM DE CESARIANAS POR TOTAL DE PARTOS_2003	25,5%	77,1%	-66,90
HORAS DE TRABALHO MÉDICO CONTRATADAS SOBRE O TOTAL DE HORAS DE TRABALHO MÉDICO DE PESSOAL DE PLANTA_2003	3,6	5,1	-29,90
CUSTO MÉDIO POR PACIENTE INTERNADO_2003	R\$ 3.300,00	R\$ 3.600,00	-8,30
NÚMERO MÉDIO DE ENFERMEIRAS QUALIFICADAS POR LEITO_2006	0,33	0,28	17,90
NÚMERO MÉDIO DE FUNCIONÁRIOS POR LEITO_2006	4,28	4,48	-4,50
TAXA MÉDIA DE OCUPAÇÃO POR LEITO_2006	80,9%	72,1%	12,20
CUSTO MÉDIO DIÁRIO DE LEITO UTI_2006	R\$ 978,00	R\$ 1.197,00	-18,30
CUSTO MÉDIO DIÁRIO DE EXAME DE CADSCAN_2006	R\$ 133,00	R\$ 394,00	-66,20
CUSTO MÉDIO DIÁRIO DE CANCER DE MAMA_2006	R\$ 33,00	R\$ 44,00	-25,00

FONTE: LA FORGIA, G. AND COUTOLLENC, B., 2088, para os dados de 2003; E SES_2007, para os dados de 2006

² Andrade et al., Relatório Final, Levantamento censitário de informações sobre os estabelecimentos geridos por Organizações Sociais de Saúde do Brasil. Belo Horizonte: GEESC—CEDEPLAR/UFMG e IBROSS, 2022. p. 5.

³ Decreto federal nº 9.190/2017, Art. 11, Inc. III. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2017/decreto/D9190.htm.

de pessoas experientes, interessadas, dispostas e bem-intencionadas que, com o conhecimento que tinham daquela realidade, se organizaram, constituíram uma organização social, foram qualificadas e passaram a gerir aquele equipamento a partir de um contrato de gestão.

Dou outro exemplo, agora hipotético. Digamos que os membros de uma OSS se desentendam e um pedaço da diretoria, do conselho, dos associados e dos empregados se divida. A pergunta é: mesmo que não seja uma cisão formal, se estas pessoas criarem uma nova entidade não teriam capacidade de gerir um novo equipamento? É difícil que não consigam. Afinal, se já geriram outro com qualidade, também poderiam gerir um novo.

Outro aspecto que merece destaque é o papel de bons profissionais que, oriundos do setor público, passam a gerir uma entidade privada ou a participar como representantes do poder público em conselhos de administração. Não lhes cabe apenas fiscalizar, mas, sim, promover uma cogestão que alinhe as políticas públicas com a proposta que está sendo implementada pela organização social.

Um dos limites de atuação, obviamente, vai ser dado pelas políticas públicas que a lei de cada estado estipular que podem ser adotadas por meio do modelo de OSS. No entanto, há um julgado de um tribunal de justiça mais antigo, de 2009, fixando entendimento que ente subnacional só pode adotar o limite de atividade previsto na lei federal, o que é insano. Por quê?

Porque, quando foi desenhada, a lei federal só abarcava cinco atividades não exclusivas de Estado em que o governo federal tinha execução direta: saúde, cultura, educação, meio ambiente, pesquisa científica e tecnológica. O governo federal não executava diretamente assistência social, esportes ou outras políticas não exclusivas de Estado. Tanto que a lei de Oscip (Organização da Sociedade Civil de Interesse Público), que veio na sequência, ampliou significativamente esse rol.

Por último, quero abordar a situação e os limites que pairam sobre a atuação das OSS em municípios de pequeno porte. Mesmo que, em tese, cada prefeitura possa ter seu próprio arcabouço, o mais adequado é contratualizar a prestação dos ser-

viços dentro de um plano de rede de assistência à saúde de cada região ou estado, podendo, inclusive, adotar o modelo de governança federal.

Todos os municípios, isoladamente ou em consórcios, podem contratualizar serviços de saúde no modelo de organização social dentro do Plano da Rede de Assistência à Saúde—em especial, equipamentos ou atividades de menor complexidade. E atenção: adotar um modelo de organização social não é simplesmente aprovar uma lei ou ter uma boa minuta de contrato de gestão! Requer a existência de equipe, conhecimento, monitoramento e avaliação. É necessário saber negociar o contrato de gestão, entender e saber analisar um estatuto. Em suma, tem que estar muito bem preparado para usar esse importante instrumento.

Os limites de atuação das organizações sociais têm que ser discutidos e a tramitação do projeto de lei nº 10.720/2018, ora na Câmara dos Deputados, constitui-se em boa oportunidade para pacificar vários desses entendimentos. Da mesma forma como o TCU também tem feito, por meio de acórdãos recentes, distanciando-se significativamente dos tribunais de contas dos estados e dos municípios na compreensão do modelo da saúde e da gestão pública.

LUIZ ARNALDO PEREIRA DA CUNHA JUNIOR

é sócio-administrador da Neopublica Soluções Inovadoras em Gestão. Graduado em Administração, possui MBA pela Fundação Dom Cabral. Atuou no Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado, como diretor de Organizações Sociais, tendo sido um dos coautores da MP nº 1.591/1997, que deu origem à lei nº 9.637/1998. Foi diretor-adjunto da Agência Nacional de Vigilância Sanitária, diretor da Agência Nacional de Saúde Suplementar, subsecretário de Gestão do Estado de Minas Gerais e diretor-presidente da Prodam (Empresa de Tecnologia da Informação e Comunicação do Município de São Paulo).

**BONS CONTRATOS DE
GESTÃO DEFINEM
SUCESSO DE OSS**

VIRGÍNIA ANGÉLICA SILVEIRA REIS



Os contratos de gestão são um dos principais divisores de água quando se discutem os limites de atuação das organizações sociais no Sistema Único de Saúde (SUS). É imperativo que seus objetos sejam claros, transparentes e bem delimitados para que as relações e as parcerias entre os entes contratantes sejam de fato profícuas. Caso contrário, torna-se bem mais difícil obter os resultados almejados. Nós, que lidamos há muito tempo com esse modelo de contratualização, conhecemos muito bem as boas entregas que as organizações sociais de saúde (OSS) têm feito à população. Também temos, cada vez mais, plena compreensão de que, quando a relação é bem regulada e bem acompanhada, não é difícil constatar como isso se transforma em valor em saúde gerado para os pacientes. As parcerias entre, de um lado, contratantes do poder público e, de outro, entidades de saúde privadas baseiam-se em premissas importantes, sempre começando por um bem estruturado contrato de gestão. A regulação e o monitoramento feitos pelos órgãos de controle também são requisitos indispensáveis para o sucesso da empreitada.

Para que as organizações sociais entreguem à população a melhor e mais adequada assistência pactuada nos contratos, é preciso, ainda, construirmos relações saudáveis entre as partes, sempre entendidas de forma ética e transparente. Boas parcerias e bons instrumentos contratuais colaboram para fortalecer o relacionamento.

Uma mudança no arcabouço legal que rege o setor que tenho debatido muito com instituições que lidam com as OSS é a necessidade de monitorar os contratos cotidianamente, no dia a dia. Porque olhar para trás apenas depois de decorridos longos períodos, seja um mês ou um trimestre, torna o processo de avaliação muito mais complicado, tanto para as entidades contratadas quanto para o próprio Estado, e menos eficaz.

Um monitoramento feito desta maneira, ou seja, mais amíúde, também equivale a dar maior transparência às relações reguladas pelos contratos de gestão, algo que, com absoluta certeza, colabora para a conquista de melhores resultados.

Também é sempre muito importante que as partes envolvidas estudem previamente a viabilidade de cada parceria, com maturidade para saber, de antemão e com franco realismo, as chances de ela ser exitosa—o que, afinal, é o objetivo desse modelo de contratualização. Os contratos devem induzir e conduzir ao que melhor servir e atender às necessidades da população, cumprindo todos os regramentos com rigor.

Ainda temos um problema sério em nosso país em relação ao alinhamento das leis. É uma dor de cabeça com a qual os departamentos jurídicos de todas as organizações sociais lidam de maneira quase permanente: são as regras de compliance, o que pode e o que não pode ser feito, o que se faz e o que não se faz. Falta maior clareza e uniformidade.

Nesse sentido, continua sendo um desafio obter entendimento mais homogêneo acerca da nossa legislação, a fim de que nós, como entidades privadas contratadas, saibamos com mais nitidez os limites—jurídicos, legais, fiscais, regulatórios—da nossa atuação como organização social.

Dentro do processo de elaboração dos contratos de gestão, também merece maior cuidado e atenção o desenvolvimento de indicadores de desempenho. Indicadores maduros, que meçam exatamente uma entrega de valor em saúde para a população, são fundamentais para que se produzam os melhores resultados para quem de fato importa: as pessoas.

Este, contudo, não é um problema específico das organizações sociais, mas do sistema de saúde em geral, tanto no Brasil, quanto no resto do mundo. É urgente amadurecer as métricas, criar parâmetros consensuados, padronizados e comparáveis. Porque só assim eles fornecerão o que deles esperamos: uma mensuração adequada e precisa do serviço que está sendo prestado à população, permitindo ajustes, correções e melhorias. Cabe aprofundar, buscar soluções e mostrar a viabilidade das entregas com base em evidências.

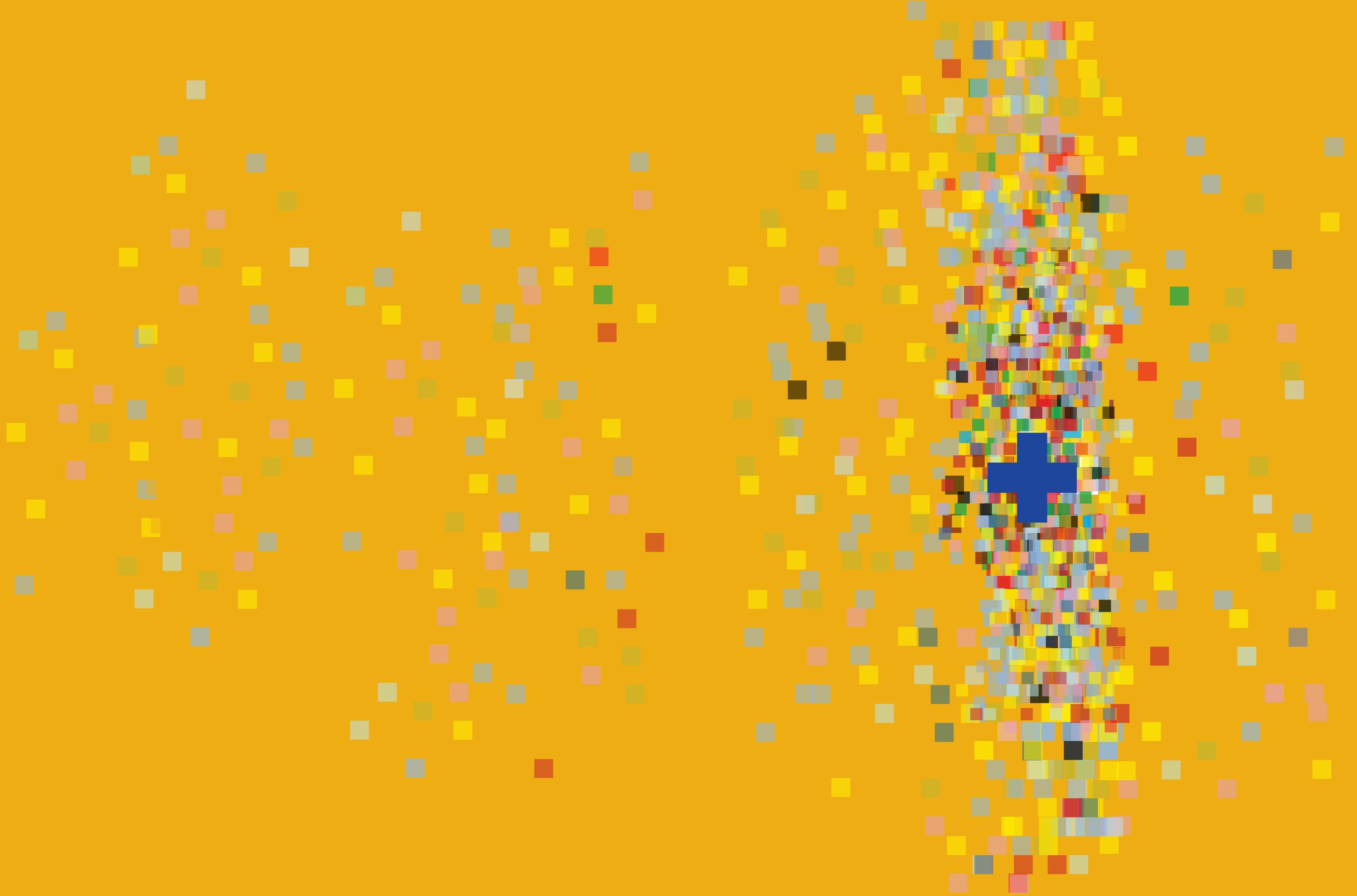
A adequada parametrização de custos é outra das partes essenciais dos contratos de gestão. No entanto, considero que ainda precisamos realmente avançar

muito mais em relação à precificação dos procedimentos. Isso é fundamental para medir tanto a viabilidade das parcerias, quanto o desempenho dos parceiros. Logo, é essencial para a sustentabilidade dos contratos e, portanto, do próprio modelo de organizações sociais de saúde.

Por fim, cabe abordar a preocupação em relação à transição entre organizações sociais quando há mudança no prestador de um contrato de gestão. É um momento sempre muito delicado e que põe em risco a continuidade dos serviços. Precisamos aperfeiçoar este processo, considerando os limites de atuação das organizações sociais, os contratos que já existem, o conhecimento que essas entidades já acumularam com protocolos, certificações, bancos de dados e tecnologias. O objetivo deve ser mitigar riscos de descontinuidade.

VIRGÍNIA ANGÉLICA SILVEIRA REIS

é diretora presidente do Instituto de Saúde e Gestão Hospitalar (ISGH). É graduada em Medicina e mestre em Medicina Clínica, com pós-graduação em Qualidade em Ambientes Hospitalares.



O Instituto Brasileiro das Organizações Sociais de Saúde (Ibross) é a entidade nacional representativa das organizações sociais de saúde (OSS), instituições filantrópicas do terceiro setor, sem fins lucrativos, responsáveis pelo gerenciamento de serviços de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS) em todo o país, em parceria com secretarias municipais e estaduais de saúde.

Desde sua criação, em 2015, o Ibross tem como objetivo disseminar o modelo de gestão de equipamentos de saúde—como hospitais, ambulatórios, postos de saúde, unidades de pronto-atendimento, clínicas de especialidades e serviços de atendimento móvel de urgência—executado por meio de parcerias firmadas entre as organizações sociais e o poder público.

O Ibross busca colaborar no fortalecimento do SUS e na melhoria do atendimento oferecido à população brasileira, além de zelar para que o modelo de gestão por OSS seja não apenas adequadamente difundido, mas também entendido como fio condutor de práticas gerenciais modernas e que elevam a qualidade da saúde prestada no país.

Ao longo destes quase dez anos, a atuação do Ibross tem sido pautada pela contribuição ao aperfeiçoamento do modelo de organizações sociais, especialmente no que se refere à adequada qualificação e escolha das OSS parceiras e ao acompanhamento dos contratos de gestão dos diferentes serviços por parte do poder público, em prol da ética e da transparência.

Também por intermédio do Ibross, foram criadas duas premiações nacionais (Prêmio Melhores Hospitais do SUS e Prêmio CriAção SUS) que têm como finalidade reconhecer instituições que se destacam pela excelência dos serviços prestados à população e iniciativas implantadas nos serviços

de saúde que proporcionem mais qualidade, segurança e eficácia no atendimento aos pacientes da rede pública.

O instituto tem realizado, ainda, importante trabalho de aproximação e relacionamento com as instituições que representam os gestores do SUS —Conasems (Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde) e Conass (Conselho Nacional de Secretários de Saúde)—assim como com organismos como a OPAS/OMS (Organização Panamericana de Saúde) e o Instituto Ética Saúde, além de órgãos de controle, em especial o TCU (Tribunal de Contas da União). Nesse sentido, o propósito do Ibross tem sido compartilhar informações e experiências sobre o modelo de OSS e, ao mesmo tempo, promover debates de alto nível para o seu aprimoramento, sempre em benefício dos usuários da rede pública.

Em 2023, a lei federal que disciplina a atuação das organizações sociais de saúde no país completou 25 anos de vigência. É um período curto para uma experiência relativamente nova no ordenamento burocrático e normativo brasileiro. Mas é tempo suficiente para demonstrar a importância crescente dessa alternativa para a ampliação do acesso da população a serviços de saúde de melhor qualidade. As OSS têm trajetória exitosa, ora distribuída pela maior parte das unidades da federação—hoje, 25 delas têm leis que regulamentam o tema.

O modelo de OSS se consolidou ao longo desse período como alternativa de gestão de serviços de saúde que propicia maior eficiência ao poder público, uma vez que as organizações sociais possuem mais agilidade para a contratação de pessoal, insumos e serviços. Isto resulta em assistência muito mais eficaz e resolutiva para a população.

Por meio de contratos de gestão com os governos, as instituições contratadas têm metas quantitativas e qualitativas a cumprir, e trabalham em conformidade com as diretrizes estabelecidas pelos gestores públicos diante das diferentes necessidades de saúde loco-regionais, e sempre com foco em resultados.

Hoje, muitas dessas organizações acumulam certificações de qualidade pelos excelentes serviços prestados, como selos concedidos por entidades como a ONA (Organização Nacional de Acreditação) e instituições internacionais, como a Accreditation Canada.

Atualmente, o Ibross reúne 21 entidades associadas, que atuam em Bahia, Ceará, Distrito Federal, Espírito Santo, Goiás, Minas Gerais, Pernambuco, Rio de Janeiro e São Paulo. Juntas, gerenciam mais de 800 unidades de saúde e empregam cerca de 95 mil pessoas. As unidades contam com mais de 15 mil leitos e realizam, a cada ano, cerca de 700 mil internações e mais de 750 mil cirurgias. Também são responsáveis por mais de 40 milhões de consultas, quase 50 milhões de exames e chegam a registrar aproximadamente 10 milhões de atendimentos de urgência e emergência.

Promover saúde de qualidade é uma missão da cidadania. O Ibross se coloca, junto com suas associadas e seus parceiros, na linha de frente dos esforços para alcançar melhores resultados em termos de assistência, com a firme convicção de que o modelo de parcerias entre contratantes públicos e entidades privadas de prestação de serviços de saúde baseadas em metas fixadas em contratos de gestão é um caminho virtuoso, e sem volta, para a maior e melhor promoção de bem-estar e qualidade de vida dos brasileiros.



IBROSS 2021_2023

FLAVIO CLEMENTE DEULEFEU

Presidente

ISGH | INSTITUTO DE SAÚDE E GESTÃO HOSPITALAR | CE

ANA PAULA NEVES MARQUES DE PINHO

Vice-presidente

ISHAOC | INSTITUTO SOCIAL HOSPITAL ALEMÃO OSWALDO CRUZ | SP

IRMÃ ROSANE GHEDIN

Diretora

SANTA MARCELINA SAÚDE | SP

FILIFE COSTA LEANDRO BITU

Diretor

SOCIEDADE PERNAMBUCANA DE COMBATE AO CÂNCER | PE

SERGIO DAHER

Diretor

AGIR | ASSOCIAÇÃO DE GESTÃO, INOVAÇÃO E RESULTADOS EM SAÚDE | GO

HELTON ZUCCON

Núcleo de Comunicação

SPDM | ASSOCIAÇÃO PAULISTA PARA O DESENVOLVIMENTO DA MEDICINA | SP

FICHA EDITORIAL

PROJETO EDITORIAL

ACE Com — Análise, Conteúdo e Estratégia

COORDENAÇÃO | ORGANIZAÇÃO | EDIÇÃO FINAL
André Lacerda

PROJETO GRÁFICO

Vicente Gil Design

EDIÇÃO DE ARTE | PRODUÇÃO GRÁFICA | ARTE FINAL
Nasha Gil

FOTOGRAFIA

Divulgação TCU

TRATAMENTO DE IMAGENS

Vicente Gil

REVISÃO DE TEXTO

André Lacerda

IMPRESSÃO

Leograf Gráfica e Editora Ltda

FICHA TÉCNICA

TIPOLOGIA

DTL Prokyon | Erhard Kaiser | Publisher Dutch Type Library | 2000
Absara | Designer Xavier Dupré | Publisher FontFont | 2005

CAPA

FORMATO ABERTO | 820 x 280 mm

FORMATO FECHADO | 210 x 280 mm

PAPEL | Supremo 300 g/m²

IMPRESSÃO

4 x 4 cores

ACABAMENTO

Laminação Fosca | Lombada Quadrada

MIOLO

FORMATO ABERTO | 420 x 280 mm

FORMATO FECHADO | 210 x 280 mm

NÚMERO DE PÁGINAS | 224 páginas

PAPEL | Couché Fosco 150 g/m²

IMPRESSÃO

4 x 4 cores

ACABAMENTO | Verniz Base Água Fosco

TIRAGEM | 1000 Exemplares

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
(Câmara Brasileira do Livro, SP, Brasil)

Chamamento Público e Qualificação das OSS para o Fortalecimento do SUS. —Brasília, DF: Instituto Brasileiro das Organizações Sociais de Saúde—IBROSS, 2024.

Vários Colaboradores.
Bibliografia.
ISBN 978-65-983387-0-1

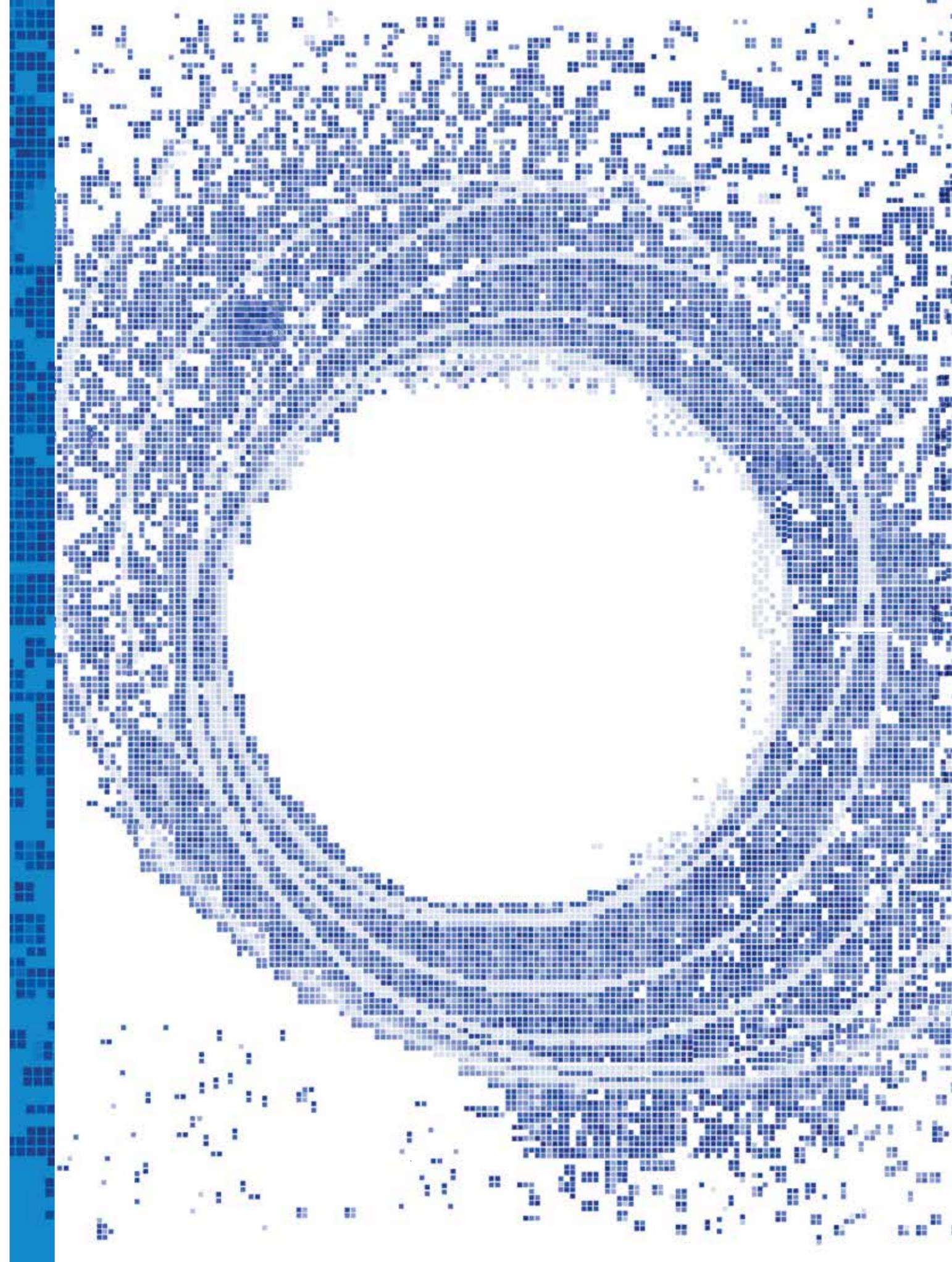
1. Administração Pública—Brasil
2. Gestão de Saúde
3. Saúde Pública—Administração
4. Serviços de Saúde—Administração—Brasil
5. Sistema Único de Saúde (Brasil).

24-205411

CDD-362.10981

Índices para Catálogo Sistemático:

1. Sistema Único de Saúde: Brasil: Bem-estar Social 362.10981
Aline Grazielle Benitez—Bibliotecária—CRB-1/3129



Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
(Câmara Brasileira do Livro, SP, Brasil)

Chamamento Público e Qualificação das OSS para o Fortalecimento do SUS. — Brasília, DF: Instituto Brasileiro das Organizações Sociais de Saúde—IBROSS, 2024.

Vários Colaboradores.
Bibliografia.
ISBN 978-65-983387-0-1

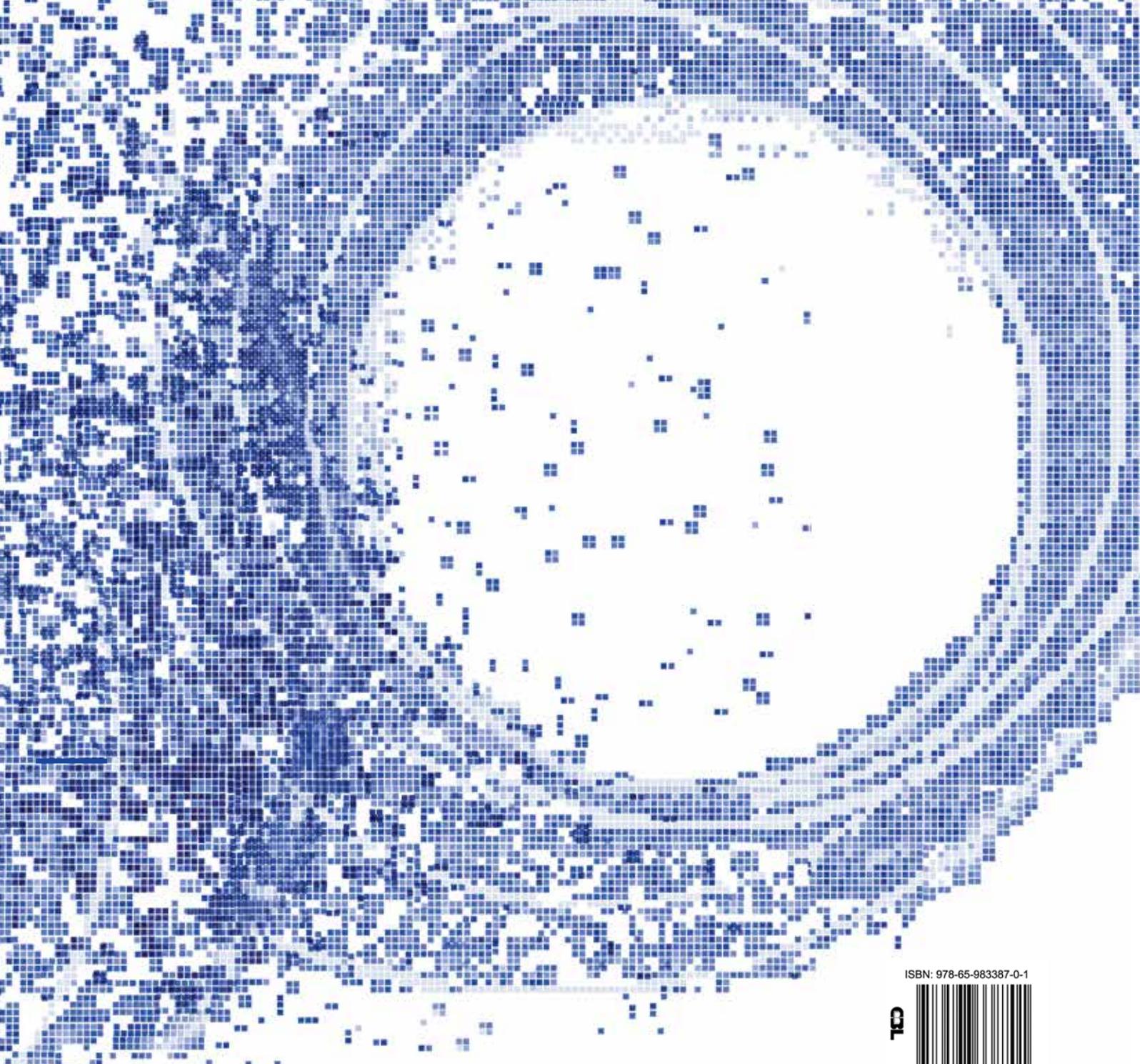
1. Administração Pública—Brasil
2. Gestão de Saúde
3. Saúde Pública—Administração
4. Serviços de Saúde—Administração—Brasil
5. Sistema Único de Saúde (Brasil).

24-205411

CDD-362.10981

Índices para Catálogo Sistemático:

1. Sistema Único de Saúde: Brasil: Bem-estar Social 362.10981
Aline Grazielle Benitez—Bibliotecária—CRB-1/3129



ISBN: 978-65-983387-0-1



REALIZAÇÃO



TRIBUNAL DE CONTAS DA UNIÃO



Instituto
Rui Barbosa
A Casa do Conhecimento dos Tribunais de Contas



CONASS
Conselho Nacional de Secretários de Saúde



IBROSS

APOIO



MINISTÉRIO DA
SAÚDE

