

FUNDAÇÃO GETULIO VARGAS
ESCOLA DE ADMINISTRAÇÃO DE EMPRESAS DE SÃO PAULO

AVALIAÇÃO DE DESEMPENHO DE UNIDADES DE SAÚDE, SOB GESTÃO DE
ORGANIZAÇÃO SOCIAL DE SAÚDE

PAULO VINÍCIUS SOUZA VIOL

SÃO PAULO
2018

PAULO VINÍCIUS SOUZA VIOL

AVALIAÇÃO DE DESEMPENHO DE UNIDADES DE SAÚDE, SOB GESTÃO DE
ORGANIZAÇÃO SOCIAL DE SAÚDE

Trabalho Aplicado apresentada à Escola de
Administração de Empresas de São Paulo da
Fundação Getulio Vargas, como requisito
para obtenção do título de Mestre em Gestão
para a Competitividade.

Campo do conhecimento:
Linha Saúde

Orientador: Prof. Dr. Walter Cintra Ferreira
Júnior

SÃO PAULO
2018

Viol, Paulo Vinícius Souza.

Avaliação de Desempenho de Unidades de Saúde, sob Gestão de Organização Social de Saúde. / Paulo Vinícius Souza Viol – 2018.

68 f.

Orientador: Walter Cintra Pereira Júnior

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

1. Política de saúde. 2. Saúde pública - Administração. 3. Organizações não-governamentais. 4. Associações sem fins lucrativos. 5. Desempenho I. Ferreira Júnior, Walter Cintra. II. Dissertação (MPGC) – Escola de Administração de Empresas de São Paulo.

CDU: 614

PAULO VINÍCIUS SOUZA VIOL

AVALIAÇÃO DE DESEMPENHO DE UNIDADES DE SAÚDE, SOB GESTÃO DE ORGANIZAÇÃO SOCIAL DE SAÚDE

Trabalho Aplicado apresentada à Escola de Administração de Empresas de São Paulo da Fundação Getúlio Vargas, como requisito para obtenção do título de Mestre em Gestão para a Competitividade.

Linha: Saúde

Data da Aprovação

__/__/____

Banca Examinadora:

Prof. Dr. Walter Cintra Ferreira Junior
(FGV-EAESP)

Prof. Dr. Álvaro Escrivão Junior
(FGV-EAESP)

Prof. Dr. Nancy Val Y Val Peres da Mota
(PROAHSA)

AGRADECIMENTOS

Ao professor Walter Cintra, meu orientador, pela persistência e apoio para o desenvolvimento do trabalho, sempre muito claro e objetivo em seus apontamentos e de vasto conhecimento sobre o tema.

À minha mãe Aparecida, meu pai Paulo, meus irmãos Walisson e Viviane e a minha esposa Isabela. Obrigado por compreenderem a minha ausência durante esse período, mas todo esforço foi por um propósito maior. Amo vocês!

Às famílias Souza e Viol, sempre na torcida em cada passo que venho conquistando em minha carreira.

Aos amigos e colegas de trabalho, sempre passando energia positiva. Agora podemos voltar às confraternizações.

À OSS por me dar a oportunidade de desenvolver o estudo com informações de tamanha riqueza, além do fato de ser a instituição que transformou a minha vida pessoal e profissional.

RESUMO

Nos últimos 15 anos a administração de unidades de saúde públicas por Organizações Sociais de Saúde (OSS) vêm crescendo e se consolidando como excelente alternativa para o aumento da eficiência dos serviços prestados. O modelo de gestão de serviços de saúde por OSS já está presente em mais de 23 Estados e 220 municípios do país (SOUZA, 2017). De acordo com o estudo elaborado pela Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo, o modelo de gestão de serviços de saúde por OSS apresenta melhor custo-benefício sob diversos indicadores, quando comparados à gestão direta de hospitais gerais, apontando maior produtividade e menor custo, concluindo-se que a gestão por OSS consegue ser até 52% mais produtiva e 32% mais barata para o Estado de São Paulo em comparação ao sistema de administração direta (SOUZA, 2017). No entanto, este modelo ainda apresenta variabilidade nos resultados das unidades conforme retratado pelo Tribunal de Contas da União (TCU), apontando referências não tão positivas, destacando as dificuldades na fiscalização quanto ao cumprimento de cláusulas e metas estabelecidas no contrato de gestão por parte dos contratantes (WERNECK, BOTTARI, 2016). Visando a possibilidade de promover um modelo de gestão que permita maior competitividade, o estudo se aprofundou nos fatores influenciadores no desempenho das unidades de saúde administradas pela OSS, de modo a permitir desdobramentos futuros em ações para mitigar as variabilidades evidenciadas e alavancar a performance dos equipamentos analisados. Por se tratar da análise sobre a metodologia de avaliação de desempenho criada por uma determinada Organização Social de Saúde (OSS), optou-se por um formato de estudo de caso. Os resultados encontrados mediante a aplicação do estudo, demonstram que um dos fatores de maior relevância para assegurar o melhor desempenho das unidades de saúde administradas por uma OSS correspondem à interação entre os contratantes, cumprindo as obrigações contratuais, fluxos de repasses financeiros e parceria de médio para longo prazo, de modo a sedimentar a cultura da melhoria contínua.

Palavras-chave: Competitividade; Avaliação de Desempenho; Organização Social de Saúde.

ABSTRACT

Over the last 15 years, the administration of public health units by Social Health Organizations (OSS) has been growing and consolidating as an excellent alternative to increase the efficiency of services provided. The model of health services management by OSS is already present in more than 23 states and 220 municipalities in the country (SOUZA, 2017). According to the study prepared by the Health Department of the State of São Paulo, the health services management model by OSS is more cost-effective under several indicators, when compared to the direct management of general hospitals, pointing to higher productivity and lower cost, and concluded that OSS management can be up to 52% more productive and 32% cheaper for the State of São Paulo than the direct administration system (SOUZA, 2017). However, this model still presents variability in the results of the units as portrayed by the Federal Court of Audit (TCU), pointing out not so positive references, highlighting the difficulties in monitoring compliance with clauses and targets established in the management agreement by the contractors (WERNECK, BOTTARI, 2016). Aiming at the possibility of promoting a management model that allows greater competitiveness, the study deepened the factors influencing the performance of health units administered by the OSS, in order to allow future actions in actions to mitigate the variability and leverage equipment performance analyzed. Because it is the analysis of the methodology of performance evaluation created by a certain Social Health Organization (OSS), we chose a case study format. The results obtained through the application of the study demonstrate that one of the most relevant factors to ensure the best performance of health units administered by an OSS is the interaction between the contractors, fulfilling contractual obligations, financial onlending flows and medium partnership for the long term, in order to sediment the culture of continuous improvement.

Keywords: Competitiveness; Performance evaluation; Social Health Organization.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Modelos de contratação utilizados pela OSS. Distribuição por tipo de contrato.	44
Tabela 2 - Distribuição das unidades de saúde em estudo	44
Tabela 3 - Distribuição das unidades por tipo de contratante.....	45
Tabela 4 - Distribuição das unidades por região	45
Tabela 5 - Distribuição de indicadores contratuais, perspectiva financeira.	46
Tabela 6 - Distribuição de indicadores contratuais, perspectiva clientes.....	46
Tabela 7 - Distribuição de indicadores contratuais, perspectiva processos.....	47
Tabela 8 - Distribuição de indicadores contratuais, perspectiva aprendizado.....	49
Tabela 9 - Exemplo análise de desempenho, unidade de saúde a (exceto contratos de assessoria).....	50
Tabela 10 - Exemplo análise de desempenho, unidades de saúde, exceto contratos de assessoria.....	50
Tabela 11 - Exemplo análise de desempenho, unidade de saúde a (contratos de assessoria). .	51
Tabela 12 - Exemplo análise de desempenho, unidades de saúde, contratos de assessoria.	51
Tabela 13 - Desempenho operacional por unidade de saúde.....	52
Tabela 14 - Exemplo análise de desempenho por contratante.....	54
Tabela 15 - Desempenho operacional das unidades de saúde, agrupadas por contratante.....	55
Tabela 16 - Exemplo Desempenho operacional das unidades de saúde, agrupadas por tipo de contrato.	57
Tabela 17 - Desempenho operacional das unidades de saúde, agrupadas por tipo de contrato...57	

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	10
2 OBJETIVOS E PERGUNTA DE PESQUISA.....	13
2.2 OBJETIVO GERAL.....	14
2.3 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	14
2.4 RELEVÂNCIA DA PESQUISA	14
3 REFERENCIAL TEÓRICO.....	15
3.2 PARCERIA PÚBLICO PRIVADO.....	15
3.3 MODELOS DE GESTÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE PÚBLICOS NO BRASIL	17
3.4 SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE E SUA COMPLEXIDADE	20
3.5 ORGANIZAÇÕES SOCIAIS DE SAÚDE (OSS).....	24
3.6 CONTRATOS	28
3.6.1 Contrato de gestão.....	28
3.6.2 Contrato administrativo.....	30
3.6.3 Contrato de prestação de serviços de saúde entre entes privados	31
3.6.4 Contrato de assessoria	31
3.6.5 Comparativo das Modalidades Contratuais.....	32
3.7 ORGANIZAÇÃO SOCIAL DE SAÚDE – PROPOSTA DE ESTUDO DE CASO	33
3.8 MODELO DE GESTÃO ESTRATÉGICA.....	36
3.9 GESTÃO DE PROJETOS	37
4 METODOLOGIA.....	38
4.1 PROCEDIMENTOS DE COLETA DE DADOS.....	39
4.2 ENTREVISTAS.....	41
4.3 PROCEDIMENTOS DE ANÁLISE DE DADOS	42
4.4 LIMITAÇÕES DO MÉTODO DE PESQUISA	43
5 RESULTADOS	43
5.1 DADOS GERAIS DAS UNIDADES SAÚDE ANALISADAS.....	43
5.2 METAS CONTRATUAIS POR PERSPECTIVA ESTRATÉGICA	45
5.2.1 Perspectiva financeira	45
5.2.2 Perspectiva clientes	46
5.2.3 Perspectiva processos.....	47
5.2.4 Perspectiva aprendizado.....	48

5.3 AVALIAÇÃO DE DESEMPENHO OPERACIONAL	49
6 CONCLUSÃO.....	58
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	61
REFERÊNCIAS	63

LISTA DE ACRÔNIMOS E SIGLAS

OSS	Organizações Sociais de Saúde
MS	Ministério da Saúde
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
SUS	Sistema Único de Saúde
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
CLT	Consolidação das Leis do Trabalho
PFI	<i>Private Finance Initiative</i>
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
ANAHP	Associação Nacional de Hospitais Privados
ONA	Organização Nacional de Acreditação
NSP	Núcleo de Segurança do Paciente
IESS	Instituto de Estudos de Saúde Suplementar
VCMH	Variação do Custo Médico-Hospitalar
PIS	Programa de Integração Social
COFINS	Contribuição para o Financiamento da Seguridade Social
INSS	Instituto Nacional do Seguro Social
TCU	Tribunal de Contas da União
HPP	Hospitais de Pequeno Porte
BSC	<i>Balanced Scorecard</i>
SADT	Serviços de Diagnóstico e Terapêutica
ACSA	Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucia

1 INTRODUÇÃO

Com o decorrer das discussões sobre o modelo de saúde pública do país, em outubro de 1986 foi realizada a 8ª Conferência Nacional de Saúde, envolvendo mais de 4.500 brasileiros para discutir sobre o sistema de saúde que todos desejam: o Sistema Único de Saúde (SUS). A conferência foi um sucesso e grande parte das teses discutidas foram acatadas pelos constituintes. Como resultado, em 1988, durante o governo do Presidente José Sarney, a Constituição Federal Brasileira foi alterada por meio de ato constitucional, sendo criado o Art. 196 na Seção II, Capítulo II, do Título VIII da Constituição Federal, que estabelece:

A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantindo por meio de políticas sociais e econômicas que visem a redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para a sua promoção, prevenção e recuperação (BRASIL, 1988).

Em sequência, por meio da Lei Orgânica da Saúde Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990, o SUS foi constituído com o objetivo de estruturar o sistema público para solucionar problemas encontrados no atendimento à saúde da população, defendendo o direito universal à saúde. Poucos meses depois, foi lançada a Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, que imprimiu ao SUS uma de suas principais características: o controle social, ou seja, a participação de seus usuários na gestão do serviço. Neste mesmo ano, a população brasileira já passava dos 140 milhões de habitantes (IBGE, 2018), o que fez do recém-criado SUS um dos maiores sistemas de saúde pública do mundo.

Certamente, em todo o processo de construção de um sistema tão complexo, diversos fatores limitavam a operacionalização do modelo, assim como as unidades públicas de saúde existentes apresentavam limitações operacionais para absorção dos usuários, principalmente por conta do aumento da demanda devido à facilidade de acesso e gratuidade dos serviços.

Paralelamente, as dificuldades administrativas enfrentadas pela gestão direta das unidades de saúde pública também eram discutidas. Segundo Ferreira Jr (2003), nessa época, o administrador público era visto pela população como ineficiente, incompetente e despreparado, enquanto, na realidade, enfrentava dificuldades quanto às condições gerenciais e a burocracia dos processos exigida por lei, o que inviabilizava decisões imediatas e a agilidade de processos administrativos como, por exemplo, ajustes de infraestrutura e aquisição de equipamentos e insumos.

Neste contexto, Luiz Carlos Bresser Pereira (1995;1997) teve grande contribuição por ter atuado como teórico da reforma do Estado e como agente estatal na condução deste processo, quando esteve à frente do Ministério de Administração Federal e da Reforma do Estado. Pereira defendia a teoria de mudança do modelo de gestão para a administração gerencial, centrada na reformulação do papel do Estado, que, ao se afastar das atividades de operação, abriria oportunidades para a atuação de prestadores de serviços não estatais com maior expertise em gestão. Desta forma, o Estado deixaria de ser o executante, porém continuaria a ser responsável pelos serviços, focando esforços especialmente no acompanhamento de resultados.

Em maio de 1998, o então presidente da república, Fernando Henrique Cardoso, decretou e sancionou a Lei N°9.637, que dispõe sobre a qualificação de entidades como Organizações Sociais (BRASIL, 1998). Desta forma, o poder Executivo passou a qualificar entidades de direito privado sem fins lucrativos como Organizações Sociais, desde que destinadas a atividades de ensino, pesquisa científica, desenvolvimento tecnológico, meio ambiente, cultura e saúde.

Com o decorrer dos anos, ocorreu um crescimento exponencial da administração de unidades de saúde públicas por Organizações Sociais de Saúde (OSS), o que vêm se consolidando como excelente alternativa para o aumento da eficiência dos serviços prestados. O modelo de gestão de serviços de saúde por OSS está presente em mais de 23 Estados e 220 municípios do país (SOUZA, 2017).

De acordo com o estudo elaborado pela Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo, o modelo de gestão de serviços de saúde por OSS apresenta melhor custo-benefício sob diversos indicadores, quando comparados à gestão direta de hospitais gerais, apontando maior produtividade e menor custo. Neste estudo foram avaliados 43 hospitais, incluindo os dois regimes de gestão citados acima. Concluiu-se que a gestão por OSS consegue ser até 52% mais produtiva e 32% mais barata para o Estado de São Paulo em comparação ao sistema de administração direta (SOUZA, 2017).

Segundo Barbosa e colaboradores (2015), o modelo de gestão de serviços de saúde públicos por OSS apresenta vantagens sobre a gestão direta, destacando haver maior flexibilidade no processo de aquisição de insumos e serviços, assim como na cultura de monitoramento e de avaliação de desempenho de metas de referência em relação ao uso dos recursos. No entanto as principais dificuldades encontradas se relacionam ao acompanhamento e à avaliação pelo setor público dos objetivos e metas estabelecidas nos contratos de gestão,

além da deficiência na avaliação dos custos assistenciais para a fixação de valores contratuais a serem repassados às OSS (BARBOSA et al, 2015).

Apesar disso, técnicos do Tribunal de Contas da União (TCU) apontam referências não tão positivas sob o modelo de gestão de serviços de saúde por OSS, destacando as dificuldades na fiscalização quanto ao cumprimento de cláusulas e metas estabelecidas no contrato de gestão por parte dos contratantes (WERNECK e BOTTARI, 2016).

Os contratos de gestão estabelecem metas, incluem um plano de trabalho operacional e cláusulas claras quanto as responsabilidades da OSS e da contratante. Esse ponto e a heterogeneidade de resultados que existe entre equipamentos de saúde de administração direta e aqueles geridos por OSS despertaram a atenção e interesse necessários para o desenvolvimento deste trabalho. Assim, este estudo examinou os principais motivos para as diferenças de desempenho entre Organizações Sociais de Saúde e investigou os fatores que levam a resultados melhores ou piores.

Para fins de aprofundamento do estudo, este trabalho se limitou a investigar apenas uma Organização Social de Saúde. Foi escolhida uma OSS com vasta experiência no seguimento, atuando em 9 estados e 22 municípios brasileiros, com 17 contratantes distintos e responsável pela gestão de mais de 29 unidades de saúde. Essa mesma organização desenvolveu uma ferramenta de avaliação de indicadores que permite comparar unidades diferentes dos diversos contratos por ela praticados, sendo este outro fator preponderante para sua escolha. Conforme solicitado pela organização, seu nome será mantido em sigilo e esta será denominada neste estudo apenas como OSS.

O presente discente trabalha na OSS em estudo por mais de 10 anos, tendo atuado diretamente em 8 hospitais distintos e em diferentes regiões, sendo que nos últimos três anos exerce a função de gerente de operações corporativo. Diante das observações levantadas durante a atuação nos diferentes projetos, foi possível perceber que, mesmo a OSS utilizando uma única metodologia de gestão corporativa – padronizada e aplicada da mesma forma para as 29 unidades de saúde –, o desempenho das mesmas também apresentou resultados heterogêneos.

Visando a possibilidade de promover um modelo de gestão que permita maior competitividade, o estudo se aprofundou nos fatores influenciadores no desempenho das unidades de saúde administradas pela OSS, de modo a permitir desdobramentos futuros em ações para mitigar as variabilidades evidenciadas e alavancar a performance dos equipamentos analisados.

Os resultados encontrados mediante a aplicação do estudo, demonstram que um dos fatores de maior relevância para assegurar o melhor desempenho das unidades de saúde administradas por uma OSS correspondem à interação entre os contratantes, cumprindo as obrigações contratuais, fluxos de repasses financeiros e parceria de médio para longo prazo, de modo a sedimentar a cultura da melhoria contínua.

Este trabalho se organiza em sete seções. A primeira retrata a Introdução, que apresenta o tema de estudo. A segunda aborda a identificação do problema de pesquisa e seus respectivos objetivos. A terceira seção contempla a Revisão da Literatura sobre modelos de gestão de unidades saúde públicas no Brasil, dando maior profundidade na modalidade contratual utilizada pela OSS em estudo. Em sequência, a metodologia de pesquisa é apresentada na seção 4, destacando o método de busca de dados e entrevistas para o aprofundamento na análise do tema em questão.

A quinta seção aborda as relações contratuais entre a contratante e a OSS, retratando os principais indicadores utilizados e a sua execução, além dos resultados obtidos pela pesquisa realizada, analisando os dados coletados frente a aplicação da avaliação de desempenho operacional. A sexta seção apresenta as conclusões principais, e, por fim, a sétima seção apresenta as considerações finais, sendo seguida pelo referencial teórico.

2 OBJETIVOS E PERGUNTA DE PESQUISA

Este trabalho tem por escopo analisar o sistema de avaliação de desempenho desenvolvido por uma Organização Social de Saúde (OSS) e aplicado em suas unidades gerenciadas. A OSS em questão possui 29 contratos de gestão ativos com 17 contratantes e está presente em 9 diferentes estados do Brasil, totalizando 29 unidades de assistência à saúde diferentes sob sua gestão.

A pergunta motivadora desta pesquisa foi: quais são os fatores que diferenciam o desempenho das unidades de saúde administradas por uma determinada OSS? Com a finalidade de responder a essa questão, os objetivos desse estudo foram organizados e se apresentam nas subseções seguintes.

2.2 OBJETIVO GERAL

O objetivo geral desta pesquisa foi analisar e compreender os principais indicadores estabelecidos em contratos de gestão utilizados por unidades de saúde administradas por uma determinada OSS.

2.3 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

O objetivo específico deste trabalho foi identificar os fatores que interferem diretamente no desempenho das unidades de saúde administradas por uma determinada Organização Social de Saúde, tendo como referência o modelo de avaliação operacional adotado por esta instituição.

2.4 RELEVÂNCIA DA PESQUISA

O modelo de gestão de equipamentos de saúde públicos por meio de OSS teve uma grande disseminação no país, desde de hospitais a unidades básicas de saúde. Atualmente, mais de 23 Estados e 220 municípios apresentam equipamentos de saúde são administrados por OSS no Brasil (SOUZA, 2017).

Apesar desse modelo ser disseminado desde os anos 90, ainda existem questionamentos de ordem política por aqueles que entendem se tratar de um processo de privatização do equipamento público, como também, com frequência, se levantam dúvidas sobre a eficiência do modelo por parte dos órgãos de fiscalização e do próprio poder executivo.

A OSS em estudo faz gestão de hospitais para entidades filantrópicas e privadas, bem como para equipamentos públicos sob a modalidade de contratos de administração. Frente às distintas modalidades contratuais praticadas, este estudo pretende identificar a composição de indicadores estabelecidos contratualmente e fatores que influenciam o desempenho das unidades de saúde. Para isso, além da análise de cláusulas contratuais, editais e planos de trabalho, também se verificou a estrutura para o monitoramento e gerenciamento da execução destas obrigatoriedades pela OSS, além de tentar retratar a relação entre as partes em prol do sucesso dos serviços prestados.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

Foi realizado levantamento bibliográfico na base de dados da Biblioteca Karl A. Boedecker, da Fundação Getúlio Vargas (FGV), além do catálogo de dissertações e teses da mesma. Os principais referenciais utilizados foram: “As Organizações Sociais de Saúde como Forma de Gestão Público-privada em Goiás: o Caso HUANA”, de Barbosa e colaboradores (2015); “Contrato de gestão: instrumento fundamental na implantação do modelo gerencial na administração pública brasileira”, de Gonçalves (2001); “Tendências na assistência hospitalar”, de Gonzalo Vecina Neto e Ana Maria Malik (2007); “*The Balanced Scorecard: measures that drive performance*”, de Kaplan e Norton (1992) e, finalmente, “Gerenciamento de Projetos: como gerenciar seu projeto com qualidade, dentro do prazo e custos previstos”, de Dinsmore e Neto (2012). Além das referências citadas, também foram estudadas outras teses, dissertações e entrevistas, sob a qual abordavam temas correspondentes ao estudo.

As palavras-chave utilizadas para a busca nas bases bibliográficas foram: “Parceria Público Privado”; “Organização Social de Saúde”; “Contrato de Gestão”, “Gestão Estratégica” e “Gerenciamento de Projetos”.

3.2 PARCERIA PÚBLICO PRIVADO

A Parceria Público Privada (PPP) teve origem na França, na década de 1970, por intermédio do Código das Contratações Públicas (CCP). Segundo Laubadère, Venezia e Gaudemet (1984), os contratos administrativos e concessões tiveram origem após a constituição do CCP, sendo encontrados três modos clássicos de gestão dos serviços públicos no direito francês:

- I. Dirigido: o serviço é explorado diretamente pela própria Administração com seus meios e agentes e a pessoa pública assume a direção estratégica e a gestão operacional do serviço;
- II. Estabelecimento público: quando explorado por uma pessoa pública, ele próprio recebe personalidade jurídica autônoma;
- III. Concessão: a gestão do serviço público é confiada, pela pessoa pública da qual ele depende, por meio de um ato de concessão, a um particular, que se encarrega de fazê-lo funcionar.

Naquela época, de acordo com Laubadère, Venezia e Gaudemet (1984), os três modelos pareciam suficientes em uma organização administrativa caracterizada pelo número restrito de serviços públicos e sua relativa uniformidade. Apesar de utilizados até hoje, houve a necessidade de progressos teóricos que acompanham a evolução geral administrativa francesa, em ordem de atender à diversificação e maior complexidade apresentadas.

No final da década de 1980, a Inglaterra também passou a adotar o modelo de parceria público privada, definida como *Private Finance Initiative* (PFI). Com o objetivo de ampliar a participação do setor privado na gestão de serviços públicos, Kenneth Clarke criou uma comissão para incentivar o processo de PPP. Evoluindo, em 1997, os neotrabalhistas liderados por Tony Blair fizeram a revisão do PFI, aprimorando suas ferramentas e criando mecanismos de indicadores de resultados para comparar a PPP com os resultados da administração direta, além da criação de uma força-tarefa para disseminar a expertise em torno da PFI no próprio governo (SUNDFELD, 2005).

Um estudo realizado em 2002 pelo *Institute for Public Policy Research* (IPR), demonstrou que, dentre os 378 projetos até aquele ano implantados por meio das PFI's, apenas 6% haviam submetidos a algum tipo de auditoria independente. Outro relatório do IPR demonstrou que a construção de projetos envolvendo escolas e hospitais alcançaram redução de custo em torno de 4% comparadas à implementação exclusiva pelo setor público (SUNDFELD, 2005).

Além da Inglaterra, outros países desenvolvidos e subdesenvolvidos utilizaram do modelo de PPP para alavancar a eficácia dos serviços públicos prestados. Como exemplo, os Estados Unidos da América (EUA), que pratica este tipo de parceria entre os governos, principalmente entre os de nível local e o setor privado, lucrativo ou não. Nos EUA, as organizações não lucrativas foram assumindo papéis voltados para o atendimento de uma série de necessidades que o poder público não atingia ou não estava no seu escopo de governo. Atualmente, elas respondem por metade dos hospitais, escolas e universidades do país (SUNDFELD, 2005).

A diferença é que os recursos financeiros destas organizações não lucrativas nos Estados Unidos são compostos por doações feitas por entidades privadas, e são financiados por parte da União por meio de pagamentos diretos, isenções fiscais, subsídios, etc. Este modelo é similar ao praticado em parcerias com as Santas Casas do Brasil, porém com maior participação do setor privado (SILVA, 2010).

3.3 MODELOS DE GESTÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE PÚBLICOS NO BRASIL

Desde 1967, o Brasil começou com um trabalho para flexibilização da burocracia estatal para contratação, remuneração e gestão de pessoal, promovida pelos governos da ditadura, com o objetivo de tornar administração pública mais eficiente (MAINWARING, 2001).

Mediante levantamento das modalidades de gestão de serviços de saúde públicos no Brasil, destacam-se abaixo as respectivas leis e/ou decretos instituídos para habilitação destes modelos e seus benefícios em uma linha de tempo:

- **Autarquia:** Se baseia no Decreto Lei nº 200/67, tendo como regime jurídico de direito público. A autarquia é um ente estatal criado por lei e tem a obrigatoriedade de seguir a Lei de licitações nº 8.666/93 para compras e contratos e toda força de trabalho é contratada por meio de concurso público e ato administrativo para exoneração. Esta modalidade não possui fins lucrativos e apresenta como benefício fiscal a imunidade de tributos. Exemplos de Autarquia: Universidades Públicas e Hospitais de Clínicas das Faculdades de Medicina da USP de Ribeirão Preto e São Paulo.
- **Fundação Estatal de Direito Privado:** O modelo de Fundação Estatal de Direito Privado, como o próprio nome diz é de direito privado, no entanto se caracteriza como ente estatal criado por lei, tendo a obrigatoriedade de seguir a Lei nº 8.666/93 para compras e contratos. Toda força de trabalho é contratada por meio da Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), mas devendo também passar por concurso público e ato administrativo para exoneração. Esta modalidade não possui fins lucrativos e apresenta como benefício fiscal a imunidade de tributos referente à aplicação da imunidade recíproca. Exemplos de Fundações Estaduais de Direito Privado: Fundação Saúde do Estado do Rio de Janeiro; Fundação Estatal de Atenção Especializada, lotada em Curitiba/PR.
- **Serviço Social Autônomo (SSA):** O modelo de Serviço Social Autônomo - SSA se iniciou baseado Lei Federal nº 8.246/91, tendo como regime jurídico de direito privado, criado na forma de lei. Por se tratar de uma modalidade de regime privado o modelo de fundação de apoio não precisa respeitar a Lei nº 8.666/93 para compras e contratos e

toda força de trabalho é contratada pelo regime CLT. Como benefícios fiscais, este modelo também possui isenção de tributos por ser uma entidade sem fins lucrativos.

Exemplos de SSA: Na área da saúde a Associação das Pioneiras Sociais - APS, responsável pela entidade gestora da Rede SARA H de Hospitais de Reabilitação em mais de oito estados no Brasil.

- **Fundação de Apoio:** O modelo de Fundação de Apoio se iniciou baseado na Lei Federal nº 8.958/94, tendo como regime jurídico de direito privado, criado na forma de legislação civil. Por se tratar de uma modalidade de regime privado o modelo de fundação de apoio não precisa respeitar a Lei nº 8.666/93 para compras e contratos e toda força de trabalho é contratada pelo regime CLT. Como benefícios fiscais, este modelo também possui isenção de tributos por ser uma entidade sem fins lucrativos. Exemplos de Fundações de Apoio: Fundação de Apoio da Universidade Federal do Rio Grande do Sul; Fundação Faculdade de Medicina da USP; FIOCRUZ; etc.
- **Sociedade de Economia Mista:** O modelo de Sociedade de Economia Mista é de direito privado por intermédio do Decreto-Lei nº 200/67, a sua criação é autorizada por lei. Esta modalidade tem a obrigatoriedade de seguir a Lei nº 8.666/93 para compras e contratos. Toda força de trabalho é contratada por meio da Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), mas devendo também passar por concurso público e ato administrativo para exoneração. Nesta modalidade não possui fins lucrativos e apresenta como benefício fiscal a imunidade de tributos. Exemplos Sociedade de Economia Mista: A única entidade nesta modalidade que atua na área da saúde é o Grupo Hospitalar Conceição, responsável pela gestão de diversos centros de saúde em Porto Alegre.
- **Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH):** O modelo de EBSERH é de direito privado, com criação autorizada por intermédio da Lei Federal nº 12.550/11. Esta modalidade tem a obrigatoriedade de seguir a Lei nº 8.666/93 de licitações para compras e contratos. Toda força de trabalho é contratada por meio da Consolidação das Leis do Trabalho – CLT, mas deve também passar por concurso público e ato administrativo para exoneração. Nesta modalidade não possui fins lucrativos e apresenta como benefício fiscal a imunidade de tributos. Exemplos de EBSERH: Hospital Universitário da Universidade Federal de Alagoas; Hospital Universitário Getúlio

Vargas; Hospital Universitário da Universidade Federal do Piauí; Hospital Universitário Maria Aparecida Pedrossian; Hospital Universitário Júlio Müller, etc.

- **Organização Social (OS):** O modelo de Organização Social se iniciou com base na Lei Federal nº 9.637/98, tendo como regime jurídico o direito privado, criado na forma de legislação civil. Por se tratar de uma modalidade de regime privado o modelo de OS não precisa respeitar a Lei nº 8.666/93 para compras e contratos e toda força de trabalho é contratada pelo regime CLT. Como benefícios fiscais, este modelo também possui isenção de tributos por ser uma entidade sem fins lucrativos. Exemplo: Pró-Saúde A.B.S.H.; Associação Paulista para o Desenvolvimento da Saúde – SPDM, OSS Hospital Maternidade Terezinha de Jesus – HMTJ, etc.
- **Organização da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIP):** O modelo de OSCIP se iniciou baseado na Lei Federal nº 9.790/99, tendo como regime jurídico de direito privado, criado na forma de legislação civil. Por se tratar de uma modalidade de regime privado, o modelo de OSCIP não precisa respeitar a lei 8.666/93 para compras e contratos e toda força de trabalho é contratada pelo regime CLT. Como benefícios fiscais, este modelo também possui isenção de tributos por ser uma entidade sem fins lucrativos. Exemplo: SEBRAE, Serviço Social da Indústria – SESI, etc.
- **Filantropia:** O modelo de Filantropia se iniciou baseado nas Leis Federais Leis Federais 12.101/09 e 13.019/14, tendo como regime jurídico de direito privado, criado na forma de legislação civil. Por se tratar de uma modalidade de regime privado o modelo Filantropia não precisa respeitar a Lei nº 8.666/93 para compras e contratos e toda força de trabalho é contratada pelo regime CLT. Como benefícios fiscais, este modelo também possui isenção de tributos por ser uma entidade sem fins lucrativos. Exemplos de instituições filantrópicas: Santas Casas de Misericórdia.
- **Parceria Público Privado (PPP):** O modelo de PPP se iniciou baseado na Lei Federal nº 11.079/04, tendo como regime jurídico de direito privado, criado na forma de legislação civil. Por se tratar de uma modalidade de regime privado o modelo PPP não precisa respeitar a Lei nº 8.666/93 para compras e contratos e toda força de trabalho é

contratada pelo regime CLT. Diferentemente dos demais modelos apresentados acima, as PPPs são entidades com finalidade lucrativa, que por sua vez não apresentam benefícios fiscais. Exemplos de PPPs: Hospital do Subúrbio/BA, Instituto Couto Maia/BA.

3.4 SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE E SUA COMPLEXIDADE

Conforme retratado na introdução deste estudo, desde a década de 1970 o Brasil passou por longo processo de reforma sanitária, envolvendo inúmeras discussões relacionadas à estrutura governamental, até mesmo quanto a operacionalização de todo sistema de saúde pública do país.

Tais discussões, mais tarde, levaram à criação do Sistema Único de Saúde, o SUS, por meio da Lei Orgânica da Saúde Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, cujo objetivo focado em estruturar o sistema público de saúde para solucionar problemas encontrados no atendimento da população, defendendo o direito universal à saúde.

Em poucos meses foi lançada a Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, que imprimiu ao SUS uma de suas principais características: o controle social; ou seja, a participação dos usuários (população) na gestão do serviço. Neste mesmo ano o Brasil passava dos 140 milhões de habitantes, o que fez do SUS ser criado já sendo responsável por um dos maiores sistemas de saúde pública do mundo (IBGE, 2018).

Desde a criação do SUS, o sistema saúde pública passou por uma forte mudança, que impactou diretamente no modelo de gestão utilizado até então pelos prestadores de serviços de saúde. Com a unificação do sistema de saúde, foi possível equacionar o problema do acesso dos usuários aos equipamentos de saúde. No entanto, os prestadores de serviços de saúde até hoje apresentam dificuldades para assegurar o equilíbrio econômico-financeiro dos seus estabelecimentos, devido a uma série de fatores como a tabela de remuneração aos serviços prestados; a qualidade da gestão de hospitais e a regionalização do sistema de saúde, de modo a concentrar energia na atenção básica e centralizar serviços de média e alta complexidade em grandes centros regionais e não por município conforme a sua disponibilidade de recursos.

Pensado na estruturação de unidades de atendimento microrregionais, o Brasil passou por um momento de construção de diversos Hospitais de Pequeno Porte (HPP), muitas vezes condicionados a campanhas políticas, havendo o entendimento de que uma unidade hospitalar,

independentemente da sua complexidade, poderia garantir resolubilidade assistencial para alguns municípios. Conforme estudo elaborado por Vecina Neto e Malik (2007), em 2005 os HPP representavam 62% da rede hospitalar brasileira e 18% dos leitos existentes, estando distribuídos, majoritariamente, em pequenos municípios interioranos.

De acordo com a classificação do SUS, HPP são hospitais de até 49 leitos, destinados aos atendimentos de baixa complexidade frente às demais estruturas de médio e grande porte, bem como de hospitais de capacidade extra, quando apresenta mais de 500 leitos.

Segundo Vecina Neto e Malik (2007), hospitais que apresentam baixa complexidade se tornam inviáveis economicamente, devido à necessidade do atendimento básico às legislações vigentes frente à sua baixa resolubilidade nos atendimentos. Para se ter ideia, mesmo que durante todo período noturno ocorra apenas uma demanda de atendimento de urgência e emergência, além da estrutura física já instalada, uma série de profissionais devem estar à disposição ou de sobreaviso para prestar minimamente o serviço de estabilização do usuário, sendo que, em diversas situações, os usuários serão reencaminhados para outro centro de maior complexidade.

Este exemplo deixa claro que municípios pequenos, mesmo utilizando todas as suas verbas destinadas à saúde para manutenção de um hospital com o perfil citado, ainda não são capazes de suprir a real necessidade da saúde da população, sendo que, utilizando o mesmo recurso, poderiam fazer um convênio com municípios de maior estrutura na região para disposição dos serviços de saúde de maior complexidade e concentrar o restante dos recursos para promoção da atenção básica.

Dos 86 hospitais privados membros da Associação Nacional de Hospitais Privados (ANAHP), apenas um hospital possui menos de 50 leitos, e, mesmo assim, se trata de um serviço altamente especializado (cardiologia de alta complexidade), localizado em uma capital que concentra a quinta maior renda per capita entre as capitais brasileiras e um Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) elevado. Em outras palavras, se HPP fossem financeiramente viáveis, haveriam milhares destes privados em todo país.

De acordo com Vecina Neto e Malik (2007, p.2.):

Observa-se tendência a reduzir o número de leitos e de hospitais, exceto em casos específicos. A tendência é criar escalas econômicas mais adequadas para serviços com maior complexidade, com concentração de tecnologia tanto em equipamentos quanto em processos. Isto aponta para o fim dos pequenos hospitais, salvo em especialidades e condições especiais.

Outro problema que reflete diretamente na operacionalização do SUS, é o fato do Brasil apresentar cerca de 47,4 milhões de beneficiários em planos de assistência médica privada, frente a uma população de 207,7 milhões de habitantes, ou seja, apenas 23% dos brasileiros (ANS, 2017; G1, 2017).

Diante dos números apresentados pela ANS e pelo IBGE 2018, é possível concluir que o Brasil conta com o montante aproximado de 160,3 milhões de cidadãos dependentes exclusivamente dos serviços de saúde disponibilizados pelo SUS, o que gera a superlotação dos centros de saúde, longas filas para atendimento, além do alto custo para a união e aumento da probabilidade de aumento dos riscos assistenciais para os usuários, uma vez que a qualidade e segurança hospitalar fica comprometida por uma série de motivos relacionados a processos, infraestrutura e gestão.

Segundo o estudo realizado por Pavao e colaboradores (2011), a ocorrência de eventos adversos em hospitais brasileiros provocados por falha do processo assistencial atingia 7,6% dos pacientes internados, representando um montante aproximado de 1,14 milhões de pacientes atingidos diretamente por ano que, ao invés de se beneficiarem com a prática do cuidado, acabam sofrendo algum tipo de dano desnecessário. Esta ineficiência impacta diretamente no aumento dos custos dos serviços de saúde, pois a média de permanência dos pacientes internados se torna maior, o giro de leitos reduz, o consumo de medicamentos e materiais hospitalares aumenta e o usuário sai insatisfeito ou movimenta uma ação civil contra os profissionais de saúde e as respectivas instituições (MOURA e MENDES, 2012). Ou seja, todos os envolvidos no processo saem perdendo por não haver uma gestão adequada, principalmente no que se refere às atividades de promoção da qualidade e segurança do paciente.

O cenário da qualidade e segurança assistencial é tão preocupante que o próprio Ministério da Saúde instituiu a Resolução RDC N°36 em 2013, definindo ações para a segurança do paciente em serviços de saúde dentre outras providências. Uma das ações obrigatórias é a constituição de um Núcleo de Segurança do Paciente (NSP), atribuindo a responsabilidade dos estabelecimentos de saúde em dispor de recursos humanos, financeiros, equipamentos, insumos e materiais.

Antes mesmo da Resolução RDC N°36 em 2013, diversos hospitais brasileiros já adotavam diversos modelos de certificação hospitalar, com o intuito de buscar melhorias nos processos assistenciais e proporcionar maior segurança para os serviços prestados. De todos aqueles utilizados no país destacam-se três internacionais como, por exemplo a Joint Commission International com origem Americana, a Qmentum International Membership de

origem Canadense e mais recente a Agencia de Qualidade Sanitaria de Andalucia (ACSA) de origem Espanhola. Como modelo nacional foi fundada em 1999 a Organização Nacional de Acreditação (ONA), entidade não governamental sem fins lucrativos que certifica a qualidade dos serviços de saúde no Brasil, com foco na segurança do paciente. A ONA apresenta atualmente o maior número de unidades de saúde certificadas comparada às demais certificações citadas acima, no entanto ainda precisa de um grande avanço. Dos 6.805 hospitais do país, apenas 293 são certificados pela ONA, sendo 72 destes acreditados no nível I, 86 no nível II e 135 reconhecidos pelo nível III que representa excelência dos serviços prestados (CNES, 2018; ONA, 2018). De todos os hospitais certificados ONA III, apenas 10 são hospitais públicos, isto representa menos que 7,4% da realidade dos 2.987 hospitais SUS do país (BRETAS, 2016).

Não obstante, existem ainda dois fatores decorrentes do sistema de saúde privado que impactam muito no modelo do SUS e que poderão ser ainda mais preocupantes, caso não analisados profundamente nos próximos anos, trazendo um colapso para toda saúde pública do país. Estes dois fatores se concentram no índice de Variação do Custo Médico-Hospitalar (VCMH) e as mudanças nos perfis epidemiológicos e demográficos da população. De acordo com o estudo do Instituto de Estudos de Saúde Suplementar (IESS), o VCMH registra, desde 2013, um fechamento anual superior a 15% ao ano, segundo levantamento do Broadcast. Apenas nos seis primeiros meses de 2016, o indicador oscilou no patamar de 18% a 19,7%. Este aumento decorre inicialmente do sistema de pagamento das operadoras aos prestadores de serviços de saúde no Brasil, denominado *fee-for-service*. Nesse formato de pagamento, a conta hospitalar absorve todos os custos, inclusive desperdícios e falhas assistenciais, como reinternações, por exemplo. Todos os insumos são adicionados à conta hospitalar e, dessa forma, os prestadores buscam o máximo consumo possível com o objetivo de obter a máxima remuneração, sem se preocupar com a eficiência (IESS, 2016). Com o aumento substancial de custos da Saúde Suplementar, os beneficiários tenderão a migrar ainda mais para o SUS, por não conseguirem suportar tais reajustes, assim como as próprias empresas poderão deixar de ofertar o benefício da saúde suplementar para seus colaboradores.

As mudanças de perfil demográfico e epidemiológico da população também são extremamente preocupantes para o SUS atualmente – e serão ainda mais complexas nas próximas décadas. A perspectiva de vida dos brasileiros vem aumentando consideravelmente nos últimos 50 anos, saindo de média 66,01 e chegando a 71,88 anos para homens e de 73,92 para 79,05 anos para as mulheres. Segundo dados do IBGE, a previsão para 2030 será maior

ainda, e a população que possui mais de 60 anos, considerada como idosos, passará do patamar de 7,9% para 13,44%, cuja expectativa de vida será de 75,28 e 82,00 anos respectivamente para homens e mulheres. Em Santa Catarina, este cenário é ainda mais impactante, tendo em vista que o Estado possui a maior expectativa do país: o catarinense que nasceu em 2016 terá a perspectiva de viver até 79,1 anos (IBGE, 2016).

Esta concentração de idosos aumentará consideravelmente a necessidade de reestruturação do sistema de saúde para desenvolvimento de um trabalho focado na promoção da saúde, com incentivos a hábitos saudáveis além do trabalho focado na atenção básica para prevenir e contingenciar doenças crônicas e outras questões que poderão se agravar com o tempo, levando ao usuário a necessitar um atendimento mais complexo e mais caro para o sistema de saúde.

Diante das perspectivas do aumento da complexidade e da demanda de atendimentos ao SUS para os próximos anos, além do pensamento de reestruturação da rede de saúde, os prestadores de serviços deverão apresentar resultados cada vez mais efetivos para que o sistema não entre em colapso. Neste contexto a participação das OSS pode ser importante diante dos números relacionados à efetividade apresentados pela Secretaria Estadual de São Paulo, que por sua vez refletem diretamente na economicidade e no aumento da produtividade dos serviços prestados, quando comparados à gestão direta (SOUZA, 2017).

3.5 ORGANIZAÇÕES SOCIAIS DE SAÚDE (OSS)

Conforme retratado no item 3.2 deste estudo, o modelo de OS se iniciou baseado na Lei Federal nº 9.637/98, tendo como regime jurídico de direito privado, criado na forma de legislação civil (BRASIL, 1998). Por se tratar de uma modalidade de regime privado o modelo de OS não precisa respeitar a Lei nº 8.666/93 para compras e contratos e toda força de trabalho é contratada pelo regime CLT. Como benefícios fiscais, este modelo também possui isenção de tributos por ser uma entidade sem fins lucrativos (BRASIL, 2018).

Uma instituição deve atender uma série de requisitos para se qualificar como OSS no Brasil. Alguns dos requisitos são a criação de um conselho consultivo contemplando a natureza social e objetivos de atuação, destacar como finalidade não lucrativa, prever órgãos de deliberação superior e de direção, constituir um conselho de administração e uma diretoria definidos nos termos do estatuto, definir a composição e atribuições da diretoria, publicar

anualmente, no Diário Oficial da União, os relatórios financeiros e de execução do contrato de gestão, dispor de um Conselho de Administração, além de diversas outras obrigações relacionadas ao gerenciamento e fiscalização dos contratos de gestão e o fomento às atividades sociais (BRASIL, 1998).

Desde 2009, o Ministério de Desenvolvimento Social, por meio da Lei nº 12.101 criou a Certificação para Entidades Beneficentes de Assistência Social (CEBAS), concedida a unidades que atuam nas áreas de assistência social, saúde ou educação, possibilitando usufruir da isenção de contribuições para a seguridade social e celebração de parcerias com o poder público, desde que atenda os dispositivos da lei supracitada, o que permite a atuação e os mesmos benefícios de OSS (BRASIL, 2009).

Diante de todos os modelos de gestão de serviços de saúde públicos no Brasil, a modalidade OSS cresce mais rápido frente as demais, justamente por obter características que permitem maior flexibilidade para o desenvolvimento da gestão, assim como por se tornar um modelo extremamente eficiente em detrimento dos benefícios fiscais. Para exemplificar o impacto referente às imunidades fiscais, no modelo OSS destacam-se a cota patronal, o Programa de Integração Social (PIS), a Contribuição para o Financiamento da Seguridade Social (COFINS) e o Imposto de Renda sem lucro e o Instituto Nacional do Seguro Social (INSS). Somando-se os benefícios, para uma instituição com o faturamento de aproximadamente 1,3 bilhões de reais em 2017, cerca de 224 milhões são isentos de impostos, o que representa 17,3% de todas as despesas geradas (Balanço patrimonial OSS, 2017).

Considerando os incentivos fiscais, o modelo de OSS se destaca devido à mobilidade no gerenciamento de pessoas e de recursos financeiros. Os colaboradores são contratados pelo regime CLT, e a instituição possui completo gerenciamento da equipe, desde que respeitadas as convenções trabalhistas regionais e normativas dos conselhos de classes. Considerando este regime de contratação, os gestores conseguem implementar políticas e processos de gestão por competência, cada colaborador passa a ser avaliado frente a sua descrição de cargo e respectivas competências, possibilitando assim o desenvolvimento da equipe para o alcance dos objetivos institucionais. Este modelo também é aplicado para servidores públicos, no entanto, desde a criação da Lei nº 9.367/98, um dos objetivos foi oferecer mais autonomia e flexibilidade ao serviço público com o aumento de eficiência e qualidade. Especialmente na área da saúde, o Governo do Estado de São Paulo adotou o modelo de Contrato de Gestão, conseqüentemente o regime CLT sem concurso público como alternativa à gestão hospitalar pública (BARBOSA e ELIAS, 2010).

Referente à gestão de recursos financeiros, o modelo de OSS se torna mais eficiente comparado à gestão direta principalmente pela facilidade em utilizar o orçamento/custeio para o exercício das atividades e aquisição de insumos. Na gestão direta pelo Estado, toda a aquisição de insumos deve respeitar a Lei N°8.666 e o processo de compra é realizado por meio de pregão, respeitando uma série de critérios prazos estabelecidos. No modelo de gestão por OSS este processo se torna mais ágil por não haver a obrigatoriedade em seguir a Lei n°8.666, tendo como critério apenas a realização de três cotações simples, respeitando os termos de publicidade e transparência, conforme regulamento de compras (BARBOSA e ELIAS, 2010).

O modelo de gestão de serviços de saúde por OSS apresenta melhor custo-benefício sob diversos indicadores comparados à gestão direta de hospitais gerais, conforme estudo recente da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, apontando maior produtividade e menor custo. Neste estudo foram avaliados o total de 43 hospitais contendo os dois regimes de gestão citados acima, concluindo que a gestão por OSS consegue ser até 52% mais produtiva e 32% mais barata para o Estado, comparada à administração direta (SOUZA, 2017).

Os hospitais sob gestão de OSS também tiveram desempenho 13% superior no índice de ocupação, assim como apresentaram o tempo médio de permanência 11,8% inferior, em dias, o que demonstra melhor eficiência, além de demonstrar a taxa de cesáreas 16% inferior frente à gestão direta. Ou seja, mais do que o aumento da produtividade, destaca-se a melhoria na qualidade assistencial.

Outro fator preponderante destacado no estudo sob o aspecto financeiro foi que o custo médio de uma internação no modelo de gestão por OSS foi de R\$7,4 mil, frente ao montante de R\$10,9 mil na gestão direta. Esta diferença de 32% retrata que, em um hospital geral apresentando um volume médio de 500 internações por mês, terá um custo de aproximadamente R\$1,75 milhões, chegando a R\$21 milhões ao ano, o que poderia realizar com o mesmo orçamento cerca de 2.837 novas internações. O custo com paciente/dia na gestão por OSS também se apresenta 23% inferior comparado à gestão direta, representando respectivamente a diferença de R\$1,24 mil para R\$1,6 mil (SOUZA, 2017).

Guerra também aborda em sua dissertação “Gestão Privada na Saúde Pública: ” indicadores comparando o modelo de gestão de hospitais públicos por OSS e pela gestão direta. A autora conclui que a gestão por OSS apresenta melhores resultados comparada à gestão direta, apontando menor taxa de mortalidade e maior qualidade corporativa (GUERRA, 2015).

Apesar dos indicadores demonstrarem efetividade quanto ao aumento da produtividade, melhoria na qualidade assistencial e menor custo para a prestação dos serviços, existe um fator preocupante para o modelo de gestão por OSS. Atualmente mais de 23 Estados e 220 municípios aderiram ao modelo de gestão de serviços de saúde por OSS, no entanto existem preocupações quanto ao modelo, devido a “fragilidade” na fiscalização dos contratos por parte dos servidores indicados para controlar os gastos e verificar se as metas contratuais são cumpridas, conforme apontado pelos técnicos do Tribunal de Contas da União (TCU) (WERNECK e BOTTARI, 2016).

O TCU tem focando sua atenção para os processos licitatórios praticados no Brasil, assim como para eventuais desvios de recursos financeiros por OSS. Como exemplo, em fevereiro de 2013, o Tribunal de Contas Municipal do Rio de Janeiro investigou Organizações Sociais de Saúde que administravam mais de 108 unidades de saúde no Município do Rio de Janeiro. Das dez OSS atuantes, oito foram investigadas em procedimentos do Ministério Público – MP estadual e em ações no Tribunal de Justiça do Rio por suspeita de irregularidades. Os auditores do Tribunal de Contas do Município constataram sobre-preço de até 508% na compra de medicamentos (WERNECK e BOTTARI, 2016).

Segundo Barbosa e colaboradores (2015), o modelo de OSS sob a gestão de serviços de saúde públicos tem apresentado vantagens, tendo como destaque para a maior flexibilidade no processo de aquisição de insumos e serviços, assim como na cultura de monitoramento e de avaliação de desempenho de metas de referência em relação ao uso dos recursos. No entanto as principais dificuldades encontradas se relacionam ao acompanhamento e à avaliação pelo setor público dos objetivos e metas acordados nos contratos de gestão e a deficiência na avaliação dos custos assistenciais para a fixação de valores contratuais a serem repassados às OSS.

Santos também retrata em sua dissertação que apesar das OSS contratadas pela Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo cumprirem a Lei Estadual N°846/1998, ressalta preocupações perante ao modelo de gerenciamento da execução dos contratos por parte das OSS. A autora aponta que os mecanismos de pagamento ao prestador, aos quais envolvem a definição de valores, dependem das características da relação entre o contratante e o prestador, pois os dados da avaliação não permitem responder precisamente à questão do desconto realizado pelo não cumprimento das metas, sugerindo compensação futura, quando aplicado o desconto. A autora destaca ainda que a metodologia de avaliação deveria considerar as diferenças de porte e perfil epidemiológico dos hospitais, tendo em vista que os indicadores

selecionados são aplicados indistintamente a todos os hospitais, os quais têm perfis variados, dificultando a análise de desempenho e avaliação no sentido comparativo (SANTOS, 2016).

Atualmente, muitos Estados e municípios utilizam contratos com Organizações Sociais de Saúde para o gerenciamento de hospitais, ambulatórios de especialidades, laboratórios e unidades de pronto atendimento com excelentes resultados, mas ainda existe um longo caminho a ser percorrido pelos gestores públicos e pelas OSS, no desenvolvimento das capacidades necessárias à celebração de parcerias consistentes e produtivas.

3.6 CONTRATOS

Contrato é a relação entre duas ou mais partes interessadas, que se obrigam a cumprir o que foi combinado sob determinadas condições. No modelo de gestão de serviços de saúde existem diversos modelos adotados pelas OSS, tanto para gestão de serviços públicos quanto para gestão de serviços privados.

Neste estudo foram analisadas quatro modalidades contratuais adotadas pela OSS de referência a este trabalho, sobre a qual serão apresentadas a seguir, respectivamente as definições dos contratos de gestão, contrato administrativo, contrato de gestão de serviços privados e contrato de assessoria.

3.6.1 Contrato de gestão

O contrato de gestão teve origem na França nos anos 70, cujo objetivo era a recuperação de empresas públicas deficitárias, denominado como “contrato de programas”. Após 10 anos de utilização do modelo, a proposta deste regime de contratualização foi modernizar as empresas estatais, chamado como “contrato de empresas”. Em sequência, esta modalidade contratual passou a ser denominada “contrato de plano”, buscando a adequação com planos de governo. O contrato de gestão passou por mais duas fases sequenciais, apresentando uma configuração mais complexa denominada como “plano de objeto”, contemplando o plano empresarial, a previsão financeira e o resumo estratégico dos planos para um período de 3 a 4 anos. No final dos anos 70 o contrato de gestão tomou proporção mundial a partir do momento em que a Inglaterra adotou do modelo para gerir estatais com a participação de empresas privadas (GONÇALVES, 2001).

No Brasil, segundo Gonçalves (2001), o primeiro contrato de gestão adotado no país foi entre o Ministério da Saúde e a Associação Pioneiras Sociais em 1991. Em sequência a Companhia Vale do Rio Doce também adotou deste modelo, firmando 88 contratos de gestão com empresas públicas, fundações e autarquias.

O modelo foi adotado rapidamente pelas estatais, pois essas consideravam um bom modelo para o desenvolvimento dos serviços, em virtude da facilitação no processo de gestão de pessoas, implantação de processos de qualidade total (ANDRÉ, 1999).

Segundo Gonçalves (2001, p.57-69), o contrato de gestão seria:

[...] uma forma de relacionamento entre os governos Governo e as entidades públicas e privadas, baseada na autonomia, controle de resultados e na participação efetiva da sociedade na definição e controle de políticas públicas.

Segundo Cintra (2004), a definição deste modelo contratual foi designada como “instrumento chave” no relacionamento entre os ministérios e as entidades contratadas, principalmente por:

- Clarificar o foco da instituição;
- Possibilitar maior base de comparação entre o atual desempenho da instituição e o desempenho desejado;
- Definir níveis de responsabilidade e de responsabilização;
- Possibilitar o controle social, por resultados e por comparação com outras instituições.

Os contratos deveriam ainda obter como cláusulas mínimas: Objeto Contratual, Objetivo; Metas; Obrigações da Contratada; Obrigações dos Ministérios supervisor e intervenientes; Valor; Acompanhamento e avaliação de resultados; Suspensão; Vigência e renovação; Publicidade e controle social; Rescisão; Desqualificação e finalidades.

Das cláusulas apresentadas, as metas contratuais se definem como uma das mais relevantes para o gerenciamento durante a vigência contratual, tendo em vista a existência de fatores variáveis caso a empresa contratada não venha a cumprir o limite mínimo de tolerância. Periodicamente os contratos de gestão são avaliados por uma comissão de fiscalização instituída pelo Estado, que por sua vez verifica a completa execução das obrigações contratuais e, caso venha haver algo em desacordo com as entregas previamente estabelecidas, são aplicadas sanções e glosas financeiras à contratada.

Referente aos hospitais públicos que exercem suas atividades por intermédio de OSS, o contrato de gestão segue praticamente a mesma estrutura e preceitos estabelecidos pelo Ministério da Administração Federal. A Lei nº 9.637/98 estabelece que, na elaboração do

contrato de gestão, devem ser observados os princípios da legalidade, economicidade, publicidade, moralidade, impessoalidade, e também os seguintes preceitos: a especificação do programa de trabalho proposto pela OSS, a estipulação das metas a serem atingidas e os respectivos prazos de execução, bem como previsão expressa dos critérios objetivos de avaliação de desempenho a serem utilizados, mediante indicadores de qualidade e produtividade. Os contratos de gestão também devem estipular limites e critérios para despesa com remuneração e vantagens de qualquer natureza a serem percebidas pelos dirigentes e empregados das OSS, no exercício de suas funções.

Da execução e fiscalização dos contratos de gestão, a Lei nº 9.637 estabelece a obrigatoriedade do Estado em definir uma comissão de avaliação, composta por uma equipe de especialistas de notória capacidade e adequada qualificação. Além da aplicação de notificações e glosas financeiras à contratada, caso a comissão de fiscalização identifique alguma irregularidade ou ilegalidade na utilização de bens ou recursos de origem pública pela OSS, dela darão ciência ao Tribunal de Contas da União, sob pena de responsabilidade solidária.

3.6.2 Contrato administrativo

A Lei 8.666/93 estabelece normas gerais sobre licitações e contratos administrativos relativos a obras, serviços, compras, locações e alienações no âmbito dos poderes da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios. Conforme previsto no Art. 2º, parágrafo único, para os fins desta lei, considera-se contrato todo e qualquer ajuste entre órgãos ou entidades da Administração Pública e particulares em que haja um acordo de vontades para a formação de vínculo e a estipulação de obrigações recíprocas, seja qual for a denominação utilizada (BRASIL, 1993).

A estrutura do contrato administrativo segue também diretrizes semelhantes às retratadas no modelo de contrato de gestão, devendo apresentar no processo licitatório: os projetos básico e executivo, orçamento detalhado contemplando todos os custos relacionados ao serviço, metas, prazo, etc. Municípios e Estados também utilizam decretos para inclusão de cláusulas de modo a atender as particularidades da sua região. Portanto, as OSS precisam realizar o devido planejamento para conseguir cumprir todas as exigências.

3.6.3 Contrato de prestação de serviços de saúde entre entes privados

Nesta modalidade contratual, a base jurídica se refere ao Código Civil, seguindo os princípios da função social do contrato e da boa-fé sujeita.

Art. 422. Os contratantes serão obrigados a guardar assim na conclusão do contrato, como em sua execução, os princípios de probidade e boa-fé (Art.422, Código Civil).

O princípio da boa-fé subjetiva determina-se pela consciência do contratante na realização do negócio. Deste modo, age com boa-fé aquele que crê estar realizando uma conduta correta, baseando-se no grau de conhecimento que possui sobre o negócio (BALTAZAR, 2012).

O contrato de prestação de serviços para entes privados adota diversas características abordadas nos modelos de contrato de gestão e administrativo, no entanto, se torna facultativo quanto à estrutura de cláusulas e obrigatoriedades, desde que acordadas previamente entre as partes.

Geralmente a contratante estrutura a minuta contratual de acordo com suas necessidades operacionais e financeiras, cabendo à contratada identificar a viabilidade de cumprir os critérios definidos. Neste modelo, caso não seja de interesse próprio, o contratante poderá seguir os critérios de contratação de acordo com o regulamento interno, sem haver a necessidade de dar publicidade ou equidade, dentre outros fatores obrigatórios dispostos nos modelos citados acima. A preocupação maior do contratante privado é a economicidade em que a contratada poderá conceder na prestação dos serviços.

Outro ponto relevante neste modelo é o fato de não haver obrigatoriedade quanto a definição do prazo máximo de contratação, o que faz de a parceria poder ser estabelecida por tempo indeterminado ou em comum acordo entre as partes.

Resumidamente, este modelo possui autonomia total entre as partes para o estabelecimento da parceria, desde que ambos estejam de acordo com as entregas, responsabilidades assumidas e que respeitem a legalidade.

3.6.4 Contrato de assessoria

O contrato de assessoria também dispõe como embasamento jurídico o Código Civil, seguindo os princípios da função social do contrato e da boa-fé sujeita, aplicando-se também exclusivamente entes de privados.

De todos os modelos contratuais citados, o modelo de assessoria se torna o mais simplificado, devido ao fato de exigir menor número de obrigações, bem como menor grau de responsabilidade entre as partes.

Devido ao fato da sua aplicabilidade ser destinada exclusivamente para instituições de direito privado, o contrato de assessoria também apresenta critério livre a ser definido entre as partes, desde que ambas estejam de acordo com as responsabilidades e que respeitem os princípios do Código Civil.

Para exemplificar este modelo contratual, foi utilizado como referência contratos estabelecidos praticados pela OSS em estudo, identificando assim obrigações simplificadas, quando comparadas aos demais modelos apresentados. Neste modelo o objeto contratual contempla apenas a atuação direta um diretor geral e um assessor hospitalar para condução dos trabalhos de gestão estratégica da instituição.

Esta modalidade apresenta menor custo para a contratante, no entanto exige a contratada de uma série de responsabilidades assumidas nos demais modelos como: obrigações trabalhistas, responsabilidade econômica financeira da unidade de saúde, cumprimento de metas, dentre outros fatores especificados nos exemplos acima.

3.6.5 Comparativo das Modalidades Contratuais

Este estudo buscou identificar diferenças nas modalidades contratuais utilizadas nesta dissertação, com o propósito de retratar pontos positivos e negativos para o estabelecimento de parcerias, conforme disposto no quadro 1, disposto a seguir.

Quadro 1 - Modelos de Contratos para Gestão de Serviços de Saúde utilizados pela OSS em estudo.

MODELOS DE CONTRATOS PARA GESTÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE				
Descrição	Modelo Contratual			
	Contrato de Gestão	Contrato Administrativo	Contrato de Ges. Ser. Saúde Privados	Contrato de Assessoria
Lei	Lei nº 9.637/98.	Lei nº 8.666/90.	Não contempla.	Não contempla.
Metas	Sim.	Sim.	Sim.	Não contempla
Vigência	Processo licitatório válido pelo prazo máximo 5 anos.	Processo licitatório válido pelo prazo máximo 5 anos.	Definido entre as partes.	Definido entre as partes.

Responsabilidade trabalhista	Responsabilidade subsidiária.	Responsabilidade subsidiária.	Responsabilidade definida contratualmente.	Não se aplica.
Preço	Não há previsibilidade de teto, no entanto existem decretos limitando a um percentual máximo de 5% do valor contratual.	Não há previsibilidade de teto, no entanto existem decretos limitando a um percentual máximo de 5% do valor contratual.	Definido em comum acordo entre as partes.	Definido em comum acordo entre as partes, no entanto apresenta menor custo, por apresentar menor complexidade.

Fonte: Elaboração própria, 2018.

3.7 ORGANIZAÇÃO SOCIAL DE SAÚDE – PROPOSTA DE ESTUDO DE CASO

Este estudo teve como referência uma Organização Social de Saúde, que foi denominada por OSS para fins de sigilo das informações. A OSS atua neste segmento há mais de 50 anos no Brasil. Ela está entre as maiores neste setor, sendo responsável direta pela gestão de mais de 29 unidades de saúde em 8 Estados e 22 municípios distintos. Para condução de todos os trabalhos desenvolvidos, a OSS conta também com mais de 16.000 colaboradores, 2.700 médicos, fazendo a gestão de aproximadamente 2.100 leitos e atendendo mais de um milhão de usuários mensalmente.

Estudando a história desta OSS foi possível perceber grandes mudanças aplicadas para o monitoramento e alavancagem da melhor de desempenho unidades de saúde por ela administradas. Conforme disposto anteriormente esta OSS atua em 22 municípios e 8 Estados distintos, estabelecendo contratos com diferentes modalidades, inclusive envolvendo perfis de contratantes heterogêneos com visão pública e privada.

Pensando na avaliação de desempenho de unidades tão distintas e de diferentes complexidades, a diretoria executiva da instituição criou um instrumento consolidador de diversos indicadores, com a capacidade de avaliar o nível de gestão de cada uma das unidades de saúde, bem como prever possíveis riscos de gestão dos projetos para além da comparabilidade entre eles, sob as perspectivas financeira, clientes, processos e aprendizado.

Referente à visão financeira, a instituição focou em aspectos relacionados à execução do orçamento do programa, estabelecido para cada unidade de saúde utilizando como referência o teto econômico estabelecido contratualmente. Além do orçamento, foram estabelecidos

também indicadores que sinalizam a evolução do fluxo de caixa, receitas por competência e o fluxo de pagamento de custos e despesas indiretas.

Para a perspectiva de clientes, como 100% dos contratos analisados indicam o percentual de satisfação do paciente, a OSS definiu este indicador como referência, que, por sua vez, é avaliado no quadro de metas qualitativas.

A perspectiva de processos é a que contempla o maior volume de requisitos que retratam o desempenho das unidades de saúde, sob os aspectos relacionados ao cumprimento do objeto contratual, plano de trabalho operacional, obrigações pertinentes ao edital, metas contratuais e questões relacionadas à qualidade e segurança assistencial. Especialmente para avaliação das unidades de saúde quanto à qualidade e segurança do paciente, a OSS desenvolveu, em 2008, um instrumento contendo mais de 5.000 requisitos, que variam conforme a complexidade de cada estabelecimento de saúde.

Os requisitos contemplados neste instrumento se dividem em quatro grupos correspondentes a infraestrutura, gestão, aspectos técnico-operacionais e segurança e riscos. Estes requisitos se subdividem em 34 processos relacionados aos serviços assistenciais, administrativos e de apoio, classificados pelo grau de criticidade e variando de um a três, conforme o nível de gestão.

Como forma de verificação do nível de adesão às práticas de qualidade e segurança assistencial, a OSS dispõe de uma equipe multidisciplinar de consultores, contendo médicos, enfermeiros, administradores, farmacêuticos e especialistas em hotelaria e *facilites*, que planejam e auditam periodicamente todas as 29 unidades de saúde administradas pela instituição. Toda auditoria é realizada localmente e a validação dos itens são baseadas em evidência, classificando cada requisito como conforme, não conforme ou não se aplica, quando o requisito não for aplicável ao caso ou não possuir razão de existir naquela situação, como por exemplo o hospital que não contemple o serviço de obstetrícia e *checklist* contemple itens pertinentes a esta atividade.

Mediante a avaliação de todos os requisitos contemplados no plano de auditoria, os consultores – que, na ocasião, atuam como avaliadores – consolidam todos os dados, destacando fatores de maior relevância como pontos fortes e oportunidades de melhoria, assim como finalizam a contabilização dos itens avaliados para que, em sequência, sejam apresentados aos gestores da unidade. Os resultados são apresentados com base em indicadores que retratam o desempenho da unidade com o percentual global de conformidade frente aos requisitos avaliados, divididos também por grupo, processo e nível de gestão.

Após cada ciclo de auditoria, os gestores locais assinam um termo de compromisso, fazendo com que a unidade se comprometa a gerar ações para os requisitos identificados como não conforme, e indique a perspectiva de melhoria a ser atingida no próximo ciclo de auditoria.

Além das auditorias realizadas pelos consultores corporativos, cada unidade de saúde possui um Núcleo da Qualidade e Segurança do Paciente (NQSP) que utiliza o mesmo instrumento para auditorias internas, tendo em vista que todo o ciclo de avaliação é realizado em uma plataforma web, desenvolvida pela OSS, contempla toda série histórica das auditorias realizadas e gráficos de evolução desde a implantação desta metodologia pela instituição.

O resultado das auditorias de qualidade e segurança do paciente, bem como o percentual de cumprimento efetivo do plano de trabalho operacional, as cláusulas contratuais e as obrigatoriedades contempladas nos editais consolidam o resultado da perspectiva de processo.

Referente à perspectiva de aprendizado, a OSS definiu cerca de seis indicadores de maior relevância no entendimento dos gestores da área de gestão de pessoas corporativa, sendo que a média dos resultados alcançados representam o percentual de adesão a este macro grupo. Para cada indicador distribuído nas perspectivas do *Balanced Scorecard* (BSC), foram definidas metas e atribuído um peso, de modo que seja possível consolidar o desempenho das unidades de saúde em percentual de adesão, variando-se de 0 a 100 %, permitindo assim qualificá-las conforme o nível de cumprimento das metas estabelecidas.

Periodicamente, os gestores regionais responsáveis pelas 29 unidades de saúde apresentam os resultados alcançados, destacando as causas e seus respectivos planos de ação, objetivando a melhoria de desempenho para próxima competência.

Esta prática de avaliação baseada na matriz de desempenho operacional foi iniciada em fevereiro de 2017 como experimento, entrando em vigor efetivamente em junho do mesmo ano. Para o desenvolvimento deste estudo, o período considerado foi a partir do uso oficial do instrumento, até dezembro de 2017, de modo a analisar a evolução dos resultados e respectivos fatores contribuintes para o cumprimento ou não dos resultados esperados.

Diante da complexidade para assegurar a gestão das 29 unidades de saúde administrados por esta OSS, o objeto deste estudo foi aprofundar os resultados encontrados no período de junho a dezembro de 2017, que apresentam grande variabilidade, mesmo sob um mesmo critério de gestão corporativa.

Por intermédio de entrevistas, o estudo investigou também as rotinas de monitoramento dos resultados alcançados, assim como eventuais desdobramentos para tomada de decisão, de modo que os contratos apresentem a sua execução como um todo.

Pensando ainda com a visão do executor do contrato, foram analisados diversos tipos de contratos executados pela OSS estudada, com objetivo de alcançar a efetividade do modelo de gerenciamento dos contratos frente às obrigadoriedades apresentadas nos editais e nos planos de trabalho, conforme documentação apresentada no processo licitatório.

3.8 MODELO DE GESTÃO ESTRATÉGICA

Kaplan e Norton, em 1992, pensando na necessidade de toda a capacidade de *performance* da empresa, desenvolveram o *Balanced Scorecard* (BSC). O propósito maior do BSC é incentivar gestores a desenvolver estratégias altamente planejadas, de modo que a organização consiga se sobressair ou, minimamente, se manter no mercado diante das mudanças de tendências e necessidades geradas pelo fornecedor ou pelo próprio mercado.

Desta forma, para a implementação do modelo BSC, Kaplan e Norton definiram que o primeiro passo está relacionado à definição da Identidade Institucional da organização, estabelecendo sua Missão, Visão e Princípios, ou seja, resumidamente define-se a razão da empresa existir, quais são os seus valores e onde se quer chegar. Para a definição da identidade institucional se faz necessário a análise de cenário das *Strengths, Weaknesses, Opportunities e Threats* (SWOT), correspondendo em português às Forças, Fraquezas, Oportunidades e Ameaças à Instituição. Nesta etapa, os autores destacam ser de fundamental necessidade o comprometimento da alta direção se aprofundar nos estudos e abstrair o máximo de informações dos seus *stakeholders*, de modo que aumente a probabilidade em definir as melhores estratégias para alavancar o desenvolvimento com menor risco para a instituição (KALAN e NORTON, 1992).

Diante das estratégias definidas, os gestores estabelecem, em um único instrumento, indicadores de performance em quatro perspectivas: financeira, clientes, processos e aprendizado. Estes indicadores são desdobrados em ações para toda equipe, de modo que a instituição se torne integrada e motivada à obtenção dos objetivos institucionais de forma orientada e organizada.

Mesmo sabendo que o método BSC está em vigor desde 1992 e é utilizado mundialmente, no Brasil, especialmente na área hospitalar, gestores apresentam críticas relacionadas à aplicabilidade da metodologia. Pessanha (2004) classifica obstáculos e dificuldades na implantação do modelo BSC em até 18 tipos. Em destaque o autor retrata que

alguns *stakeholders* não são considerados no momento de elaboração do BSC; a cultura, a missão e os jargões são negligenciados; há falta de apoio da alta administração, gerentes e dos empregados; há dificuldades em se chegar a um modelo consensual; em geral, há um número excessivo de medidas; existe falta de métodos para definir medidas específicas; verificou-se a pouca influência das medidas específicas sobre a avaliação de desempenho e tomada de decisão; há dificuldade para se estabelecer relações de causa e efeito (PESSANHA, 2004).

Além das críticas quanto a aplicabilidade do modelo BSC, mesmo que bem definidos, não retratam efetivamente a adesão pela equipe em atingir os objetivos traçados, às vezes relacionados à própria motivação do grupo e pela falta de incentivos durante a sua execução. Chenhall, em 2003, desenvolveu um estudo de caso retratando a aplicação da medição de desempenho e os sistemas de recompensa baseados em resultados foi possível trazer mudanças na estratégia institucional. Como resultado, o caso demonstrou que um sistema de recompensa favoreceu a iniciativa de promoção de alterações nas estratégias (CHENHALL, 2003).

3.9 GESTÃO DE PROJETOS

Projetos são motores de mudanças. O mundo de hoje é caracterizado por transformações sucessivas e frequentes em todos os setores de atividade, o que faz da gestão de projetos uma atividade presente em situações mais diversas.

Empresas, entidades administrativas, entre outras, buscam no gerenciamento de projetos a resposta ao desafio de obter com rapidez, dentro dos custos estabelecidos e conforme as exigências de qualidade, os resultados de que necessitam para alcançar seus objetivos.

O gerenciamento de projetos se refere a aplicação de conhecimentos, habilidades, ferramentas e técnicas às atividades do projeto, a fim de satisfazer seus requisitos, e é realizado com o uso de processos tais como iniciar, planejar, executar, controlar e encerrar.

No ambiente funcional de uma empresa, o trabalho segue processos, métodos e rotinas, procurando manter o fluxo de atividades sem interrupções e mudanças. A qualidade está sempre em evidência, a produtividade é importante e os resultados também. Os projetos bem-sucedidos são realizados sob regime de pressão por melhores resultados, tendo de obedecer a padrões nacionais e internacionais, atender determinações de agências reguladoras e respeitar o meio ambiente e valores de cidadania. Com isso, torna-se indispensável dispor de um conjunto de técnicas a serem aplicadas por todos os projetos, de modo que possam atingir os objetivos

definidos inicialmente, dentro do prazo estabelecido, com os custos sob controle e assegurando padrões de qualidade (DINSMORE e NETO, 2012).

Nos últimos anos, as instituições de saúde de referência, como o Hospital Israelita Albert Einstein e o Hospital Beneficência Portuguesa de São Paulo, utilizam a metodologia de gestão de projetos para a implementação das suas estratégias, objetivando maior efetividade quanto à execução do planejamento estratégico, tendo como premissas o custo, tempo e qualidade.

4 METODOLOGIA

Por se tratar da análise sobre a metodologia de avaliação de desempenho criada por uma Organização Social de Saúde, optou-se por um formato de estudo de caso. Segundo Creswell (2010), os estudos de casos correspondem a uma estratégia de investigação, o que faz o pesquisador explorar a fundo um evento, programa, atividade, processo ou mais indivíduos. O mesmo autor define o estudo de caso como:

Uma estratégia de investigação em que o pesquisador explora profundamente um programa, um evento, uma atividade, um processo ou um ou mais indivíduos. Os casos são relacionados pelo tempo e pela atividade, e os pesquisadores coletam informações detalhadas usando vários procedimentos de coleta de dados durante um período de tempo prolongado (CRESWELL, 2010, p.38).

De acordo com Godoy (1995) e Yin (2015), os estudos de casos não devem se limitar a uma única fonte de evidências, podendo comportar tanto dados quantitativos quanto qualitativos. Assim, esse estudo se utilizou da estratégia de triangulação concomitante, na qual cabe ao pesquisador a coleta simultânea de informações quantitativas e qualitativas, comparando-as com a finalidade de observar convergências ou divergências. A vantagem desse método se encontra na familiaridade da maioria dos pesquisadores e na possibilidade de obtenção de resultados de maior validade e robustez.

Na pesquisa de investigação qualitativa de natureza exploratória, foram analisados indicadores e contratos utilizados pela OSS de referência, assim como entrevista com executivos neste segmento, aprofundando nos critérios de monitoramento dos resultados e a sua utilização para tomada de decisão. O contato com os executivos foi realizado presencialmente e executado pelo próprio autor.

De modo a atender à solicitação da direção da Organização Social de Saúde em estudo, quanto à preservação do anonimato, seu nome fantasia foi substituído pela sigla OSS.

4.1 PROCEDIMENTOS DE COLETA DE DADOS

Yin (2015) define como seis as principais fontes de evidência de um estudo de caso, sendo que neste trabalho foram utilizados cinco: entrevistas, documentação, registros em arquivo e observação direta.

As informações sobre a OSS foram coletadas no site oficial da organização e em sistemas corporativos, em bibliografia especializada e por meio de entrevistas com gestores da instituição.

No site e nos sistemas corporativos foram levantadas informações relacionadas às características das unidades de saúde avaliadas, com respectivas modalidades contratuais, escopo de metas, composição de editais relacionados aos contratos e prestação de contas, dentre outras informações pertinentes ao conteúdo do estudo. No sistema também foi possível identificar a metodologia utilizada pela instituição para avaliação do desempenho das unidades de saúde, assim como extrair os resultados obtidos por elas, uma das principais informações de referência para o aprofundamento deste estudo. As informações analisadas correspondem ao período de junho a dezembro de 2017.

A escolha das unidades de saúde listadas na tabela abaixo baseou-se na análise de informações publicadas em prestação de contas e a definição do período contemplou o tempo de aplicação do modelo de avaliação operacional utilizado pela OSS. As unidades de saúde analisadas foram codificadas por siglas, para sigilo das informações, e são destacadas no quadro 2.

Quadro 2 - Unidades de Saúde administradas pela OSS em estudo.

UNIDADES DE SAÚDE ADMINISTRADAS PELA OSS EM ESTUDO					
Nº	Unidade de Saúde	Tipo	Modelo de Contrato	Esfera	UF
1	Hospital A	Hospital	Contrato de Gestão	Municipal	SP
2	UPA A	UPA	Contrato de Gestão	Municipal	SP

3	UPA B	UPA	Contrato de Gestão	Municipal	SP
4	Hospital B	Hospital	Contrato de Gestão	Estadual	ES
5	Hospital C	Hospital	Contrato de Gestão	Municipal	PR
6	Hospital D	Hospital	Contrato de Gestão	Estadual	PA
7	Hospital E	Hospital	Contrato de Gestão	Estadual	PA
8	Hospital F	Hospital	Contrato de Gestão	Estadual	PA
9	Hospital G	Hospital	Contrato de Gestão	Estadual	PA
10	Hospital H	Hospital	Contrato de Gestão	Estadual	PA
11	Hospital I	Hospital	Contrato de Gestão	Estadual	PA
12	UPA C	UPA	Contrato Administrativo	Municipal	BA
13	Hospital J	Hospital	Contrato de Assessoria	Municipal	AL
14	Hospital L	Hospital	Contrato de Assessoria	Municipal	AC
15	Hospital M	Hospital	Contrato de Assessoria	Municipal	SP
16	Hospital N	Hospital	Contrato Privado	Municipal	PA
17	Hospital O	Hospital	Contrato Administrativo	Estadual	BA
18	Hospital P	Hospital	Contrato de Gestão	Estadual	GO
19	Hospital Q	Hospital	Contrato de Gestão	Estadual	RJ
20	Hospital R	Hospital	Contrato de Gestão	Estadual	RJ
21	Hospital S	Hospital	Contrato de Gestão	Estadual	RJ
22	UBS A	UBS	Contrato de Gestão	Municipal	SP
23	UBS B	UBS	Contrato de Gestão	Municipal	SP
24	UBS C	UBS	Contrato de Gestão	Municipal	SP
25	Hospital T	Hospital	Assessoria	Municipal	SP
26	Hospital U	Hospital	Contrato Administrativo	Municipal	SP
27	Hospital V	Hospital	Contrato Privado	Próprio	PA
28	Hospital X	Hospital	Contrato Privado	Próprio	PA
29	SAMU A	SAMU	Contrato de Gestão	Municipal	SP

Fonte: Elaboração própria, 2018.

Alguns arquivos institucionais, foram disponibilizados pela diretoria da OSS, sempre relacionados ao sistema de controle gerencial, tais como orçamento, relatório de atividades, e indicadores de produção e desempenho utilizados para o monitoramento das unidades de saúde.

O primeiro levantamento realizado se baseou na modalidade dos contratos praticados para as 29 unidades de saúde administradas pela OSS, seguindo o estudo com o mapeamento dos principais indicadores definidos nos contratos, distribuídos nas perspectivas financeira, clientes, processos e aprendizado do *balanced scorecard*, utilizado como referência teórica neste estudo. Também foram realizadas entrevistas semiestruturadas com executivos da instituição para identificação da veracidade das informações, assim como a interpretação de fatores contribuintes para as principais variáveis dos resultados das unidades de saúde, considerando a visão dos entrevistados frente aos dados analisados. As entrevistas ocorreram na sede da OSS, foram integralmente gravadas e transcritas mediante autorização dos entrevistados, identificados como G1 e G2 ao longo deste estudo, garantindo assim o anonimato e a confidencialidade.

De acordo com Yin (2015), observações diretas são realizadas pelo próprio pesquisador durante suas interações com o ambiente em que ocorre a pesquisa. Neste estudo, algumas observações foram registradas no momento da aplicação da entrevista com os gestores G1 e G2 e, posteriormente foram incorporadas à triangulação dos dados coletados.

4.2 ENTREVISTAS

Foram realizadas entrevistas semiestruturadas com dois executivos envolvidos na gestão corporativa da OSS em estudo, com o intuito de captar o máximo de informações dos principais envolvidos na avaliação de desempenho dos serviços de saúde.

As entrevistas foram realizadas com o propósito de identificar a estrutura para o gerenciamento dos diferentes contratos das unidades de saúde administradas pela OSS, inclusive analisar as informações dos gestores quanto aos fatores contribuintes e limitadores para o alcance dos resultados, mediante a aplicação do método de Avaliação Operacional.

As questões apresentadas a seguir compõem o roteiro das entrevistas:

- 1) Qual a composição/estrutura utilizada para avaliação dos contratos das unidades de saúde administrados pela OSS?

- 2) O que você considera como relevante para avaliação do desempenho das unidades de saúde?
- 3) Como são avaliados o cumprimento das metas contratuais, plano de trabalho, edital, indicadores econômicos, etc?
- 4) Como são avaliados os aspectos de qualidade e segurança do paciente das unidades de saúde?
- 5) Baseado na avaliação de desempenho das unidades de saúde, quais fatores você considera de maior relevância para o alcance dos resultados positivos? Especifique do ponto de vista da gestão pela OSS e pela parceria com o contratante.
- 6) Quais os fatores contribuintes para os resultados negativos? Especifique do ponto de vista da gestão pela OSS e pela parceria com o contratante.
- 7) Referente aos modelos contratuais utilizados pela OSS, você consegue sinalizar qual seria o de maior relevância para a OSS? Caso positivo, por qual motivo?
- 8) Quais fatores você considera de maior relevância para a manutenção de uma parceria de longo prazo?
- 9) Gostaria de acrescentar algo que talvez não tenha sido abordado?

As entrevistas foram realizadas de forma semiestruturada, pessoalmente e com duração média de 47 minutos.

4.3 PROCEDIMENTOS DE ANÁLISE DE DADOS

Os procedimentos de análise de dados procuram compreender e dar sentido às informações apuradas. Os dados quantitativos levantados por meio do instrumento de pesquisa foram formatados e analisados no software Microsoft Excel 2010.

Após levantamento de dados estatísticos, entrevistas, registros e observações, foi realizada a triangulação das informações, de modo consolidar o estudo com riqueza das informações e viabilizar a contextualização dos resultados encontrados.

4.4 LIMITAÇÕES DO MÉTODO DE PESQUISA

Segundo Yin (2015), os estudos de casos podem ser generalizados às proposições teóricas e não às outras empresas e populações, não tendo por objetivo inferir probabilidades, mas sim expandir teorias. Neste contexto, a principal limitação do estudo reside na possibilidade de generalização de suas conclusões, que se aplicam somente à OSS estudada. Assim os resultados e interpretações obtidas neste estudo, podem sofrer variações quando aplicado em outra OSS.

Os dados quantitativos e as entrevistas também podem ser um fator limitador, uma vez sua amostragem que se restringe às 29 unidades de saúde administradas pela OSS em questão, número pequeno frente ao universo de equipamentos de saúde administrados por OSS no Brasil. Além disso, a escala de *Likert*, utilizada para levantamento destes dados, apresenta poucos recursos de estatística descritiva, distribuições de probabilidade e estatística inferencial.

As entrevistas semiestruturadas foram realizadas com apenas dois executivos, o que pode ser outra limitação para o estudo, diminuindo a possibilidade de se obter informações mais abrangentes.

5 RESULTADOS

Os resultados encontrados no estudo são apresentados nas subseções seguintes, e, para fins de organização, foram divididos entre dados gerais das unidades de saúde analisadas (ver 5.1), metas contratuais por perspectiva estratégica (ver 5.2) e avaliação de desempenho operacional (ver 5.3).

5.1 DADOS GERAIS DAS UNIDADES SAÚDE ANALISADAS

Os contratos administrados pela OSS, em sua grande maioria, se concentram na modalidade de contrato de gestão, seguidos por contrato de assessoria, contrato privado e contrato de administração (tabela 1).

Tabela 1 - Modelos de contratação utilizados pela OSS. Distribuição por tipo de contrato.

Tipo	Quantidade	%
Contrato de Gestão	19	66%
Contrato de Assessoria	4	14%
Contrato Privado	3	10%
Contrato de Administração	3	10%
Total	29	100%

Fonte: Elaboração própria, 2018.

As unidades de saúde em estudo apresentam diferentes perfis e níveis de complexidade, estando distribuídas entre hospitais, unidades de pronto atendimento, unidades básicas de saúde e serviço de atendimento móvel de urgência, como se pode observar na tabela 2, a seguir.

Tabela 2 - Distribuição das unidades de saúde em estudo

Unidade	Quantidade	%
Hospital	22	76%
UPA	3	10%
UBS	3	10%
SAMU	1	3%
Total	29	100%

Fonte: Elaboração própria, 2018.

Além disso, mesmo os 22 hospitais analisados apresentam estruturas e características assistenciais distintas, que variam de unidades de baixa complexidade e média de 30 leitos até unidades com mais de 200 leitos com referência em traumatologia e serviços de alta complexidade.

Os contratantes também apresentam perfis e estruturas heterogêneas, mesmo os Estados representando a maior parte das contratações, conforme tabela 3. As unidades de saúde analisadas neste estudo estão distribuídas em 8 estados e 22 municípios, que foram mapeados e são apresentados na tabela 4.

Tabela 3 - Distribuição das unidades por tipo de contratante

Tipo	Quantidade	%
Estado	12	41%
Município	10	34%
Filantrópico	4	14%
Próprio	3	10%
Total	29	100%

Fonte: Elaboração própria, 2018.

Tabela 4 - Distribuição das unidades por região

Região	Quantidade	%
Sudeste	12	41%
Norte	10	34%
Nordeste	5	17%
Centro-oeste	1	3%
Sul	1	3%
Total	29	100%

Fonte: Elaboração própria, 2018.

A maior concentração de unidades de saúde administradas pela OSS se encontra nas regiões norte e sudeste do país, respectivamente.

5.2 METAS CONTRATUAIS POR PERSPECTIVA ESTRATÉGICA

Dos 29 contratos sob gestão da OSS em estudo, 4 contratos de assessoria não apresentam metas contratuais, o que fez da análise de frequência dos indicadores se restringir ao total de 25 contratos.

5.2.1 Perspectiva financeira

Na perspectiva financeira foram selecionados os indicadores que apresentam informações econômicas e financeiras, considerando editais, contratos e plano de trabalho. A tabela 5, a seguir, demonstra os indicadores financeiros utilizados e a frequência em que aparecem como parte das metas contratuais dos equipamentos de saúde geridos pela OSS.

Tabela 5 - Distribuição de indicadores contratuais, perspectiva financeira.

PERSPECTIVA	INDICADOR	FREQ.	%
FINANCEIRA	ILG - Índice de Liquidez Geral	11	44%
	ILC - Índice de Liquidez Corrente	8	32%
	IE - Ind. Endividamento Geral	7	28%
	ISG – Índice de Solvência Geral	4	16%
	Certidão Negativa de Falência, Certidão Negativa de Débitos Trabalhistas, Concordata, Recuperação Judicial e Extrajudicial	22	88%
	Plano de Trabalho/Orcamento/Proposta Técnica	25	100%

Fonte: Elaboração própria, 2018.

Os indicadores relacionados à perspectiva financeira foram apresentados em 86,20% dos contratos analisados, apenas o modelo de contrato de assessoria não apresentou informações relacionadas a esta perspectiva. Observou-se também que os indicadores financeiros estão vinculados ao processo licitatório ou de contratação, não havendo definição de metas de desempenho durante o exercício contratual.

Com exceção dos contratos de assessoria, todas as modalidades contratuais apresentam o orçamento como objeto de controle disposto durante o processo de contratação. No entanto não apresentam metas específicas, caso a unidade de saúde venha a não cumprir o teto orçamentário provisionado contratualmente.

5.2.2 Perspectiva clientes

Na perspectiva clientes, os indicadores que apresentam informações referentes à qualidade dos serviços prestados, na ótica do usuário. Nos 29 contratos analisados, apenas dois tipos de indicadores estabelecidos contratualmente se relacionam à perspectiva clientes, sendo eles o índice de satisfação do usuário e o percentual de queixas resolvidas (tabela 6).

Tabela 6 - Distribuição de indicadores contratuais, perspectiva clientes.

PERSPECTIVAS	INDICADOR	FREQ.	%
CLIENTES	Índice de Satisfação do Usuário	21	88%
	Percentual de Queixas Resolvidas	12	52%

Fonte: Elaboração própria, 2018.

Diante desta análise, foi possível identificar que a maior preocupação dos contratantes está relacionada à percepção do paciente frente aos serviços prestados, uma vez que 88% dos contratos apresentam como indicador o Índice de Satisfação do Paciente, cuja meta dispõe de um teto mínimo de 80 a 90% de satisfação.

O indicador percentual de queixas resolvidas também foi apresentado em 52% dos contratos sob gestão da OSS. Esse indicador tem como objetivo avaliar se as unidades de saúde respondem às reclamações ou sugestões levantadas pelos usuários.

5.2.3 Perspectiva processos

Na perspectiva processos, os indicadores dispostos nos contratos representam metas de produção e de qualidade técnica dos serviços prestados. Os indicadores relacionados às metas quantitativas foram consolidados em quatro grupos: número de saídas de pacientes, número de atendimentos de urgência e emergência, número de atendimentos nos serviços de diagnóstico e terapêutica (SADT) e número de atendimento ambulatoriais.

Os indicadores relacionados às metas qualitativas representam a qualidade do processo assistencial, assim como a estruturação de serviços, comissões, qualidade da informação, riscos, dentre outros mostrados na tabela 7, a seguir.

Tabela 7 - Distribuição de indicadores contratuais, perspectiva processos.

PERSPECTIVAS	METAS	INDICADOR	FREQ.	%
PROCESSOS	METAS QUANT.	Saídas	15	60%
		Urgência/Emergência	14	56%
		SADT	18	72%
		Ambulatório	17	68%
		Faturamento	16	64%
		Índice de Infecção Hospitalar	12	48%
	METAS QUALI.	Índice de Infecção Cirúrgica	2	8%
		Taxa de Mortalidade	12	48%
		Percentual de cirurgias suspensas	2	8%
		Taxa de Revisão de Prontuário	2	8%
		Taxa de Prontuários completos/em conformidade	8	32%
		Taxa de Profissionais Médicos Cadastrados no CNES	6	24%
		Classificação de Risco	4	16%
		Taxa de Horas Liq. Por Categ. Prof.	1	4%

Taxa de Transferência de Paciente	3	12%
Índice de Repetição Raio X	1	4%
Índice de Perda Materiais de Laboratório	1	4%
Funcionamento de Comissões Obrigatórias	10	40%
Índice de Perda de Medicamentos	1	4%
Índice de Absenteísmo em consultas/exames	1	4%
Protocolos Clínicos	5	20%
Índice de Sobras – Serviço de Nutrição e Dietética	1	4%
Taxa de Ocupação Leitos	5	20%
Qualidade das Informações	14	56%
Tempo Médio Permanência do Paciente	4	16%
Higienização e Conservação das Instalações	1	4%
Manutenção Preventiva /Corretiva	3	12%
Manutenção Predial	1	4%
Resíduos	1	4%
Segurança Institucional e Patrimônio	1	4%
Organização do Serviço de Arquivo Médico Hospitalar	1	4%
Taxa de Cesáreas	2	8%
Taxa de Reinternação	2	8%
Atendimento Regulação/Serviço de Atendimento Móvel de Urgência	1	4%

Fonte: Elaboração própria, 2018.

A maior concentração dos indicadores está relacionada à perspectiva de processos, com a definição de mais de 30 referências distintas. Os indicadores apresentados com maior frequência estão ligados às metas quantitativas, como o número de exames de SADT, quantidade de atendimentos ambulatoriais, de saídas hospitalares, e de atendimentos de urgência e emergência. Ainda, apresentam maior distribuição de metas qualitativas frente às demais perspectivas, sendo que, os indicadores como qualidade do faturamento, índice de infecção hospitalar, taxa de mortalidade, taxa de prontuários completos e em conformidade, e o funcionamento das comissões obrigatórias são os que aparecem com maior frequência entre as metas contratuais.

5.2.4 Perspectiva aprendizado

Na perspectiva aprendizado, foram identificados apenas três indicadores nos contratos analisados (tabela 8), correlacionando informações sobre a avaliação de desempenho da equipe, o controle de frequência e as ações de capacitação de educação continuada.

Tabela 8 - Distribuição de indicadores contratuais, perspectiva aprendizado.

PERSPECTIVAS	INDICADOR	FREQ.	%
APRENDIZADO	Avaliação de Desempenho	1	4%
	Controle de Frequência	2	8%
	Capacitação/Educação Continuada	7	28%

Fonte: Elaboração própria, 2018.

Esses indicadores demonstram baixa representatividade frente às demais perspectivas, tendo em vista que foram apresentados apenas três indicadores. Mesmo o indicador de educação continuada sendo identificado com maior frequência, este está previsto em apenas 28% dos contratos.

Considerando apenas os indicadores dispostos nos 29 contratos analisados às perspectivas de sociedade e aprendizado, apresentam-se com menor relevância do ponto de vista dos contratantes.

5.3 AVALIAÇÃO DE DESEMPENHO OPERACIONAL

O modelo de avaliação de desempenho operacional desenvolvido pela OSS em estudo, teve como propósito a comparação de diferentes tipos de serviços saúde, com complexidades e estruturas heterogêneas. Apesar de possuírem características distintas, o modelo de avaliação da OSS permite a realização de *benchmarking* entre suas 29 unidades, pois os parâmetros avaliados no desempenho operacional são semelhantes. Apenas a aplicabilidade dos requisitos de avaliação se diferencia de acordo com o escopo contratual.

Todas as 29 unidades de saúde administradas pela OSS foram avaliadas quanto aos resultados econômicos, financeiros, receitas, custos e despesas indiretas, variação do endividamento, cumprimento de metas contratuais e do plano de trabalho, compras via central, gestão de pessoas e adesão aos requisitos de apoio à gestão.

Para cada indicador citado acima, a unidade recebe uma pontuação sempre que a meta estabelecida for atingida, o que faz existir uma variação de desempenho de 0 a 100% frente aos resultados esperados, por unidade de saúde, conforme tabela 9.

Tabela 9 - Exemplo análise de desempenho, unidade de saúde a (exceto contratos de assessoria).

Análise Desempenho – Unidade A, Junho/2017				
Requisito	Resultado Esperado	Resultado Realizado	Pontos Obtidos	% Atingido
Resultado econômico	> = 0	Sim	1	
Resultado Financeiro	> = 0	Sim	1	
Receita	> = Teto Contratual	Não	0	
Custos e despesas indiretas	> = Teto Contratual	Não	0	
Variação do endividamento	< = 0	Sim	1	
Cumprimento de metas contratuais	> = Escopo Contratual	Sim	1	
Compras via central	> = Meta	Não	0	
Cumprimento do plano de trabalho	> = Ações Mensais Concluídas	Sim	1	
Gestão de Pessoas	> = Meta	Sim	1	
Requisitos de apoio à gestão	> = Meta	Não	0	
TOTAL			6	60,00%

Fonte: Elaboração própria, 2018.

Para consolidação dos dados apurados, foi criada uma tabela matriz contemplando a pontuação obtida por cada unidade de saúde, referente ao período de junho a dezembro de 2017, permitindo assim analisar o desempenho das 29 unidades diante da série histórica utilizada no estudo, inclusive permitindo a elaboração de um ranking por performance. A tabela 10 expressa o exemplo de consolidação dos resultados obtidos pelas unidades de saúde.

Tabela 10 - Exemplo análise de desempenho, unidades de saúde, exceto contratos de assessoria.

Análise de Desempenho das Unidades de Saúde, exceto Contratos de Assessoria Junho a dezembro 2017										
Unidade de Saúde	Pont. Jun	Pont. Jul	Pont. Ago	Pont. Set	Pont. Out	Pont. Nov	Pont. Dez	Pont. Total	Pont. Máx	Performance Jun à Dez
A	6	7	8	9	10	9	6	55	70	78,61%
B	5	4	4	5	6	7	5	35	70	51,42%

Fonte: Elaboração própria, 2018.

Especialmente no caso dos contratos de assessoria não são aplicadas as avaliações de metas contratuais, compras via central, plano de trabalho e resultados dos requisitos de apoio à gestão, pois estes itens não são contemplados no objeto do contratual. Desta forma a pontuação máxima foi reduzida, comparada às demais modalidades contratuais, no entanto, os

desempenhos das unidades de assessoria correspondem proporcionalmente ao total de requisitos avaliados, como mostra a tabela 11.

Tabela 11 - Exemplo análise de desempenho, unidade de saúde a (contratos de assessoria).

Análise Desempenho – Unidade A, Junho/2017				
Requisito	Resultado Esperado	Resultado Realizado	Pontos Obtidos	% Atingido
Resultado econômico	> = 0	Sim	1	
Resultado Financeiro	> = 0	Sim	1	
Receita	> = Teto Contratual	Não	0	
Custos e despesas indiretas	> = Teto Contratual	Não	0	
Variação do endividamento	< = 0	Sim	1	
Gestão de Pessoas	> = Meta	Sim	1	
TOTAL			4	66,67%

Fonte: Elaboração própria, 2018.

Para a consolidação dos resultados das unidades de saúde relacionadas aos contratos de assessoria, foi utilizada a mesma metodologia das demais modalidades contratuais, como pode-se observar na tabela 12.

Tabela 12 - Exemplo análise de desempenho, unidades de saúde, contratos de assessoria.

Análise de Desempenho das Unidades de Saúde, Contratos de Assessoria										
Junho a dezembro 2017										
Unidade de Saúde	Pont. Jun	Pont. Jul	Pont. Ago	Pont. Set	Pont. Out	Pont. Nov	Pont. Dez	Pont. Total	Pont. Máx	Performance Jun à Dez
A	6	7	8	8	8	7	6	50	56	89,36%
B	5	4	4	5	6	7	5	36	56	64,32%

Fonte: Elaboração própria, 2018.

De modo a respeitar o sigilo de informações solicitados pela OSS em estudo, os critérios de pontuação e os resultados apresentados nas tabelas 9, 10, 11 e 12 foram utilizados como exemplo. Para consolidação dos resultados das unidades de saúde, os dados foram extraídos diretamente do sistema de informação utilizado pela OSS, que, por sua vez, correspondem aos mesmos exemplos citados nas tabelas 9, 10, 11 e 12. Desta forma, as informações foram analisadas respeitando a série histórica de junho a dezembro de 2017, considerando a pontuação

acumulada obtida por cada unidade, dividida pela pontuação máxima possível, multiplicada por 100, o que permitiu apresentar a performance por projeto, por contratante e modalidade contratual.

A primeira análise realizada foi relacionada ao desempenho das unidades de saúde de forma individualizada, frente aos indicadores estabelecidos na avaliação operacional. A tabela 13, abaixo, classifica o desempenho dos projetos analisados em ordem decrescente.

Tabela 13 - Desempenho operacional por unidade de saúde.

DESEMPENHO	%
Hospital E	80,24%
Hospital D	79,00%
Hospital J	76,65%
UBS B	76,19%
Hospital H	75,40%
Hospital G	67,39%
Hospital N	67,18%
Hospital V	64,29%
Hospital M	64,24%
Hospital F	64,20%
Hospital Q	64,06%
Hospital I	63,63%
Hospital X	63,04%
Hospital T	59,34%
Hospital C	55,99%
UPA B	53,51%
Hospital L	52,83%
UPA A	50,53%
UBS C	49,62%
Hospital R	47,49%
SAMU A	46,92%
UBS A	41,18%
Hospital A	40,19%
Hospital P	37,21%
Hospital O	36,67%
UPA C	35,49%

Hospital B	35,01%
Hospital U	31,91%
Hospital S	29,92%

Fonte: Elaboração própria, 2018.

Diante dos resultados analisados, a unidade de saúde que obteve o melhor desempenho apresentou estabilidade no recebimento dos recursos durante todo período analisado, além de ter assegurado o cumprimento orçamentário conforme o teto financeiro estabelecido e honrado com suas obrigações, metas contratuais e compras via central. Também demonstrou bom desempenho frente aos requisitos de apoio à gestão.

Por outro lado, a unidade de saúde que obteve o pior desempenho, apesar de cumprir a projeção das despesas estabelecidas no orçamento, teve seus resultados econômicos extremamente prejudicados. Conforme retratado na avaliação operacional e na entrevista com executivo G1, isso ocorreu pois os repasses financeiros executados pelo contratante foram inferiores ao teto estabelecido em contrato. Ainda segundo G1, sem o recebimento regular dos recursos financeiros estabelecidos em contrato, a unidade de saúde, aumentou seu endividamento e passou a aumentar suas despesas financeiras com o pagamento de fornecedores em atraso, além de aumentar também o seu custo para aquisição de insumos, devido a necessidade de realizar compras emergenciais. Os indicadores relacionados à gestão de pessoas também foram afetados por conta de um crescente absenteísmo e rotatividade de funcionários.

Um fator importante analisado foi o fato das duas unidades de saúde, de esfera estadual, apresentarem resultados extremos, mesmo exercendo regime contratual semelhantes (contrato de gestão). A unidade de saúde que obteve o melhor resultado atingiu 80,24% dos pontos alcançáveis, enquanto a unidade que apresentou a pior performance atingiu apenas 29,92%.

Outro ponto que contribuiu negativamente para a unidade que obteve o pior desempenho foi a estrutura física, que possui mais de 60 anos de existência, refletindo diretamente no resultado dos requisitos de apoio à gestão. Já a unidade que apresentou o melhor desempenho contempla uma planta relativamente nova, com apenas cinco anos de operação. Esta variabilidade de infraestrutura impactou o desempenho das 29 unidades analisadas com relação aos resultados de qualidade e segurança do paciente.

Além dos dados apurados, o entrevistado G2 destacou que todas as unidades de saúde administradas pela OSS apresentam características estruturais completamente heterogêneas, dispondo de projetos arquitetônicos como ilhas de excelência, assim como instalações que não

permitem a liberação da licença de funcionamento. Segundo G2, isso ocorre devido à ausência de documentos relacionados ao terreno onde a unidade está localizada e pelo não cumprimento dos requisitos apresentados na RDC N°50, que define diretrizes de infraestrutura para estabelecimentos de saúde.

O entrevistado G2, destaca que a interação da OSS com os grupos técnicos de controle de avaliação dos contratos, representantes do contratante responsáveis pelo monitoramento da execução contratual, também contribui muito para o cumprimento das metas de produção, tendo em vista que o apoio da regulação dos pacientes minimiza o absenteísmo para realização de exames e assegura a realização das transferências conforme o perfil das unidades de saúde, em tempo hábil.

De modo a obter uma visão do desempenho das unidades de saúde por contratante, seguindo a mesma metodologia adotada nos exemplos anteriores, foi realizado o agrupamento dos resultados, como se pode observar na tabela 14 apresentada abaixo.

Tabela 14 - Exemplo análise de desempenho por contratante.

Análise de Desempenho das Unidades de Saúde Por Contratante											
Junho a dezembro 2017											
Con- tante	Unidade de Saúde	Pont. Jun	Pont. Jul	Pont. Ago	Pont. Set	Pont. Out	Pont. Nov	Pont. Dez	Pont. Total	Pont. Máx	Performance Jun à Dez
A	Hosp. A	6	7	8	8	8	7	6	86	140	61,43%
	Hosp. B	5	4	4	5	6	7	5			
B	Hosp. C	3	2	4	6	5	4	7	69	140	49,29%
	Hosp. D	9	3	5	4	4	5	8			

Fonte: Elaboração própria, 2018.

A tabela 15, a seguir, demonstra, em ordem decrescente, o desempenho das unidades de saúde, de acordo com o contratante. Os resultados apresentados por contratante, permitiram identificar de forma mais aprofundada os fatores contribuintes para atingir os resultados.

Tabela 15 - Desempenho operacional das unidades de saúde, agrupadas por contratante.

Contratante	%	Tempo de Parceria
Contratante A	76,65%	10 anos e 2 meses
Contratante B	71,64%	11 anos e 9 meses
Contratante C	67,18%	20 anos e 10 meses
Contratante D	64,24%	9 anos e 11 meses
Contratante E	63,66%	21 anos e 8 meses
Contratante F	59,34%	7 anos e 4 meses
Contratante G	55,99%	8 anos e 5 meses
Contratante H	54,13%	4 anos e dois meses
Contratante I	53,51%	4 anos e 7 meses
Contratante J	52,83%	6 anos e 4 meses
Contratante K	47,16%	5 anos e 5 meses
Contratante L	46,92%	6 anos e 6 meses
Contratante M	37,21%	6 anos
Contratante N	36,67%	5 anos e 5 meses
Contratante O	41,18%	7 anos e 1 mês
Contratante P	35,01%	2 anos e 4 meses
Contratante Q	33,70%	4 anos e 2 meses

Fonte: Elaboração própria, 2018.

Em destaque, o contratante que apresentou o melhor resultado foi o Contratante A, seguido pelo Contratante B, que por sua vez dispõe de seis unidades de saúde distintas.

Juntos, os dois contratantes contam com os sete hospitais que obtiveram os melhores resultados. Os fatores associados a esse desempenho são listados a seguir:

- Dos sete hospitais pertencentes aos contratantes, cinco são acreditados pela ONA, sendo que dois destes apresentam o Nível III – Excelência, um Nível II – Acreditado Pleno e os outros dois reconhecidos como Nível I – Acreditado.
- Da análise do desempenho das unidades, pode-se observar também que, aquelas que apresentavam contratos mais duradouros, (acima de dez anos) obtiveram melhores resultados. Os dois contratantes que apresentaram os melhores resultados, possuem parceria com a OSS por mais de 10 anos. As unidades de saúde representadas pelo Contratante B, utilizam o modelo de contratação gestão – OSS, fazendo com que algumas destas já se apresentem no terceiro processo licitatório. Cada ciclo licitatório

corresponde a um período máximo de cinco anos, cabendo anualmente a renovação contratual entre as partes, caso seja de comum acordo.

- Outro fator preponderante foi a regularidade dos repasses financeiros do contratante para a OSS, correspondendo ao teto orçamentário definido contratualmente. Referente ao modelo de assessoria, os resultados econômicos e financeiros também apresentaram evolução positiva e estabilidade durante o período avaliado, o que contribuiu para o alcance dos melhores resultados.
- As unidades de saúde relacionadas aos dois contratantes com melhor performance executaram as despesas conforme previstas no orçamento do programa em todos os meses analisados.
- O cumprimento das metas contratuais e do plano de trabalho foram fatores relevantes para obtenção dos resultados, as unidades de saúde cumpriram na integralidade, respeitando o limite mínimo de segurança.
- As aquisições realizadas via central de compras também foram preponderantes para a melhoria do desempenho das unidades de pertinentes ao Contratante B. A OSS em estudo dispõe de uma central de compras na sede corporativa, responsável pela aquisição de mais de 90% dos insumos e equipamentos das 29 unidades de saúde. A centralização das compras permite o ganho em escala, devido ao fato do aumento do poder de negociação frente ao volume financeiro para esta finalidade. Como exemplo, uma unidade de saúde isoladamente possui cerca de 500 mil reais mensais para aquisição de insumos, sendo que, juntas, as 29 unidades geram o volume de mais de 10 milhões ao mês para esta finalidade, apresentando uma economicidade de aproximadamente 9% frente às compras individualizadas, conforme dados repassados pela OSS. Uma vez que o repasse financeiro não é assegurado, a OSS se compromete com o fluxo financeiro para a realização de aquisições em escala e delibera que as unidades de saúde passem a adquirir itens no mercado local, de modo descentralizado, perdendo a economicidade em escala, além risco de desabastecimento.

Por outro lado, as unidades de saúde que obtiveram os piores resultados, utilizam como instrumento de parceria o contrato administrativo e o contrato de gestão. Apesar dos contratantes serem distintos, os fatores que contribuíram para os resultados negativos se assemelham. Ambos apresentam repasses financeiros abaixo do valor pactuado

contratualmente e, conseqüentemente, seus resultados econômicos e financeiros foram negativos, além de demonstrarem aumento de endividamento.

Os resultados obtidos pelas unidades de saúde também foram agrupados por tipo de contrato utilizado pela OSS. Os dados apurados foram agrupados de acordo com o desempenho do período por tipo de contratação, conforme tabela a seguir (tabela 16).

Tabela 16 - Exemplo Desempenho operacional das unidades de saúde, agrupadas por tipo de contrato.

Análise de Desempenho das Unidades de Saúde Por Tipo de Contrato Junho a dezembro 2017											
Con- trato	Unidade de Saúde	Pont. Jun	Pont. Jul	Pont. Ago	Pont. Set	Pont. Out	Pont. Nov	Pont. Dez	Pont. Total	Pont. Máx	Performance Jun à Dez
Priva- do	Hosp. A	6	6	7	7	8	7	8	96	140	68,57%
	Hosp. B	6	6	7	6	7	7	8			
Asses- soria	Hosp. C	3	2	4	5	5	4	5	56	84	66,67%
	Hosp. D	3	3	4	4	4	5	5			

Fonte: Elaboração própria, 2018.

A tabela 17, a seguir, demonstra, em ordem decrescente, o desempenho das unidades de saúde, de acordo com o modelo contratual.

Tabela 17 - Desempenho operacional das unidades de saúde, agrupadas por tipo de contrato.

Contrato	%
Gestão Privada	65,42%
Contrato de Assessoria	63,26%
Contrato de Gestão – OSS	58,62%
Contrato Administrativo	35,19%

Fonte: Elaboração própria, 2018

As unidades de saúde administradas pelo modelo de gestão privada apresentaram os melhores resultados frente as demais modalidades. A segunda melhor performance apresentada foi da modalidade contratos de assessoria, seguida por contrato de gestão e contrato administrativo. Cabe ressaltar que o resultado médio obtido no modelo de contrato de gestão

concentrou o maior número de unidades de saúde em estudo, o que contribuiu para uma performance média mais baixa.

As unidades de saúde relacionadas à modalidade de gestão privada também apresentam maior regularidade nos repasses financeiros e maior tempo de relação contratual, chegando a média de 21 anos de parceria. Segundo o entrevistado G1, o tempo e a boa relação entre a OSS e os contratantes contribui para o melhor desempenho dos projetos. Aquelas que apresentaram melhor performance pertencem a contratantes com mais de 10 anos de parceria com a OSS em estudo – sendo que a unidade de saúde relacionada ao contratante que apresentou a menor média contempla quatro anos e dois meses de parceria. O entrevistado G1 destacou que quando “existe tranquilidade e tempo para o desenvolvimento dos trabalhos, todas as partes saem ganhando”. Ressaltou ainda que o tempo de contrato permite a execução do planejamento de médio e longo prazo, estabelecendo assim um trabalho sólido, consistente e mais eficiente.

Especialmente referente ao modelo de contrato de gestão, foi o que mais chamou a atenção, tendo em vista a ocorrência da maior variabilidade de desempenho entre o melhor e o menor qualificado, frente ao modelo de avaliação operacional adotado pela OSS. Os resultados das unidades de saúde representadas pelo Contratante B apresentaram a maior média nesta modalidade, chegando ao resultado médio de 71,64% dos pontos avaliados, sendo que a unidade de saúde representada pelo Contratante P atingiu apenas 35,01% dos pontos possíveis, ou seja, mais de 100% de diferença no resultado entre os dois contratantes. Os fatores que contribuíram para esta discrepância correspondem aos mesmos citados na análise de desempenho por unidade de saúde e envolvem a regularidade dos repasses financeiros, a infraestrutura e o tempo de relação contratual. Este cenário aponta que, independentemente do modelo contratual, o cumprimento das premissas contratuais e a infraestrutura dos projetos são fundamentais para performance das unidades de saúde.

6 CONCLUSÃO

O propósito deste estudo foi compreender os indicadores adotados em diferentes modalidades contratuais utilizados por uma OSS, bem como desvendar fatores que contribuem para o desempenho das unidades de saúde administradas pela mesma instituição.

De modo a atender o objetivo geral deste estudo, foram mapeados os indicadores dispostos nos contratos das 29 unidades de saúde administradas pela OSS de referência. Em

seguida, os indicadores foram distribuídos nas perspectivas financeira, clientes, processos e aprendizado, seguindo a metodologia BSC, permitindo concluir que o maior enfoque para avaliação do desempenho das unidades de saúde pelo contratante está vinculado à perspectiva de processos, pois a maior parte dos indicadores pactuados contratualmente se relaciona às metas quantitativas e qualitativas.

O estudo possibilitou concluir também que os indicadores econômicos não são considerados de maior relevância pelos contratantes, pois nenhum dos contratos dispõem de indicadores econômicos ou financeiros como parte de suas metas contratuais. Essas, por sua vez, se concentram na apresentação de certidões negativas de débitos trabalhistas, certidões de falência e indicadores de solvência exigidos no processo licitatório ou de contratualização.

Durante o exercício do contrato, a única exigência de cunho econômico financeiro evidenciada foi o cumprimento das despesas de acordo com o plano orçamentário apresentado no processo licitatório, não havendo critérios relacionados à efetividade da aplicação dos recursos, gestão de custos, entre outras ferramentas que retratem economicidade frente aos serviços prestados.

Na perspectiva sociedade, o indicador de maior relevância foi o de satisfação do usuário, seguido pelo percentual de resposta às queixas ocorridas. No entanto, os indicadores relacionados ao meio ambiente e às atividades sociais não constam em nenhum modelo contratual analisado. Já na perspectiva de aprendizado o cenário é ainda mais alarmante, pois o indicador mais expressivo encontrado foi o de educação continuada, presente em apenas 28% dos contratos analisados. Mesmo não sendo apresentado como indicador, seis contratos contemplam a pesquisa de clima organizacional como requisito obrigatório, devendo ser aplicada ao menos uma vez ao ano. Estes resultados permitem concluir que o monitoramento e o desenvolvimento dos colaboradores dependem mais da expertise da OSS contratada, não sendo uma preocupação direta do contratante.

Para atendimento dos objetivos específicos, o trabalho realizado teve como base o modelo de avaliação de desempenho operacional desenvolvido pela OSS em estudo, que definiu como premissas os resultados econômicos, financeiros, receitas, custos e despesas indiretas, variação do endividamento, cumprimento de metas contratuais e do plano de trabalho, compras via central, gestão de pessoas e adesão aos requisitos de apoio à gestão.

Buscando identificar os fatores contribuintes para esta disparidade dos resultados apresentados e sabendo que a OSS em estudo utiliza as mesmas diretrizes para a gestão de todas as unidades de saúde, foi possível concluir que o motivo de maior relevância é o fato do

contratante honrar com fluxo de repasse os recursos financeiros estabelecidos contratualmente. Como cerca de 50% dos indicadores vinculados à avaliação de desempenho operacional são representados por metas financeiras, o não cumprimento da receita contratual impacta fortemente no desempenho da unidade de saúde e, conseqüentemente, na qualidade da prestação dos serviços.

O repasse financeiro tardio ou inferior ao orçamento previamente pactuado reflete diretamente no aumento do endividamento da unidade, acarretando em protestos e elevando as despesas financeiras, além de comprometer a qualidade e segurança assistencial. Todas as unidades de saúde analisada possuem um orçamento de programa detalhado, apresentando todas as despesas e o resultado esperado, frente ao teto da receita estabelecida no contrato de gestão. Caso o resultado financeiro venha a ser negativo, a unidade de saúde deixa de receber parte de sua pontuação, comprometendo a qualidade dos serviços prestados e a sua performance frente ao modelo de avaliação operacional.

O estudo permitiu concluir também que a infraestrutura impacta fortemente no desempenho das unidades de saúde, pois reflete diretamente no cumprimento dos requisitos de apoio à gestão e, conseqüentemente no resultado da avaliação operacional.

Além disso, a interação entre a OSS e os grupos técnicos de controle e avaliação é de fundamental importância para apoiar no cumprimento das metas de produção, pois interferem diretamente no fluxo de paciente frente à demanda contratada, evitando, assim, a superlotação dos estabelecimentos ou a subutilização dos mesmos. Ainda referente à parceria entre as partes, concluiu-se que o tempo de relação entre a OSS e os contratantes contribui positivamente no desempenho das unidades, pois viabiliza o desenvolvimento da melhoria contínua frente aos serviços prestados, refletindo diretamente no resultado operacional.

Cabe ressaltar que o presente trabalho apresenta limitações relacionadas diretamente ao método de pesquisa escolhido, pois os estudos de caso não permitem que sejam geradas extrapolações de resultados e conclusões para outras organizações, o que se restringe à OSS utilizada como referência para o desenvolvimento do trabalho.

Outro fator limitador deste estudo foi a ausência de entrevistas com contratantes, de modo que pudesse ser acrescentado ao trabalho a visão da outra maior parte interessada, destacando fatores que os direcionam a agir da forma apresentada pela OSS frente aos pontos positivos e negativos abordados neste estudo. A visão dos contratantes seria relevante também para melhor entendimento dos critérios adotados na definição das metas quantitativas e

qualitativas, tendo em vista que o enfoque com as perspectivas de aprendizado e clientes apresentam poucos indicadores para monitoramento.

Como legado, este estudo possibilitou desvendar fatores relevantes que interferem diretamente no desempenho de unidades de saúde, de modo que executivos deste seguimento possam refletir sobre a oportunidade em tonar seus serviços prestados ainda mais competitivos e, com uma visão mais holística referente ao modelo de OSS.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente trabalho possibilitou identificar com maior clareza a distribuição dos indicadores estabelecidos como metas nos 29 contratos administrados pela OSS em estudo, o que despertou atenção para o desenvolvimento de trabalhos futuros.

Confrontando os indicadores relacionados à perspectiva de aprendizado citados no estudo, frente aos apresentados no Observatório da Associação Nacional dos Hospitais Privados de 2017, ainda existe a possibilidade para os contratantes ampliarem o número de indicadores nas metas qualitativas como, por exemplo, o índice de rotatividade, taxa de aproveitamento interno, índice de absenteísmo, índice de afastamento, tempo de treinamento pelo efetivo total, etc.

Com relação à perspectiva financeira, poderão ser agregados também indicadores de custos, de modo que as OSS contratadas venham a buscar maior economicidade nos serviços prestados. O Observatório da ANAHP apresenta indicadores como despesa total por paciente-dia, despesa total por saída hospitalar, índice de glosas, dentre outros que refletem o desempenho financeiro econômico-financeiro da instituição. Esses são exemplos de indicadores financeiros que poderiam ser adotados pela OSS.

Por fim, na perspectiva clientes cabe ainda ser avaliada a inclusão de indicadores relacionados à sustentabilidade ambiental como, por exemplo, o consumo de energia elétrica em KW/h por leito operacional e por paciente-dia, o consumo de água em m³ por leito e por paciente-dia e a geração de resíduos por paciente-dia.

Outro fator importante para o modelo de contratação de OSS para gestão de hospitais públicos é o Projeto Lei N°559/13 que pretende modernizar a lei de licitações N° 8.666/13, sobre a qual, vêm de encontro com um dos motivos contribuintes para o desempenho das

unidades de saúde, que é o tempo de vigência da licitação. O projeto lei aponta a possibilidade de estender o limite atual de cinco, podendo ser renovado para até 10 anos (PORTAL DE LICITAÇÃO, 2013).

Além das formalidades contratuais, o modelo de OSS poderá se tornar ainda mais competitivo desde que as partes respeitem as obrigatoriedades previamente pactuadas e, assim, estabeleçam uma relação de parceria de modo a permitir maior flexibilidade frente às mudanças de cenários e enfatizem o olhar focado no maior interessado, o paciente.

REFERÊNCIAS

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE (ANS). **ANS divulga números atualizados de beneficiários de planos de saúde.** Publicado em: 17 nov. 2017. Disponível em: <<http://www.ans.gov.br/aans/noticias-ans/sobre-a-ans/4211-ans-divulga-numeros-atualizados-de-beneficiarios-de-planos-de-saude>>. Acesso em: 28 mai. 2018.

ANDRÉ, M. A. A efetividade dos contratos de gestão na reforma do Estado. **Rev. adm empres.** São Paulo, v.39, n.3, p.42-52, 1999. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75901999000300005>. Acesso em: 28 mai. 2018.

ASSOCIAÇÃO NACIONAL DOS HOSPITAIS PRIVADOS (ANAHP). **Observatório ANAHP 2017.** 9.ed. São Paulo: ANAHP, 2017.

BALTAZAR, G. B. **Princípios fundamentais do direito contratual:** da boa-fé. Ordem dos Advogados do Brasil, Santa Catarina (OAB/SC). Postado em: 02 out. 2012. Disponível em: <<http://www.oab-sc.org.br/artigos/principios-fundamentais-do-direito-contratual-boa-fe/564>>. Acesso em: 28 mai. 2018.

BARBOSA, N. B.; ELIAS, P. E. M. As organizações sociais de saúde como forma de gestão público/privado. **Ciênc. saúde coletiva.** Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, p. 2483-2495. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000500023&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 24 abr. 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232010000500023>.

BARBOSA, N. et al. As organizações sociais de saúde como forma de gestão público-privada em goiás: o caso Huana. **Rev. Serviço Público.** Brasília, v. 66, n. 1, p. 121-144, 2015. Disponível em: <<https://revista.ena.gov.br/index.php/RSP/article/view/686>>. Acesso em 24 abr. 2018.

BRASIL. **Código Civil brasileiro e legislação correlata.** 2.ed. Brasília: Senado Federal, Subsecretaria de Edições Técnicas, 2008. Disponível em: <<https://www2.senado.leg.br/bdsf/bitstream/handle/id/70327/C%C3%B3digo%20Civil%20%20ed.pdf>>. Acesso em: 28 mai. 2018.

BRASIL. Constituição (1988). **Art. 196 na Seção II, Capítulo II, Título VIII da Constituição Federal.** Brasília: Senado Federal, Coordenação de Edições Técnicas, 2016. Disponível em: <https://www2.senado.leg.br/bdsf/bitstream/handle/id/518231/CF88_Livro_EC91_2016.pdf>. Acesso em: 28 mai. 2018. ISBN: 978-85-7018-698-0.

BRASIL. Presidência da República, Casa Civil, Subchefia para Assuntos Jurídicos. Lei nº 8.666, de 21 de junho de 1993. Regulamenta o art. 37, inciso XXI, da Constituição Federal, institui normas para licitações e contratos da Administração Pública e dá outras providências. **Diário Oficial [da] União,** Presidência da República, Brasília, DF, 22 jun. 1993. Seção 1, p. 8269. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8666cons.htm>. Acesso em: 28 mai. 2018.

_____. Lei nº 9.637, de 15 de maio de 1998. **Diário Oficial [da] União**, Presidência da República, Brasília, DF, 25 mai. 1998. Seção 1, p. 1. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L9637.htm>. Acesso em: 28 mai. 2018.

_____. **Lei nº 12.101**, de 27 de novembro de 2009. Dispõe sobre a certificação das entidades beneficentes de assistência social; regula os procedimentos de isenção de contribuições para a seguridade social. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2009/lei/112101.htm>. Acesso em: 28 mai. 2018.

BRETAS, V. **Estes são os 10 hospitais públicos de excelência no Brasil**. Exame, 09 mai. 2016. Disponível em: <<http://exame.abril.com.br/brasil/noticias/estes-sao-os-34-hospitais-publicos-de-excelencia-no-brasil>>. Acesso em: 29 mai. 2018.

CADASTRO NACIONAL DOS ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE (CNES). **Dados do setor**. Disponível em: <http://www.cns.org.br/links/DADOS_DO_SETOR.htm>. Acesso em: 25 jan. 2018.

CHENHALL, R. H. Management control systems design within its organizational context: findings from contingency-based research and directions for the future. **Accounting, Organizations and Society**, v.28, n.2, p. 127-168, 2003.

CRESWELL, J. W. **Projeto de pesquisa: métodos qualitativo, quantitativo, e misto**. 3.ed. Porto Alegre: ARTMED, 2010.

GUERRA, C. B. Gestão privada na saúde pública: Um estudo empírico com hospitais sob contrato de gestão no Estado de São Paulo. São Paulo, 2015. Disponível em: <<https://www.insper.edu.br/wp-content/uploads/2016/02/Gestao-Privada-na-Saude-Publica.pdf>>. Acesso em: 22 mai. 2018.

DINSMORE, P. C.; NETO, F. H. **Gerenciamento de projetos: como gerenciar seu projeto com qualidade, dentro do prazo e custos previstos**. Rio de Janeiro: Editora Qualitymark, 2012.

FERREIRA, W. C. F. J. Gerenciamento de hospitais estaduais paulistas por meio das organizações sociais de saúde. **Rev. Adm. Pública**. Rio de Janeiro, v. 37, n.2, p. 243-264, 2003. Disponível em: <<http://bibliotecadigital.fgv.br/ojs/index.php/rap/article/view/6486/5070>>. Acesso em: 28 mai. 2018.

G1, BEM ESTAR. **Expectativa de vida do brasileiro ao nascer foi de 76,8 anos em 2016, diz IBGE**. Postado em: 01 dez. 2017. Disponível em: <<https://g1.globo.com/bemestar/noticia/expectativa-de-vida-do-brasileiro-ao-nascer-e-de-758-anos-diz-ibge.ghtml>>. Acesso em: 28 mai. 2018.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 6. ed São Paulo: Atlas,, 2008.

GODOY, A. S. Pesquisa qualitativa: tipos fundamentais. **Rev. adm. empres.**, São Paulo, v.35, n.3, p.20-29, 1995. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-

75901995000300004&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 29 mai. 2018. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-75901995000300004>.

GONÇALVES, P. M. Contrato de gestão: instrumento fundamental na implantação do modelo gerencial na administração pública brasileira. **Rev. Brasileira Contabilidade**. Brasília, Conselho Federal de Contabilidade, n. 131, p. 57-69, 2001.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Estatísticas de povoamento:** evolução da população brasileira. Disponível em: <<https://brasil500anos.ibge.gov.br/estatisticas-do-povoamento/evolucao-da-populacao-brasileira.html>>. Acesso em: 27 abr. 2018.

INSTITUTO DE ESTUDOS DE SAÚDE SUPLEMENTAR (IESS). **Custo médico-hospitalar atinge 19%, recorde para o período, sendo mais que o dobro do IPCA**. Publicado em: 02 dex. 2016. Disponível em: <<https://www.iess.org.br/?p=imprensa&categoria=noticia&id=137>>. Acesso em: 29 mai. 2018.

KAPLAN, R. S.; NORTON, D. P. The Balanced Scorecard: measures that drive performance. **Harvard Business Review**, p. 71-79. jan.-fev. 1992. Disponível em: <<https://umei007-fall10.wikispaces.com/file/view/Kaplan%26Nortonbalanced+scorecard.pdf>>. Acesso em: 28 mai. 2018.

LAUBADÈRE, A.; VENEZIA, J.C.; GAUDEMET, Y. **Traité de droit administratif**. 14.ed., 1996. Paris: Librairie Générale de droit et de jurisprudence, 1984, p.813.

MAINWARING, S. P. **Sistemas partidários em novas democracias: o caso Brasil**. Rio de Janeiro: FGV, 2001.

MOURA, M, L, O; MENDES, W. Avaliação de eventos adversos cirúrgicos em hospitais do Rio de Janeiro. **Rev. bras. epidemiol.** São Paulo, v. 15, n. 3, p. 523-535, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2012000300007>. Acesso em: 29 mai. 2018.

ORGANIZAÇÃO NACIONAL DE ACREDITAÇÃO (ONA). **Certificações válidas**. Disponível em: <<https://www.ona.org.br/OrganizacoesCertificadas>>. Acesso em 03 mar. 2018.

PAVAO, A. L. B. et al. Estudo de incidência de eventos adversos hospitalares. Rio de Janeiro, Brasil: avaliação da qualidade do prontuário do paciente. **Rev. bras. epidemiol.**, São Paulo, v.14, n.4, p.651-661, dec. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2011000400012&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 30 mai. 2018. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1415-790X2011000400012>.

PESSANHA, D. **Obstáculos à implementação do Balanced Scorecard:** estudos de casos em empresas brasileiras. Originalmente apresentada como dissertação de Mestrado. Universidade Federal do Rio de Janeiro, 2004.

PORTAL DE LICITAÇÃO. A nova lei de licitações (PLS nº 559/13). Publicado em 21 jan 2017. Disponível em: <<http://www.portaldelicitacao.com.br/site/artigos/a-nova-lei-de-licitacoes-pls-no-559/>>. Acesso em: 29 mai. 2018.

PRÓ-SAÚDE. Balanço patrimonial 2017. Disponível em: <http://www.prosaude.org.br/static/BalancoSocial-2017-v8-16maio_WEB.pdf>. Acesso em: 24 se abr. 2018.

SANTOS, S. C. Metodologia adotada pela Secretaria de Estado da Saúde do Estado de São Paulo para avaliação dos hospitais administrados por Organização Social de Saúde na região metropolitana. São Paulo, 2016. Disponível em: <http://bibliotecadigital.fgv.br/dspace/bitstream/handle/10438/16700/DISSERTACAO_SELMA_revisada_2607.pdf>. Acesso em: 28 mai. 2018.

SILVA, M. C. **Uma análise da parceria público-privada na gestão hospitalar**: um estudo de caso na perspectiva dos estudos em ciência, tecnologia e sociedade. Originalmente apresentada como dissertação de mestrado. Universidade Federal de São Carlos, 2010. Disponível em: <<https://repositorio.ufscar.br/bitstream/handle/ufscar/1055/3414.pdf?sequence=1>>. Acesso em 29 mai. 2018.

SOUZA, R, R. **Novos modelos de gestão pública da saúde no Brasil**. Valor Econômico, 06 nov. 2017. Disponível em: <<http://www.valor.com.br/opiniao/5175484/novos-modelos-de-gestao-publica-da-saude>>. Acesso em: 28 mai. 2018.

SUNDFELD, C. A. **Parcerias público-privadas**. 2. ed. São Paulo: Malheiros, 2005.

VECINA NETO, G.; MALIK, A, M. Tendências na assistência hospitalar. **Ciênc. saúde coletiva**. Rio de Janeiro, v.12, n.4., p.825-839, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232007000400002&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 28 mai. 2018. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232007000400002>.

VECINA NETO, G.; MALIK, A, M. **Gestão em Saúde**. 2. ed. Rio de Janeiro, 2016.

YIN, R, K. **Estudo de caso**: planejamento e métodos. 5.ed. Porto Alegre: Bookman, 2015.

WERNECK, A.; BOTTARI, E. **Das dez OSS que operam no município, oito estão sob investigação**. O Globo, 18 jan. 2016. Disponível em: <<https://oglobo.globo.com/rio/das-dez-oss-que-operam-no-municipio-oito-estao-sob-investigacao-18494571>>. Acesso em: 28 mai. 2018.