

A EXPERIÊNCIA DA SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE SÃO PAULO

Márcio Cidade Gomes

O Governo do Estado de São Paulo regulamentou, por meio da Lei Complementar n. 846 de 1998, a parceria do Estado com entidades filantrópicas, estipulando em relação a elas, dentre outras exigências, que tivessem, no mínimo, cinco anos de experiência na administração de serviços próprios de saúde, reconhecida qualidade e compromisso firmado com a população atendida.

As entidades interessadas que cumpriam os pré-requisitos estipulados foram qualificadas como Organizações Sociais de Saúde e conquistaram o direito a serem habilitadas para firmar Contrato de Gestão com a Secretaria de Estado da Saúde, visando ao gerenciamento e à operação de hospitais e outros equipamentos públicos de saúde, mediante convocações públicas.

A referida Lei Complementar, que dispõe sobre a qualificação de instituições como Organizações Sociais de Saúde, determina ainda: a obrigatoriedade de atender exclusivamente pacientes SUS; a criação de Contrato de Gestão como instrumento que permita ao poder público definir os objetivos de assistência à saúde a serem desenvolvidos pelos hospitais, bem como as metas a serem alcançadas em determinado período de tempo; a forma de financiamento das atividades realizadas.

A avaliação dos resultados obtidos nos Contratos de Gestão estabelecidos é feita pela Comissão de Avaliação da Execução dos Contratos de Gestão, composta de membros do Conselho Estadual de Saúde, da Comissão de Higiene e Saúde da Assembléia Legislativa e demais representantes de renomado saber na área de saúde pública, designados pelo Secretário da Saúde para essa função, garantindo-se nessa instância o efetivo controle social do processo.

Ressalta-se o controle da prestação de contas das instituições, feito pelo Tribunal de Contas do Estado de São

Paulo, objeto da Instrução TCE 04/98, dada a peculiaridade da matéria, que não tinha precedente, o que tornou obrigatória a edição de instruções específicas sobre o assunto.

O texto a seguir relata o processo institucional, o cenário e, particularmente, a seqüência de ações que culminaram, no momento atual, em dezesseis serviços de saúde sob Contrato de Gestão, abrangendo atividades de internação, de atendimento ambulatorial, de atendimento de urgência e emergência, e a realização de atividades de apoio diagnóstico e terapêutico para pacientes externos aos hospitais.

O DIREITO À SAÚDE E AS QUESTÕES DO ESTADO

Até a primeira metade do século XX, a assistência médico-hospitalar, gerenciada e oferecida à população pelo governo do Estado de São Paulo, resumia-se ao cuidado e isolamento dos doentes mentais, hansenianos e tuberculosos.

Durante os anos de 1950 a 1970, a Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, na área da assistência médico-hospitalar, ampliou consideravelmente o número de leitos próprios para atender tuberculosos e contratou numerosos hospitais para prestar atendimento em saúde mental.

Na década dos 70, a assistência médico-hospitalar ganhou outra conotação. O governo estadual passou a ampliar gradativamente o oferecimento de assistência médico-hospitalar, com a construção de hospitais gerais e a transformação, nos anos 80, de alguns hospitais de fisiologia, em hospitais gerais.

A falta de mecanismos ágeis de gerenciamento, que respondessem às necessidades dos administradores hospitalares, levou alguns hospitais a procurarem modelos alternativos de gestão que permitissem, ao gerente público, administrar com eficiência sua unidade e solucionar os problemas nas áreas de pessoal, finanças e administração de materiais (compra de serviços e produtos).

As principais dificuldades que o modelo tradicional de administração pública apresenta, na área da administração hospitalar, podem ser assim resumidas:

- impossibilidade de o gestor pagar salários compatíveis com o mercado e, dessa forma, fixar seu pessoal e mantê-lo adequadamente treinado e atualizado. É preciso lembrar que, em um hospital geral, cerca de 70% dos gastos são com pessoal, que precisa ser bem recrutado, constantemente treinado e substituído com agilidade quando de seu desligamento do serviço público;
- proibição de o gestor hospitalar contratar e admitir, sem autorização governamental, o seu pessoal, segundo suas necessidades;
- obrigação de comprar serviços por meio de processo burocratizado (licitação), o qual não atende as necessidades e peculiaridades do setor saúde, seja no que diz respeito à qualidade, seja no que diz respeito à agilidade/urgência que seriam imprescindíveis em algumas aquisições;
- impossibilidade de haver uma gestão independente dos recursos financeiros da unidade, de modo a permitir converter, para outras áreas da própria unidade hospitalar, as “economias” conseguidas em recursos destinados a investimentos ou acréscimos orçamentários;
- inexistência de recursos adicionais para investir na manutenção e recuperação das estruturas físicas das unidades, e na renovação dos parques tecnológicos, com a incorporação dos avanços científicos do setor;
- dificuldade de o gestor contar com gerências profissionais nos diferentes serviços (interferências políticas) das unidades hospitalares.

As dificuldades acima elencadas fizeram com que, ao longo das décadas de 70 e 80, novos modelos de gestão dos hospitais públicos fossem propostos para o Estado de São Paulo, e que alguns fossem implantados com relativo sucesso.

Dentre esses modelos, destacaram-se a instituição de Fundações Privadas de Apoio à Administração de Hospitais Públicos e a transformação de alguns hospitais públicos da

administração direta em fundações públicas, com maior autonomia e agilidade administrativa.

Essas experiências buscaram, ao longo das duas décadas, contornar as limitações legais impostas aos serviços públicos de saúde, que são gerenciados sob o mesmo arcabouço jurídico, comum à administração pública.

É inegável que as fundações de apoio possibilitaram, a alguns hospitais públicos, condições especiais de gerenciamento que permitiram a essas unidades atingir graus de excelência reconhecidos em todo o país.

A transformação de hospitais públicos em fundações foi tentada por alguns municípios, também com a intenção de contornar as limitações legais impostas pela administração pública direta, mas os resultados alcançados não foram tão promissores.

De qualquer modo, essas duas soluções tiveram o mérito de conseguir, por algum tempo, contornar as limitações legais impostas aos gerentes públicos de saúde.

As mudanças legais ocorridas no início dos anos 90 – Lei n. 8.666 (Licitações), Lei Camata (impossibilidade de gastar com pessoal acima de 60% do orçamento), Lei Orgânica da Saúde de São Paulo (proibição de terceirizar a gerência de hospitais públicos estaduais e proibição de cobrar pelos serviços oferecidos a particulares) – fizeram com que a atuação das fundações de apoio viesse a ser questionada.

As fundações municipais também foram atingidas pelas novas leis, uma vez que, pela nova ordem jurídica, são proibidas a contratação de pessoal, a compra sem licitação etc.

Além disso, sempre esteve presente a discussão sobre como garantir igualdade de acesso e qualidade aos serviços oferecidos a toda a população, dado que a demanda de pacientes particulares e de convênios é sabidamente menor do que a dos pacientes do SUS.

O papel que deve desempenhar o setor público na prestação dos serviços de saúde é um dos principais temas de debate nos processos de reforma dos sistemas de saúde e, mais ainda, quando o entorno econômico e orçamentário gera discussão sobre quais devem ser os limites da atuação dos governos no contexto atual.

Dessa forma, a discussão que se desencadeia e a realidade dos processos de reforma dão-nos conta de que, mais importante do que centrar o debate em qual seria o melhor ou o pior sistema, é, de acordo com a realidade de cada país, atentar para o modo como se desenvolvem as funções de planejamento, financiamento, compra e provisão de serviços de saúde e como se organizam instrumentalmente as relações entre a Administração, os prestadores de serviços, os profissionais e os cidadãos.

A maior parte dos sistemas de saúde dos diferentes países – tanto dos desenvolvidos como dos em desenvolvimento – está enfrentando profundos processos de reforma que, a médio ou a longo prazos, podem transformar de modo significativo a estrutura, as características, a organização e as suas formas de atuação.

Os processos de reforma dos sistemas de saúde não se definem, em geral, por uma mudança nas políticas de saúde, exclusivamente, senão por mudanças estruturais e organizativas que reorientem as intervenções, visando à consecução de objetivos previamente estabelecidos.

A seleção das diversas opções de mudança pode ter como fundamento a concepção da saúde como um direito ou como uma responsabilidade individual. A seleção de uma ou outra concepção conduzirá a objetivos distintos e a sistemas diferentes.

É imperativo responder a essa questão, a qual incorpora, ou não, o critério de equidade no acesso aos serviços, diante da necessidade.

A maior parte dos sistemas de saúde vê-se afetado por uma série de problemas similares, que influem em sua capacidade de desenvolvimento, viabilidade econômica e legitimação. Os desafios comuns, enfrentados pelos sistemas de saúde, justificam a busca de novos modelos que possam introduzir mecanismos de melhoria.

O abalo econômico provocado pelo crescimento do gasto decorrente de maior utilização de serviços de alta composição tecnológica e de elevado custo é motivo de preocupação e requer contenção.

Com o surgimento de novos fenômenos do tipo demográfico, socioeconômicos e de saúde, configuram-se cenários complexos em permanente mudança, que direcionam o

sistema de saúde e as instituições de saúde para dar uma resposta ágil e adequada em termos sanitários, sociais e econômicos.

Os sistemas de saúde necessitam reorientar seus serviços a fim de responder às crescentes expectativas dos usuários e potencializar sua capacidade de eleição e decisão.

As diferentes reformas de grande parte dos sistemas de saúde perseguem, de modo geral, alguns objetivos básicos comuns:

- facilitar o acesso aos serviços de saúde para responder ao princípio da equidade;
- buscar fórmulas para moderar o crescimento do gasto;
- dotar, o sistema, de estabilidade financeira;
- avançar na melhoria da qualidade dos serviços e na adequação desses às necessidades de saúde dos cidadãos.

A MODERNIZAÇÃO DA ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA NO ESTADO DE SÃO PAULO

O governo do Estado de São Paulo, nos últimos seis anos, finalizou obras iniciadas e inacabadas por governos anteriores, colocando à disposição da população cerca de 3.900 leitos equipados, distribuídos em dezesseis hospitais, quatorze dos quais situados na periferia da capital e da região metropolitana da Grande São Paulo e dois no interior do Estado, nas regiões de Campinas e Bauru.

Treze, desses dezesseis hospitais, são gerenciados por OSS; os outros três, por meio de convênios. Para todos os hospitais, o instrumento relacional é o CONTRATO DE GESTÃO.

O desafio de operar esse contingente de hospitais em tão curto prazo de tempo – condição desconhecida até então no país – obrigou a Secretaria de Estado da Saúde a buscar parcerias no setor privado, com vistas ao gerenciamento desses serviços.

Era fato conhecido que, nos últimos anos, o governo federal havia formulado uma alternativa para melhorar a gestão dos hospitais públicos – que foi a sua transformação em organizações sociais. Essa proposta previa a publicização de entidades do terceiro setor, que passariam a gerenciar unidades hospitalares mediante regras mais flexíveis.

No Estado de São Paulo, a legislação que instituiu as organizações sociais formatou-se de modo diferente. A legislação estadual regulamentou a parceria com entidades filantrópicas, que passam a ser qualificadas como Organizações Sociais de Saúde e que, em decorrência dessa qualificação, ganham o direito de firmar Contrato de Gestão com a Secretaria de Estado da Saúde, visando ao gerenciamento de hospitais e equipamentos públicos de saúde.

Dentre os aspectos mais importantes da Lei Complementar n. 846, de 4 de junho de 1998, que permitirão o sucesso da proposta na modernização gerencial do setor, poderíamos salientar:

- a criação de um Contrato de Gestão com a entidade qualificada, que permite a definição pelo poder público das metas e do tipo de assistência à saúde a ser desenvolvido pelo serviço;
- a existência de uma comissão de avaliação dos Contratos de Gestão, com integrantes do Conselho Estadual de Saúde e da Assembléia Legislativa;
- o controle das prestações de contas das OSS pelo Tribunal de Contas do Estado;
- a exigência de que a entidade tenha experiência de pelo menos cinco anos na administração de serviços próprios de saúde.

As entidades interessadas que cumprem os pré-requisitos legais são então qualificadas como Organizações Sociais de Saúde pelo Governador do Estado, conquistando o direito a serem habilitadas para firmar Contrato de Gestão com a Secretaria de Estado da Saúde, visando ao gerenciamento e à operação de hospitais e outros equipamentos públicos de saúde, mediante convocações públicas.

Ao término de cada novo hospital, a convocação pública é realizada e as instituições já qualificadas apresentam seu

interesse em firmar Contrato de Gestão com a Secretaria da Saúde.

Às instituições candidatas, são fornecidos os dados que definem as necessidades de saúde e de serviços hospitalares, apontadas pelos gestores locais e regionais da área, na qual está inserido o novo serviço, para que a organização social de saúde apresente um plano operacional detalhado de implantação e os custos estimativos do mesmo.

Após análise técnica das propostas apresentadas, o Secretário da Saúde delibera sobre a escolha do gestor do novo hospital.

A RELAÇÃO ENTRE O PODER PÚBLICO E SEUS PARCEIROS

A parceria que se estabelece entre o poder público e uma instituição da área privada, para o gerenciamento de um serviço de saúde, traz consigo uma série de desafios, que tanto o “comprador” (o poder público) quanto o prestador dos serviços (o parceiro privado) deverão enfrentar.

SOBRE O COMPRADOR DE SERVIÇOS

- Melhorar a eficiência na alocação de recursos requer, por parte do comprador, uma certa capacitação técnica:
 - para conhecer as necessidades de saúde, a população e avaliá-las;
 - para dispor de um modelo de contrato e de forma de pagamento do contrato que incentive os procedimentos eficientes e adequados às necessidades;
 - para criar sistemas de informações confiáveis que permitam acompanhar o comportamento dos prestadores, os fluxos de pacientes, o custo e a utilização dos serviços, grupos demográficos e de risco;

- separar funções, o que requer profundas mudanças administrativas e organizativas para o financiador/comprador;
- diminuir elementos de rigidez que caracterizam as culturas burocráticas;
- implantar mudanças organizativas que adaptem as estruturas administrativas à nova situação e que garantam o desenvolvimento das diferentes funções, especialmente da função de compra;
- valorizar as características da estrutura organizativa adotada pelo financiador/comprador, que é de importância capital e deve permitir uma separação efetiva e real de funções.

SOBRE OS PROVEDORES/PRESTADORES

- A separação de funções implica uma série de mudanças de grande importância. Para isso, os provedores/prestadores deverão:
 - adaptar-se organizativa e funcionalmente a um novo cenário e deverão responder a novas dinâmicas e a diferentes incentivos financeiros;
 - melhorar sua eficiência na produção de serviços para continuarem financeiramente viáveis;
 - dispor de autonomia real na gestão e responder aos requerimentos do comprador em termos de eficiência, qualidade, adequação da oferta de serviços e satisfação dos cidadãos;
 - desenvolver políticas de incentivos e de participação dos profissionais;
 - conhecer as características, o custo e a qualidade dos serviços que prestam como instrumentos de apoio à tomada de decisão e de melhoria da capacidade de gestão.
- Essa nova forma de gestão, que tem no Contrato de Gestão sua principal estratégia e instrumento de relação, possibilita:
 - delimitar e separar as responsabilidades daquele que define os recursos e os níveis de cobertura de assistência, daqueles que gerenciam os hospitais e estabelecimentos de saúde, possibilitando que os serviços cheguem à população;

- poder aplicar, por parte do comprador, as prioridades da política de saúde e poder aumentar a eficiência do prestador;
- descentralizar a gestão, de forma que os prestadores/provedores possam centrar-se na produção eficiente dos serviços determinados pelo comprador;
- incrementar através dos critérios de alocação de recursos, a produção eficiente de serviços, a eficiência global do sistema e melhorar a saúde da população;
- melhorar e assegurar a equidade na prestação de serviços à população;
- dispor de mecanismos que permitam uma visão integral do sistema e avançar no conceito de coordenação e integração entre recursos e equipamentos assistenciais.

O CONTRATO DE GESTÃO

A Lei Complementar n. 846 de 1998, que dispõe sobre as organizações sociais de saúde, em sua Seção III, artigo 6º, define o Contrato de Gestão como o instrumento de relação que regula a parceria entre o Estado e aquelas entidades.

O primeiro Contrato de Gestão definido pela Secretaria da Saúde em 1998 vigorou até dezembro de 2000 e sua elaboração atendeu às exigências da LC n. 846/98, definindo metas de produção e a forma de financiamento dos hospitais sob essa forma de gestão.

Paralelamente aos Contratos de Gestão, as OSS eram também signatárias do convênio SUS padrão.

Os primeiros dezoito meses de funcionamento dos hospitais sob Contrato de Gestão permitiram à SES dispor de informação básica sobre o volume de atividades realizado pelos hospitais e sobre o volume de recursos despendidos com a contratação de cada um deles e do conjunto de hospitais. Além disso, estavam disponíveis também os indicadores clássicos de produtividade hospitalar (permanência média, taxa de ocupação, número de saídas, atividade e procedimentos ambulatoriais e de urgência/emergência) e as informações extraídas do

SIH/SUS referentes à atividade de internação realizada (diagnóstico principal e procedimentos faturados).

Uma das principais e mais importantes constatações foi que o mecanismo de financiamento dos hospitais sob Contrato de Gestão – que previa, como fontes de receita o faturamento mensal do hospital (SIA e SIH), um aporte mensal por parte da SES correspondente a 50% do valor faturado pela unidade e a possibilidade de um aporte de recursos de custeio, caso ocorresse o desequilíbrio mensal entre receitas *versus* despesas – não contemplava adequadamente a necessidade da SES, enquanto “compradora” dos serviços, de poder planejar antecipadamente e, em última instância, controlar o dispêndio dos recursos financeiros.

A importância da qualidade dos registros efetuados pelos hospitais e a conseqüente qualidade das informações por eles fornecidas demonstraram, também, desde o início, ser um dos pontos fundamentais para o sucesso do contrato enquanto instrumento de relação com os parceiros.

Deveria, portanto, haver uma evolução dos mecanismos de financiamento e de contratação, que permitisse à Secretaria prever o orçamento necessário e suficiente para garantir o funcionamento de cada hospital, assim como estabelecer o volume e o tipo de atividade assistencial que cada um deveria desenvolver.

Foi estabelecido que o novo Contrato de Gestão a ser proposto deveria manter o sistema de informação e faturamento (SIA e SIH), tanto por exigência legal como para otimizar os instrumentos e o sistema já existente, não se originando cargas de trabalho e custos adicionais aos hospitais e à SES.

Simultaneamente, havia também o consenso de que um novo Contrato de Gestão deveria ser um instrumento de relação não-exclusivo das OSS (que até então eram os parceiros existentes), que fosse definido e que se caracterizasse como uma estratégia e uma ferramenta para o estabelecimento de parcerias com outros tipos de instituição.

Durante o ano 2000, os profissionais da Secretaria, que tratavam das questões ligadas aos Contratos de Gestão com as OSS, estavam conscientes de que a progressividade das ações deveria permitir que houvesse um processo brando

das mudanças e dos instrumentos para, dessa forma, adaptá-los à realidade. Não se tratava de definir um modelo “fechado” de contratação final, mas que fosse aberto aos aperfeiçoamentos que se fizessem necessários. Durante o processo de trabalho que culminou com a adoção do Contrato de Gestão a partir de 2001, foi constatado, sobretudo, tanto o aprendizado do conjunto da organização como o impacto em termos de resultados de melhorias de serviços e da saúde. Cabe destacar que o melhor modelo de contratação de serviços de saúde, não o ótimo, será aquele que responda aos principais objetivos e metas da Secretaria e de cada um dos hospitais em particular, dada sua localização geográfica que aponta diferentes necessidades loco/regionais.

METODOLOGIA E ATIVIDADES DESENVOLVIDAS

Para realizar o processo de trabalho visando à elaboração e à implantação de um novo Contrato de Gestão, foram agrupadas as análises de diferentes fontes de informações (convênios e Contratos de Gestão, registros de acompanhamento de atividades, registros econômicos da Secretaria, e registros dos próprios centros de atendimento hospitalar), com diferentes entrevistas com responsáveis e participantes-chave, tanto da Secretaria Estadual da Saúde (SES) como das Organizações Sociais de Saúde (OSS). Por sua vez, foram feitas visitas *in loco* nos hospitais e realizados seminários de capacitação sobre aspectos conceituais, organizacionais e instrumentais do processo de contratação e dos resultados parciais provenientes da análise de informações.

Todas essas atividades e o trabalho conjunto com os profissionais dos níveis locais (Núcleos de Saúde da Capital) e regionais (Direções Regionais de Saúde) permitiram que se estabelecesse um marco de trabalho estável, com objetivos claros definidos em consenso, e que se desenvolvessem os instrumentos previstos para a correta operacionalização das atividades previstas.

A seguir, descreveremos as ações realizadas e os resultados obtidos.

SISTEMA DE INFORMAÇÕES ECONÔMICO-FINANCEIRAS

- Analisou-se a informação disponível na Secretaria Estadual da Saúde sobre os dados econômico-financeiros que os hospitais enviavam periodicamente, tanto os coletados através de planilhas definidas pela Secretaria da Saúde, como os remetidos pelos hospitais para os pagamentos previstos pelo contrato estabelecido: 50% adicional ao faturamento do SUS e subvenção por conta dos resultados.
- Sobre essa base se manteve contato com alguns responsáveis dos hospitais para conhecer seus sistemas de contabilidade e coleta de dados.
- Durante toda essa análise, comprovou-se a heterogeneidade dos registros de informações dos diferentes hospitais e a impossibilidade, em curto prazo, de promover um único sistema de informações válido e seguro para sua aplicação imediata.
- A premência de se dispor de informação histórica, mesmo que essa fosse heterogênea em seus registros, nos levou a desenhar e implementar um quadro de controle provisório, tomando-se como base as informações disponíveis na Secretaria da Saúde.
- Este painel de comando informatizado permitiu que nós dispuséssemos as séries históricas para cada um dos itens de gastos e de fontes de financiamento.
- Simultaneamente, permitiu que dispuséssemos de indicadores econômico-financeiros de cada um dos hospitais sob o Contrato de Gestão e que realizássemos uma análise comparativa desses indicadores, considerados os hospitais com as limitações próprias impostas pela qualidade das informações de base.
- Essas informações foram utilizadas para o cálculo do orçamento orientador global de cada um dos hospitais para o ano de 2001, em conjunto com os outros dados disponíveis.

SISTEMA DE INFORMAÇÕES DE SAÚDE E DE ATIVIDADES

- Analisaram-se as diferentes fontes de informações de que dispunha a Secretaria Estadual da Saúde, assim como os registros utilizados por alguns dos hospitais para sua gestão interna. Foi analisado com mais profundidade o sistema de informações/faturamento do SUS, particularmente o SIH (Sistema de Informações Hospitalares).
- Nessa análise, igualmente ao que foi comentado acerca dos dados econômico-financeiros, observou-se uma grande heterogeneidade no registro e codificação dos dados.
- Foi avaliada a possibilidade de se introduzir um novo sistema de codificação internacional de doenças e procedimentos (CID 9, Modificação Clínica) para se obter dados internacionalmente comparáveis e informações distribuídas em grupos homogêneos que tornariam possível a comparação entre hospitais e que possibilitariam o conhecimento da complexidade real da composição de pacientes atendidos por cada um dos hospitais.
- A introdução desse sistema implicaria muito esforço por parte de todos os profissionais do sistema e, possivelmente, uns dois anos de implementação, momento esse em que apareceria a Modificação Clínica do CID-10, utilizada pelo SUS, e lentamente os padrões internacionais adotariam esse modelo.
- A análise do SIH e sua utilização revelou alguns pontos interessantes:
 - o SIH é basicamente um bom sistema de informações de saúde, aperfeiçoável, mas os seus principais defeitos são provenientes de sua utilização como instrumento de faturamento;
 - nesse mesmo sentido, o limite máximo de atividade para cada uma das clínicas e a “pontuação” média imposta pelo SUS podem implicar a realização ou a cobrança de atividades nem sempre relevantes ou necessárias para a população atendida e, ao mesmo tempo, podem desestimular a prática de outros procedimentos requeridos;

- a grande maioria dos participantes do sistema (hospitais, unidades regionais e Serviços Centrais da Secretaria Estadual da Saúde) não utiliza a análise do SIH como elemento de gestão e planejamento;
- de sua análise estatística, é possível obter: a maioria dos indicadores de gestão/produção, a composição de internações, além de uma série de indicadores que nos possibilitam nos aproximar do grau de eficiência e complexidade dos hospitais.

Em vista desses fatores, decidiu-se pela utilização do SIH como Sistema de Informações de referência (não de faturamento), melhorando-o quanto a:

- aumentar a qualidade da codificação;
- aumentar o número de diagnósticos secundários codificados;
- eliminar efeitos nocivos derivados de sua utilização para o faturamento: altas administrativas, altas por reoperações etc.;
- melhorar a qualidade de alguns dados, como o domicílio do paciente;
- avaliar a possibilidade de se introduzir algum campo novo no conjunto de dados.

Esses tópicos foram discutidos oportunamente com os diferentes hospitais, e alguns deles foram incluídos nos indicadores de qualidade do novo Contrato de Gestão.

O processo de trabalho acima descrito trouxe como resultados:

- **Um novo contrato, único**, assinado com todas e com cada uma das OSS que estão gerenciando hospitais da SES.
- **Um novo sistema de pagamento** vinculado à atividade (produção) por grandes linhas de produto e a indicadores relacionados com qualidade, organização, eficiência e complexidade dos serviços.
- **Um orçamento econômico “fechado” para cada um dos hospitais**, decidido de comum acordo com a estrutura diretiva do hospital e os níveis territoriais, independente do sistema de financiamento do SUS.

- **Um novo processo de faturamento mensal**, previsível e fácil de ser auditado.
- **Uma atividade pactuada e consensual com cada um dos hospitais**, independente do limite máximo de atividade, dos produtos intermediários e do valor da AIH média de hospitais de perfil assistencial assemelhado.
- **Uma nova forma de tratar a informação da AIH**, que permita a comparação entre os hospitais quanto à eficiência e complexidade, e nos ofereça um novo quadro de controle de saúde e de atividades. A AIH é hierarquizada como sistema de informação em relação à função de faturamento, mesmo que se mantenha a sua produção.
- **Um novo quadro de controle econômico-financeiro** mais simples que o existente, com homogeneização da terminologia e dos registros.
- **Uma Comissão de Acompanhamento e Monitoramento para cada um dos hospitais**, composta por profissionais do hospital, serviços regionais e serviços centrais, que tem, entre outras, a responsabilidade de realizar a avaliação trimestral dos conteúdos dos contratos.
- **A criação de uma instância na SES** (uma Coordenadoria), responsável pela **Contratação de Serviços de Saúde** e a definição de funções para seu desenvolvimento.

O CONTRATO DE GESTÃO A PARTIR DE 2001

Se bem que todos os itens anteriores constituam a base do processo de contratação ou compra de serviços, nesta seção vamos enfatizar as ações e os instrumentos específicos desse processo.

A situação vigente até dezembro de 2000, de forma resumida, nos apresentava um cenário com:

- dois contratos ou convênios assinados com a SES: o Contrato de Gestão e o convênio SUS;

- **duas fontes de financiamento:** recursos SUS (prestação de serviços) e recursos originários da SES (correção de desequilíbrio econômico-financeiro);
- três formas de pagamento: SUS;
- 50% adicional ao pagamento do SUS; e
- cláusula de desequilíbrio econômico.
- **Produção:** metas semelhantes para todos os hospitais.

O novo Contrato foi então elaborado, com as seguintes diretrizes:

- Unificar os pontos acima elencados em um só item, para que tanto o contrato, como o financiamento e a forma de pagamento fossem únicos, na medida em que o aspecto jurídico-legal assim o permita.
- Segundo essas premissas, foi elaborado o modelo de contrato, discutindo-se as diferentes opções para cada uma das cláusulas com diferentes profissionais da Secretaria Estadual da Saúde.

Finalmente, o resultado obtido apresenta as seguintes características:

- une os marcos legais de ambos os contratos em um único corpo;
- prescinde (para o momento) das fontes de financiamento e “amarra” o orçamento de cada um dos hospitais, definindo uma determinada atividade que deve conformar-se com o mesmo;
- define a relação de serviços, a atividade a ser comprada e a forma de pagamento como anexos, para permitir uma maior agilidade nos anos posteriores e evitar modificações freqüentes no corpo central do contrato;
- esse modelo de contrato foi apresentado e discutido com as autoridades máximas da Secretaria Estadual da Saúde e analisado pela Consultoria Jurídica da Pasta.

OS SERVIÇOS E O SISTEMA DE PAGAMENTO

Ficou acordado que a relação de serviços seria definida de acordo com a oferta de serviços que já vinha sendo prestada

pelos hospitais. A incorporação de novas especialidades ficou limitada à aprovação de cada um dos projetos por parte da Secretaria Estadual da Saúde.

O Sistema de pagamento desenhado apresenta as seguintes características:

- Deixa de lado a lógica das “tabelas SUS” para passar, neste primeiro ano, a um sistema mais simples baseado na produção de altas pelas principais áreas de atuação: Obstetrícia, Clínica Médica, Cirurgia, Pediatria e Psiquiatria no caso de internação; e Consultas, Urgências e SADT para pacientes externos, no caso de ambulatório.
- Fica acordado entre a Secretaria Estadual da Saúde e os hospitais uma determinada atividade por um orçamento determinado. Variações de mais ou menos 10% por linha de ação não modificam o orçamento. Se as variações forem superiores, existe uma fórmula de cálculo que prevê variações orçamentárias, para mais ou para menos, contemplando principalmente a repercussão dessa variação nos custos fixos.
- Os dois itens anteriores fazem referência à parte “fixa” do orçamento, que constitui 90% do total. Os 10% restantes são variáveis, dependendo da consecução de objetivos de organização, qualidade e eficiência.
- A parte fixa é paga em doze cotas fixas mensais, atreladas ao volume de produção realizada, enquanto que a parte variável é paga trimestralmente em função da consecução de objetivos avaliada, também trimestralmente, pela Comissão de Acompanhamento.
- Os orçamentos de investimentos e novas ações são avaliados e, se procedem, aprovados, independentemente desse orçamento/pagamento de atividades.

COMISSÃO DE ACOMPANHAMENTO E MONITORAMENTO

- Para acompanhar todo este processo e o novo contrato de Gestão, foi definida uma Comissão de Acompanhamento e Monitoramento do contrato que realiza as avaliações trimestrais dos objetivos da parte

variável e, semestralmente, analisa a consecução da atividade da parte “fixa”.

- Seu funcionamento, composição e atividades estão definidos em Resolução do Secretário da Saúde.

PROCESSO DE CONTRATAÇÃO

Em resumo, o processo de contratação constou das seguintes etapas:

- Elaboração, por parte da Secretaria Estadual da Saúde (serviços centrais e territoriais), de um planejamento dos serviços a serem oferecidos pelos hospitais e de um orçamento para financiar as atividades do ano de 2001, isso permitiu que se tivesse uma previsão orçamentária e, ao mesmo tempo, constituiu a base de negociação da Secretaria.
- Elaboração dos orçamentos econômico e financeiro e de atividades por parte dos hospitais, como bases de negociação.
- Negociação dos orçamentos.
- Acordo ou término da negociação.
- Trâmite administrativo.
- Assinatura dos contratos.

O quadro sinóptico da próxima página resume as principais alterações evolutivas do Contrato de Gestão.

Um aspecto relevante do Contrato instituído diz respeito à parte variável do orçamento, que corresponde a 10% do total orçamentado para cada hospital, que está relacionada ao cumprimento ou não de critérios de qualidade, mensurados através da análise de indicadores. O recurso correspondente a esses indicadores é de grande valia para os serviços, sendo repassados mensalmente. A cada três meses, na dependência da análise do desempenho e dos resultados obtidos pelo hospital, pode ocorrer o desconto de uma parcela financeira, correspondente às metas não atingidas, obedecendo às regras do sistema de pagamento preestabelecido.

Essa análise é realizada pela já referida Comissão de Acompanhamento, grupo formado por membros do hospital

e da Secretaria da Saúde, que tem a incumbência de avaliar ou não o repasse trimestral.

Ainda quanto ao monitoramento e avaliação dos contratos, pressupõe-se novas responsabilidades, tanto para o financiador como para o contratador de serviços, porque:

- O monitoramento dos contratos não é um fim em si mesmo e, portanto, deve ser considerado como parte de um processo mais amplo de direcionamento de um contrato, que inclui a identificação e valoração de problemas, a discussão e negociação com os prestadores e a tomada de decisões sobre as medidas que devem ser implementadas;
- É preciso monitorar e avaliar os contratos periodicamente para assegurar que os serviços estão sendo prestados de forma satisfatória e que se avança nos objetivos previamente acordados;
- O nível mais adequado para realizar o monitoramento é aquele mais próximo do funcionamento dos serviços.

EVOLUÇÃO DO CONTRATO DE GESTÃO

CONTRATO DE GESTÃO 1998/2000	CONTRATO DE GESTÃO APÓS 2001
Dois instrumentos de relação : <ul style="list-style-type: none">• Convênio SUS• Contrato de Gestão	Um único instrumento de relação: <ul style="list-style-type: none">• CONTRATO DE GESTÃO
Duas fontes de receitas: <ul style="list-style-type: none">• faturamento SI / SIH• repasses SES	Uma única fonte de receita: <ul style="list-style-type: none">• CONTRATO DE GESTÃO
Forma de financiamento: Primeiro ano <ul style="list-style-type: none">• Repasses SES + faturamento SUS + desequilíbrio financeiro Segundo ano em diante <ul style="list-style-type: none">• Faturamento SUS + 50% faturamento +• desequilíbrio financeiro	Forma de financiamento: <ul style="list-style-type: none">• Orçamento de custeio prefixado• Orçamento de investimento analisado para cada atividade e/ou serviço proposto
Atividade/produção de cada hospital <ul style="list-style-type: none">• Discutidas com os níveis locais/regionais e central, mais por necessidades urgentes do que de forma programada• Metas de produção semelhantes para todos os hospitais	Atividade/produção de cada hospital <ul style="list-style-type: none">• Pactuada e consensuada entre os níveis locais, regionais e central• Quantificação prévia, específica para cada hospital• Orçamento de atividades atrelado ao orçamento econômico-financeiro

CONTRATO DE GESTÃO 1998/2000	CONTRATO DE GESTÃO APÓS 2001
Forma de pagamento <ul style="list-style-type: none"> • Mensal, mediante apresentação de demonstrativo de despesas 	Forma de pagamento <ul style="list-style-type: none"> • 90% do orçamento em doze parcelas mensais de valor fixo • 10% do orçamento vinculado ao alcance de indicadores de qualidade
AIH (SIH) e BPA (SIA) <ul style="list-style-type: none"> • utilizados apenas como registros para fins de faturamento ao SUS 	AIH (SIH) e BPA (SIA) <ul style="list-style-type: none"> • utilizados como fonte de informações da atividade pactuada e para análise dos indicadores
Planilhas econômico-financeiras <ul style="list-style-type: none"> • utilizadas como instrumento de comprovação do desequilíbrio financeiro • conceituação não-padronizada para o preenchimento 	Planilhas econômico-financeiras <ul style="list-style-type: none"> • utilizadas como instrumentos de acompanhamento da execução do orçamento pactuado previamente • conceituação padronizada para o preenchimento
Envio das informações à SES <ul style="list-style-type: none"> • em disquetes • em papel 	Envio Das Informações À SES <ul style="list-style-type: none"> • Em Disquetes (SIA E SIH) • Via <i>web</i>
Controle e Avaliação <ul style="list-style-type: none"> • realizado através de instrumento desvinculado do Contrato de Gestão • conceitos divergentes na apresentação dos dados • diversos interlocutores – comunicação decorrente de situações de demanda, de modo relativamente sistematizado 	Controle e Avaliação <ul style="list-style-type: none"> • realizado através de instrumentos instituídos pelo Contrato de Gestão • conceitos padronizados para a apresentação dos dados • interlocutores definidos com atribuições e funções específicas • instituição da Comissão de Acompanhamento para cada hospital • implantação de um Sistema de Custos Hospitalares padronizado

SISTEMAS DE INFORMAÇÃO

Um dos instrumentos básicos, para que o financiador/comprador de serviços de saúde possa desenvolver adequadamente suas funções, é o sistema de informações de que se utiliza.

São conhecidas as dificuldades para se obter informações confiáveis, adequadas às finalidades e integradas.

O papel da informação de boa qualidade, informação essa que possa ser obtida através da coleta de dados sistematizada e informatizada (o que evita a duplicidade de registros e, conseqüentemente a ocorrência de erros), a consolidação dessa informação e a produção de relatórios gerenciais que sirvam de instrumento para a tomada de

decisões, desde o primeiro momento mostrou-se como a condição *sine qua non* para o desenvolvimento da nova forma de gestão de serviços de saúde aqui relatada.

Para obtenção das informações específicas das atividades assistenciais desenvolvidas e da movimentação econômico-financeira dos hospitais, a relação contratual resultou na implantação de um sistema via *web* e de um Sistema de Custos Hospitalares, os quais, além de permitirem o acompanhamento, controle e avaliação dos contratos vigentes, permitem, a cada ano, aprimorar o processo de contratação dos anos posteriores e intensificar a acurácia dos dados, sejam esses técnicos ou administrativos.

Durante o ano de 2002, foi desenvolvido um estudo de definição do grau de complexidade dos serviços da área de internação dos hospitais sob Contrato de Gestão. Esse estudo utiliza uma metodologia de avaliação das saídas hospitalares pela atribuição da pontuação dos GRD (Grupos de Diagnósticos Relacionados), permitindo a análise da complexidade clínica e da complexidade cirúrgica de cada serviço. A utilização de uma metodologia adotada e reconhecida mundialmente permitirá, em curto prazo de tempo, a comparação dos resultados obtidos com aqueles estabelecidos pelos padrões internacionais, mesmo se considerarmos as diferentes casuísticas atendidas no Brasil, na Europa ou nos Estados Unidos.

Especificamente para o processo evolutivo de aprimoramento do Contrato de Gestão ora utilizado, o estabelecimento do nível de complexidade de cada serviço será muito útil na definição dos orçamentos vindouros, permitindo, cada vez mais, que cada hospital tenha seu orçamento ajustado às suas características individuais.

DADOS DE PRODUÇÃO

Os dados obtidos permitem avaliar que a experiência desenvolvida, pela Secretaria da Saúde com os provedores de serviços de saúde mediante Contrato de Gestão, tem-se mostrado satisfatória no que tange aos serviços prestados, a sua qualidade e à adequada aplicação dos recursos públicos repassados àquelas instituições.

O volume de atividades, tanto na área de internação quanto na área ambulatorial e de atendimento às urgências e emergências, cresceu no período de 1999 a 2003, num ritmo acentuadamente mais intenso do que aquele apresentado por hospitais de porte semelhante da administração direta do Estado.

O Anexo I relaciona os dados de produção no período 2000/2003 dos hospitais sob Contrato de Gestão, em atuação naquele período. Esses dados têm como fonte os relatórios mensais produzidos pelos hospitais.

COMENTÁRIOS FINAIS

A Secretaria da Saúde, diante da exitosa experiência que pôde desenvolver nos últimos anos, inicialmente com as Organizações Sociais de Saúde como provedores de serviços públicos e da instituição do Contrato de Gestão como instrumento de relacionamento entre o financiador/comprador e o provedor de serviços, a partir de 2003, estendeu esse processo de trabalho para sete hospitais públicos da administração direta do Estado, pretendendo incorporá-los sob a mesma óptica, conforme descrito anteriormente.

Foi estabelecido um Termo de Compromisso para a incorporação da lógica da separação de funções, adaptando-se inicialmente o instrumento de relacionamento às peculiaridades da administração, a qual, embora não permita a flexibilidade de gestão existente no setor privado, possibilita, respeitada a legislação vigente, introduzir gradativamente a vinculação entre a atividade prestada e incentivos de gestão, ampliando a sua autonomia, com vistas à sua maior produtividade, eficiência e qualidade dos serviços prestados.

A experiência da separação das funções de comprador das de prestação de serviços e a introdução do contrato como instrumento para torná-la efetiva leva a um conjunto de elementos de reflexão.

Supõe-se que a separação das funções de compra e de provisão de serviços deva ser colocada como uma tarefa de

fundamental importância para os sistemas públicos e para o conjunto de atores que neles atuam, visando a sua modernização.

PARA O FINANCIADOR/COMPRADOR:

- Requer a adoção de profundas estratégias de mudança e de modernização em sua estrutura administrativa, para assumir suas novas funções.
- A função de compra tem de estar a serviço das estratégias de política sanitária estabelecidas. A função de compra de serviços de saúde não é um instrumento, nem uma estratégia isolada a ser levada a cabo, ela requer um contexto de prioridades em políticas de saúde, de orientação dos serviços sanitários e o desenvolvimento de um conjunto de instrumentos que aperfeiçoem os critérios de alocação de recursos de forma mais eficiente, os sistemas de pagamento, os sistemas de informação e um modelo de contrato dinâmico e evolutivo, a serviços dos objetivos do sistema de saúde.

PARA O PRESTADOR/PROVEDOR DE SERVIÇOS:

- Supõe a adoção de estratégias de flexibilização organizativas e de gerência.
- Requer uma adaptação contínua de sua produção de serviços em relação aos requerimentos do contrato e a manutenção de sua estabilidade financeira.
- Os prestadores necessitam de informações sobre o custo e a qualidade dos serviços que prestam para o recebimento de novos incentivos financeiros.

PARA O COMPRADOR E O PRESTADOR:

- É necessário que se estabeleça um processo de negociação e transparência.
- É preciso dispor de estruturas de compra de serviços altamente capacitadas, operativas e organizadas de

forma que o processo de compra de serviços traga um valor agregado e não se burocratize.

- A eficácia e eficiência da contratação de serviços de saúde dependerá, em grande medida, do tipo de contrato que se utilize e do contexto organizativo em que se movam os compradores e prestadores.
- Em geral, a contratação de serviços de saúde nos sistemas de saúde públicos melhora a produtividade, a inovação e a qualidade. Porém, esses resultados estão relacionados com as mudanças que afetam a gestão, a descentralização, a disponibilidade de informação e a relação entre prioridades e alocação de recursos.
- A separação de funções e, concretamente, o desenvolvimento da função de compra são uma mudança profunda, completa e evolutiva. Partindo de fórmulas de compra de serviços adaptadas à realidade e factíveis, é necessário evoluir para fórmulas mais elaboradas de contratação, que permitam conhecer a natureza dos produtos da atenção à saúde e, em última instância, dos resultados em termos de saúde.

ANEXO I DADOS DE PRODUÇÃO DOS HOSPITAIS SOB CONTRATO DE GESTÃO

