

**espaço  
democrático**

Fundação para Estudos e Formação Política do PSD

# **O SUS NÃO É ESTATAL**

## **O AVANÇO DA CONTRATUALIZAÇÃO NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE**

# DOCUMENTO



Por **JANUARIO MONTONE**  
Consultor em Saúde, ex-presidente da ANS



**Documentos** são publicações do Espaço Democrático, a fundação para estudos e formação política do PSD

---

**Januario Montone** foi Secretário Municipal da Saúde de São Paulo (2007/2012) e de Gestão (2005/2007). Numa trajetória de mais de trinta anos na administração pública, participou da regulação do setor de saúde suplementar e da criação da ANS - Agência Nacional de Saúde Suplementar, da qual foi o primeiro Diretor-Presidente (1999/2003). No Ministério da Saúde participou ainda da criação da ANVISA - Agência Nacional de Vigilância Sanitária, onde foi Diretor (1999) e presidiu a FUNASA - Fundação Nacional de Saúde (1997/1999). Atuou como consultor da UNESCO e Banco Mundial. Em Campinas foi Secretário de Administração (1986/1988) e de Recursos Humanos (1993/1996).

É autor de "Planos de Saúde, passado e futuro" (Medbook, 2009).

É consultor em projetos da área da saúde, além de palestrante e professor. Colabora com diversas entidades voltadas ao aperfeiçoamento dos serviços públicos (Comunitas, CLP e UMANE) e de inovação na área de saúde (Artemísia e BrazilLab). É colaborador da Fundação Espaço Democrático.

## 1. INTRODUÇÃO

### “O SUS é público, não é estatal.”

O enunciado acima é a base deste trabalho. O SUS, nosso Sistema Único de Saúde, **é público**<sup>1</sup>, criado pela Constituição de 1988. O SUS **não é estatal**<sup>2</sup> por definição da mesma Constituição que permitiu ao setor privado a atuação, desde que regulada, na área da Saúde.

E a presença do setor privado tem sido fundamental para o SUS, seja na complementação da rede pública com a contratação de hospitais e outros serviços privados, seja no gerenciamento de unidades públicas por organizações sociais, entidades sem fins lucrativos, mas regidas pela legislação geral do setor privado, muito mais adequada a uma área que exige prontidão, resultados, flexibilidade e que lida com a vida das pessoas.

O SUS é uma das maiores conquistas sociais da população brasileira, resultado da mobilização organizada do Movimento da Reforma Sanitária, marco na luta pela redemocratização que, no limite, defendia um sistema de saúde público e estatal, reservando à iniciativa privada o papel de prestador de serviços. Não foi o modelo que emergiu da Constituição, como insistem importantes pensadores do setor<sup>3</sup>. Os planos e seguros saúde já eram muito presentes e relevantes na sociedade brasileira e foram acolhidos na Constituição. Não entendo ter havido uma segmentação posterior, mas um reconhecimento da segmentação existente. Talvez o erro tenha sido a Lei Orgânica do SUS (Lei nº 8.080/90) não ter regulado o setor privado, o que só aconteceu oito anos depois, com a Lei nº 9.656/98.

A política, portanto, sempre esteve à flor da pele no setor, o que retardou o processo de contratualização no SUS.

O setor público de saúde no Brasil nunca foi autossuficiente, sempre complementou sua rede de serviços com a contratação de serviços privados. A maior parte dos leitos hospitalares do antigo INAMPS eram contratados junto a hospitais privados. A maioria dos serviços de média e alta complexidade entregues pelo SUS continuam sendo contratados junto à iniciativa privada, com ou sem fins lucrativos.

Trazer a expertise e a flexibilidade do setor privado para alavancar a prestação de serviços do SUS foi imediatamente marcado como “privatização da

saúde” e “inconstitucional”. Falo da lei que instituiu o modelo de parceria com as Organizações Sociais, entidades privadas, sem fins lucrativos, que poderiam ser qualificadas para parcerias com o setor público, a Lei nº 9.736/98, cuja constitucionalidade foi questionada junto ao Supremo Tribunal Federal, que só em 2015 pacificou a questão reconhecendo a constitucionalidade da legislação.

Claro que a vida real não esperou a decisão judicial e dezenas de Estados e centenas de municípios já adotavam amplamente o modelo em suas redes de saúde. Nesse meio tempo também já havia sido editada a legislação que regulou as Parcerias Público-Privadas (PPP - Lei nº 11.078/04) e o Marco Regulatório das Organizações da Sociedade Civil (MROSC - Lei nº 13.019/14).

O longo período de insegurança jurídica cobrou seu preço, com interpretações equivocadas dos Tribunais de Contas equiparando os Contratos de Gestão a contratos administrativos e com a profusão de “organizações sociais empresariais”, para não dizer de fachada, mas os bons resultados para a população e para a gestão pública superaram os obstáculos e a contratualização avançou.

Houve uma progressiva despolitização do tema, na medida em que gestores de todo o espectro político aderiram ao modelo de contratualização dos serviços de saúde. A primeira PPP na Saúde<sup>4</sup> foi no Estado da Bahia, cujo Governador era de um dos partidos que questionaram a constitucionalidade das parcerias com Organizações Sociais.

Construiu-se senão um consenso, ao menos uma corrente majoritária de que a contratualização não é privatização. O hospital gerido por uma Organização Social continua sendo um hospital público que atende exclusivamente o SUS. O mesmo acontece com um hospital construído pela iniciativa privada no âmbito de uma PPP; é um hospital público do SUS.

Hoje, como nós veremos, a contratualização está amplamente disseminada no setor público em geral. Na Saúde a contratualização com Organizações Sociais é o modelo mais usado, mas as PPPs começam a buscar espaço com modelos inovadores que merecem atenção.

<sup>1</sup> Art. 196, da CFB

<sup>2</sup> Art. 199, da CFB

<sup>3</sup> Eugênio Vilaça, em Desafios do SUS, o descreve como modelo Beveridgeano, onde a iniciativa privada entra apenas e tão somente na prestação de serviços.

<sup>4</sup> Hospital do Subúrbio, em 2010.

## 2. A CONTRATUALIZAÇÃO DOS SERVIÇOS PÚBLICOS

A terceirização de serviços auxiliares foi introduzida na legislação trabalhista no final dos anos 60, inclusive no setor público, e tem um enorme incremento a partir da Constituição de 88. Se antes o poder público podia contratar, e demitir, livremente trabalhadores regidos pela CLT, a partir da Constituição o concurso público é o único formato de contratação e a estabilidade uma realidade, dependendo apenas de um usualmente formal estágio probatório, provocando um total retrocesso no modelo de administração pública brasileiro que já avançara muito para uma gestão gerencial:

- Eliminou as vantagens objetivas da administração indireta, equiparando autarquias e fundações aos órgãos públicos para efeito de organização interna, contratação de pessoal e contratação de serviços e obras;
- Unificou o regime jurídico do serviço público (União, Estados e Municípios) adotando o regime estatutário, com ingresso por concurso, estabilidade após dois anos, evolução salarial automática e aposentadoria integral (o que só foi alterado recentemente);
- A exigência de concurso estendeu-se aos empregos públicos nas empresas estatais, assim como, na prática, a estabilidade por força de sucessivas decisões judiciais anulando demissões sem justa causa em empresas públicas<sup>5</sup>.

O que a Constituição de 88 teve de avançada em termos sociais ela teve de atrasada quanto ao modelo de administração pública, com enorme impacto negativo, principalmente:

- Nas áreas sociais como educação e saúde com fortíssimo componente de recursos humanos;

- Nos Estados e, principalmente, municípios cuja maior parte da força de trabalho nessas áreas era contratada pelo regime geral de emprego, a CLT, até porque essas ações cresceram nos municípios a partir dos anos 1970.

A capacidade gerencial do Estado brasileiro regrediu fortemente e simultaneamente à crise permanente da economia (período 1985 a 1994) e à crise política (“impeachment” de Fernando Collor em 1991).

O Programa Nacional de Reforma do Estado lançado pelo Governo Fernando Henrique Cardoso em 1995 foi exatamente um projeto dito “escapista”, uma forma de contornar a Constituição de 88 quanto ao modelo de administração pública.

É das bases conceituais do PNRE que evolui a contratualização, também impulsionada na área da saúde, pela Lei de Responsabilidade Fiscal<sup>6</sup> que limita fortemente a expansão das despesas com pessoal, incentivando a terceirização e a contratualização.

Como resultado “o Brasil vem consolidando uma rica experiência em processos de parceria entre governos e o setor privado. A lógica da contratualização na gestão pública surge da experiência prática dos gestores e sua necessidade de resolver problemas bastante objetivos que afetam a vida dos cidadãos. A especialização dos governos e a lógica dos contratos supõem uma nova postura e novas exigências de formação e capacitação para os gestores públicos. Selecionar bons parceiros, formular contratos com precisão, definir indicadores e sistemas de remuneração sensíveis ao desempenho, monitorar a execução e avaliar resultados. Não são poucos os desafios colocados aos nossos gestores públicos<sup>7</sup>”.

<sup>5</sup> O que acaba de ser reafirmado pelo STF.

<sup>6</sup> Lei Complementar nº 101/2000 - Lei de Responsabilidade Fiscal

<sup>7</sup> Mapa da contratualização de serviços públicos no Brasil, ENAP/Comunitas, 2021

### 3. EVOLUÇÃO DA CONTRATUALIZAÇÃO

São cinco os modelos de contratualização com o poder público: Concessão Comum, Parceria Público-Privada, Organizações Sociais, Organizações da Sociedade Civil e Serviço Social Autônomo.

Modelo	Marco Legal
Concessão Comum	Leis n 8.897/95; 9.074/95; 11.284/2006
Parceria Público-Privada	Lei n 10.079/2004
Organização Social	Lei n 9.637/1998
Organização da Sociedade Civil	Lei n 13.019/2014
Serviço Social Autônomo	Leis n 10.668/03; 11.080/04; 12.897/13; 13.958/19; 14.002/20

#### Concessão Comum<sup>8</sup>

A Concessão de serviços públicos envolve três modalidades:

- i. **Concessão de serviço público:** a delegação de sua prestação, feita pelo poder concedente, mediante licitação, na modalidade concorrência ou diálogo competitivo, a pessoa jurídica ou consórcio de empresas que demonstre capacidade para seu desempenho, por sua conta e risco e por prazo determinado;
- ii. **Concessão de serviço público precedida da execução de obra pública:** a construção, total ou parcial, conservação, reforma, ampliação ou melhoramento de quaisquer obras de interesse público, delegados pelo poder concedente, mediante licitação, na modalidade concorrência ou diálogo competitivo, a pessoa jurídica ou consórcio de empresas que demonstre capacidade para a sua realização, por sua conta e risco, de forma que o investimento da concessionária seja remunerado e amortizado mediante a exploração do serviço ou da obra por prazo determinado
- iii. **Permissão de serviço público:** a delegação, a título precário, mediante licitação, da prestação de serviços públicos, feita pelo poder concedente à pessoa física ou jurídica que demonstre capacidade para seu desempenho, por sua conta e risco.

#### Parceria Público Privada (PPP)<sup>9</sup>

Parceria público-privada é o contrato administrativo de concessão, na modalidade patrocinada ou administrativa:

- i. Concessão **patrocinada** é a concessão de serviços públicos ou de obras públicas de que trata a Lei nº 8.987, de 13 de fevereiro de 1995, quando envolver, adicionalmente à tarifa cobrada dos usuários, contraprestação pecuniária do parceiro público ao parceiro privado;
- ii. Concessão **administrativa** é o contrato de prestação de serviços de que a Administração Pública seja a usuária direta ou indireta, ainda que envolva execução de obra ou fornecimento e instalação de bens.

As PPPs na área da Saúde são do tipo Concessão Administrativa, sem qualquer cobrança de tarifa dos usuários do SUS.

Leis estaduais e municipais podem complementar a lei federal, estabelecendo limites de valores, tempos de concessão e outros.

As licitações de PPP são disputadas por consórcios, formados por empresas especializadas em cada fase e/ou atividade (construção, equipamentos, TI, serviços clínicos, serviços auxiliares e outros). O consórcio vencedor forma uma Sociedade de Propósito Específico (SPE), responsável pela execução do projeto. A SPE só começa a receber as contraprestações do Estado ou município após a conclusão e início de funcionamento do que foi contratado, um hospital por exemplo, mas esse investimento inicial é financiado pelo BNDES, da qual a SPE fica devedora, não o Estado ou município. Daí a exigência de um Fundo Garantidor que efetivamente garanta a adimplência do contrato. É a peça-chave para que o BNDES financie o projeto.

<sup>8</sup> Lei nº 8.987/95 e Lei nº 14.273/2021<sup>2</sup> Art. 199, da CFB

<sup>9</sup> Lei nº 11.079/2004

## Organizações Sociais - Contrato de Gestão<sup>10</sup>

Organização Social é uma qualificação atribuída a uma entidade sem fins lucrativos que a habilita a estabelecer parceria com o poder público para fomento e execução de atividades em sua área de especialização. O instrumento dessa parceria é o Contrato de Gestão.

“Para os efeitos da Lei nº 9.637/98, entende-se por contrato de gestão o instrumento firmado entre o Poder Público e a entidade qualificada com organização social, com vistas à formação de parceria entre as partes para fomento e execução de atividades relativas às áreas de ensino, pesquisa científica, desenvolvimento tecnológico, proteção e preservação do meio ambiente, cultura e saúde.”

As diversas leis estaduais e municipais que instituem o modelo em suas esferas repetem essa definição, em geral com ajustes nas áreas de atuação. A existência dessas leis específicas dispensa a realização de licitações para contratação das Organizações Sociais, que devem ser feitas de forma pública e transparente, mas em regulação da própria lei.

As Organizações Sociais também podem ser formadas a partir de incentivos do próprio poder público (Museu da Língua Portuguesa) e como sucessoras de órgãos públicos (Instituto de Matemática Aplicada), mas o modelo mais comum é o da entidade já existente que se qualifica junto ao poder público.

As OSs são regidas pela legislação de mercado, não a da administração pública, mas deve ter regulamento de pessoal e de compras e contratações de obras e serviços em acordo com os princípios da administração pública, de legalidade, impessoalidade, moralidade, publicidade e eficiência (Art. 37, CFB).

## Organizações da Sociedade Civil (MROSC/Lei nº 13.019/2014)

Entidades privadas sem fins lucrativos, algumas cooperativas (Lei nº 9.867/99) e organizações religiosas que se dediquem a atividades além daquelas de finalidade religiosa (Lei nº 13.204/2015)<sup>11</sup>.

### a) Termo de Colaboração

Instrumento por meio do qual são formalizadas as parcerias estabelecidas pela administração pública com organizações da sociedade civil para consecução de finalidades de interesse público e recíproco **propostas pela administração pública** que envolvam transferência de recursos financeiros;

### b) Termo de Fomento

Instrumento por meio do qual são formalizadas as parcerias estabelecidas pela administração pública com organizações da sociedade civil para consecução de finalidades de interesse público e recíproco **propostas pelas organizações da sociedade civil** que envolvam transferência de recursos financeiros;

A regulamentação do MROSC não se aplica aos contratos de gestão com Organizações Sociais, nem aos convênios e contratos com instituições filantrópicas e sem fins lucrativos no âmbito do SUS (§1º, Art. 199, CFB).

## Serviço Social Autônomo (SSA)

Serviços Sociais Autônomos são “entidades privadas, sem fins lucrativos, criadas por lei, não integrantes da Administração Pública direta ou indireta, que atuam em colaboração com o Poder Público em atividades de interesses públicos e utilidades públicas, sem subordinação hierárquica, segundo regime jurídico privado qualificado por derogações de ordem pública”<sup>12</sup>. Eles têm finalidade pública, mas não são estatais.

A Associação das Pioneiras Sociais (APS), mantenedora da Rede Sarah de Hospitais de Reabilitação, talvez seja o maior exemplo, mas também a ApexBrasil (Agência Brasileira de Promoção de Exportações e Investimentos), ligada ao Ministério de Indústria e Comércio, é uma SSA.

<sup>10</sup> Lei nº 9.637/98

<sup>11</sup> Incluído para recepcionar as Comunidades Terapêuticas

<sup>12</sup> (Camargo, Aureliano Junior, Cunha Junior, 2011, p. 7 apud Cunha Junior, Saddy, Knopp, Aureliano Junior, 2028, p.268)

### Quadro geral da Contratualização

As várias modalidades de contratualização já estão bastante disseminadas Brasil afora, em termos de marcos legais, leis estaduais e municipais, mas com distribuição muito desigual.

Leis estaduais de parceria com Organizações Sociais estão presentes em 23 Estados e no DF (89%). Apenas os Estados do Acre, Roraima e Rio Grande do Sul não dispõem de leis próprias. Já no caso das Parcerias Público-Privadas, apenas Acre e Roraima não dispõem de leis específicas.

UF	Marco Legal Próprio			
	OS	MROSC	PPP	Concessão
ACRE				
AMAPÁ				
AMAZONAS				
PARÁ				
RONDÔNIA				
<b>RORAIMA</b>				
TOCANTINS				
ALAGOAS				
BAHIA				
CEARÁ				
MARANHÃO				
PARAÍBA				
PERNAMBUCO				
PIAUÍ				
RIO GRANDE DO NORTE				
SERGIPE				
GOIÁS				
MATO GROSSO				
MATO GROSSO DO SUL				
ESPÍRITO SANTO				
MINAS GERAIS				
RIO DE JANEIRO				
SÃO PAULO				
PARANÁ				
RIO GRANDE DO SUL				
SANTA CATARINA				
DISTRITO FEDERAL				
<b>TOTAL</b>	<b>24</b>	<b>19</b>	<b>25</b>	<b>12</b>
	<b>89%</b>	<b>70%</b>	<b>93%</b>	<b>44%</b>

Tabela 1 - Leis Específicas de Contratualização dos Estados

O DF e outros 18 Estados contam com leis próprias complementares ao MROSC e 12 com leis de Concessão. Como veremos mais à frente, a existência de legislação não significa a existência de projetos em andamento, mas demonstra a disseminação do conceito de contratualização na área pública.

Nas capitais brasileiras o cenário também é bem amplo, embora menor, com 19 (73%) delas contando com leis específicas de Organizações Sociais e 25 (96%) com leis de PPP, que não está presente apenas em Macapá.

CAPITAIS	Marco Legal Próprio			
	OS	MROSC	PPP	Concessão
RIO BRANCO				
MACAPÁ				
MANAUS				
BELÉM				
PORTO VELHO				
BOA VISTA				
PALMAS				
MACEIÓ				
SALVADOR				
FORTALEZA				
SÃO LUÍS				
JOÃO PESSOA				
RECCIFE				
TERESINA				
NATAL				
ARACAJU				
GOIÂNIA				
CUIABÁ				
CAMPO GRANDE				
VITÓRIA				
BELO HORIZONTE				
RIO DE JANEIRO				
SÃO PAULO				
CURITIBA				
PORTO ALEGRE				
FLORIANÓPOLIS				
<b>TOTAL</b>	<b>19</b>	<b>14</b>	<b>25</b>	<b>7</b>
	<b>73%</b>	<b>54%</b>	<b>96%</b>	<b>27%</b>

Tabela 2 - Leis Específicas de Contratualização nas Capitais

Já como complemento do MROSC são 14 (54%) Capitais e apenas 7 (27%) tem lei de Concessão, a maioria na Região Sudeste.

O quadro a seguir traz o status da contratualização no Brasil, considerando apenas contratos em execução (iniciados ou finalizados) entre 2011 e 2020, e publicado no Mapa da Contratualização no Brasil, ENAP/Comunitas, num total de 5.169 contratos nas várias modalidades.

As maiores concentrações estão na Região Sudeste (64,8%) e Sul (23,5%). Quanto à modalidade, os Termos de Colaboração ou Fomento, que substituem os antigos Convênios, são a clara maioria (79,7%), seguidos bem à distância pelos Contratos de Gestão (15,2%).

Região	Modalidade					Total
	Concessão Comum	PPP	Contrato de Prestação de Serviços	Contrato de Gestão	Termos de Colaboração ou Fomento	
Norte	2	7	4	36	11	60
Nordeste	9	16	59	133	60	277
Centro-Oeste	9	3	2	38	129	181
Sudeste	26	30	17	539	2738	3350
Sul	21	6	-	18	1170	1215
União	54	1	-	20	11	86
<b>Total</b>	<b>121</b>	<b>63</b>	<b>82</b>	<b>784</b>	<b>4119</b>	<b>5169</b>

Tabela 3 - Status da Contratualização no Brasil - Modalidades (2021)

Quanto às áreas de atuação, a Educação é a que concentra a maioria (43,5%), seguida pela Assistência Social (27,0%). São áreas em que predominam os Termos de Fomento ou de Colaboração. Saúde responde por 12,5%.

As PPPs, representam apenas 3,1% do total e apenas 6 delas são na área da Saúde. Lembrando que 24 Estados, 25 capitais e o DF possuem leis específicas de PPP.

Região	Setor*						Total
	Saúde	Educação	Cultura	Ciência e Tecnologia	Assistência Social	Outros	
Norte	33	4	5	1	2	15	60
Nordeste	123	24	8	8	38	76	277
Centro-Oeste	31	6	7	-	111	26	181
Sudeste	386	1734	133	5	832	260	3350
Sul	70	480	7	2	414	242	1215
União	3	3	2	11	-	-67	86
<b>Total</b>	<b>646</b>	<b>2251</b>	<b>162</b>	<b>27</b>	<b>1397</b>	<b>686</b>	<b>5169</b>

Tabela 4 - Status da Contratualização no Brasil - Setores (2021)

## 4. PANORAMA DA CONTRATUALIZAÇÃO NA SAÚDE

O Mapa da Contratualização dos Serviços Públicos no Brasil aponta uma predominância dos Contratos de Gestão com Organizações Sociais como a principal modalidade de contratualização, estando presente em 17 Estados (63%), em todas as regiões do país.

UF	Contratualização na Saúde			
	OS	MROSC	PPP	Concessão
ACRE				
AMAPÁ				
AMAZONAS				
PARÁ				
RONDÔNIA				
<b>RORAIMA</b>				
TOCANTINS				
ALAGOAS				
BAHIA				
CEARÁ				
MARANHÃO				
PARAÍBA				
PERNAMBUCO				
PIAUÍ				
RIO GRANDE DO NORTE				
SERGIPE				
GOIÁS				
MATO GROSSO				
MATO GROSSO DO SUL				
ESPÍRITO SANTO				
MINAS GERAIS				
RIO DE JANEIRO				
SÃO PAULO				
PARANÁ				
RIO GRANDE DO SUL				
SANTA CATARINA				
DISTRITO FEDERAL				
<b>TOTAL</b>	<b>17</b>	<b>1</b>	<b>4</b>	<b>0</b>
	<b>63%</b>	<b>4%</b>	<b>15%</b>	<b>0%</b>

Tabela 5 - Contratualização na Saúde nos Estados e DF

Já os demais modelos têm presença muito discreta na área de saúde, não havendo projetos de concessão e mesmo os termos de fomento ou colaboração e apenas 4 Estados dispõem de projetos de PPP.



A situação não é diferente nas capitais. Apenas 10 (38%) delas têm projetos com Organizações Sociais. Duas delas têm projetos de PPP.

CAPITAIS	Contratualização na Saúde			
	OS	MROSC	PPP	Concessão
RIO BRANCO				
MACAPÁ				
MANAUS				
BELÉM				
PORTO VELHO				
BOA VISTA				
PALMAS				
MACEIÓ				
SALVADOR				
FORTALEZA				
SÃO LUÍS				
JOÃO PESSOA				
RECCIFE				
TERESINA				
NATAL				
ARACAJU				
GOIÂNIA				
CUIABÁ				
CAMPO GRANDE				
VITÓRIA				
BELO HORIZONTE				
RIO DE JANEIRO (CAPITAL)				
SÃO PAULO (CAPITAL)				
CURITIBA				
PORTO ALEGRE				
FLORIANÓPOLIS				
<b>TOTAL</b>	<b>10</b> 38%	<b>1</b> 4%	<b>2</b> 8%	<b>0</b> 0%

Tabela 6 - Contratualização na Saúde nas Capitais

Porto Alegre é a única capital que se utiliza de Termos de Colaboração.

O Mapa da Contratualização dos Serviços Públicos limitou-se a Estados e municípios, mas pesquisa própria nas 316 cidades brasileiras com mais de 100 mil habitantes, 115 (35,4%) delas tem contratos de gestão em andamento e a tendência é crescente.

## Organizações Sociais da Saúde

O levantamento do Mapa da Contratualização teve foco nos Estados e capitais. Levantamento feito pelo IBROSS - Instituto Brasileiro de Organizações Sociais, em 2018, indicava que 125 municípios brasileiros possuem leis específicas de Organizações Sociais. (ver Tabela 6)

O mesmo levantamento registrava a existência de 1.019 Organizações Sociais, sendo 71.6% delas nos Estados de São Paulo e Rio de Janeiro

É importante ressaltar que a qualificação de uma entidade como Organização Social **qualifica** para uma parceria através de Contrato de Gestão, mas não **garante** um contrato. Ou seja, as entidades sem fim fins lucrativos se habilitam e se apresentam nos processos de seleção, podendo ou não ser selecionadas. Vale dizer que nem todas as Organizações Sociais tem contratos em andamento.

O levantamento não estabelece em que áreas essas OSs atuam, mas o modelo tem sido utilizado de forma mais intensiva na área de saúde, com experiências, exitosas, mas pontuais, na área de cultura e esporte, como o Museu do Amanhã e o Museu do Futebol.

UF	Legislação	Muniípios com lei	Nº OSS	
			IBGE	Pesquisa
Acre	não possui	0	0	0
Alagoas	Lei nº 7.777/16	0	4	4
Amapá	Lei nº 599/01	0	2	2
Amazonas	Lei nº 3.900/13	0	0	2
Bahia	LO nº 8.647/03	3	55	32
Ceará	Lei nº 12.781/97	5	23	14
Distrito Federal	Lei nº 4.081/08	0	1	1
Espírito Santo	LC nº 489/09	4	13	12
Goiás	Lei nº 15.503/05	3	17	18
Maranhão	Lei nº 7.066/98	0	13	36
Mato Grosso	LC nº 150/04	2	7	8
Mato Grosso do Sul	Lei nº 4.698/15	1	4	2
Minas Gerais	Lei nº 23.081,18	12	162	36
Pará	Lei nº 5.980/96	2	24	16
Paraíba	MP nº 178/11	3	9	10
Paraná	LC nº 140/11	5	20	8
Pernambuco	Lei nº 15.210/12	5	41	39
Piauí	LO nº 5.519/05	1	0	0
Rio de Janeiro	Lei nº 5.498/09	13	302	135
Rio Grande do Norte	LC nº 27/04	1	0	0
Rio Grande do Sul	Proj. Lei nº 44/16	6	42	12
Rondônia	Lei nº 3.112/13	1	1	1
<b>Roraima</b>	não possui	0	0	0
São Paulo	LC nº 846/98	51	1.196	595
Santa Catarina	Lei nº 23.929/04	5	24	36
Sergipe	Lei nº 5.217/03	1	28	0
Tocantins	Lei nº 2.482/11	1	3	0
<b>Total</b>		<b>125</b>	<b>1.991</b>	<b>1.019</b>

Fonte: IBROSS e Pesquisa de Informações Básicas (IBGE, 2019)

Tabela 7 - Quadro geral das Organizações Sociais

O avanço do modelo de parceria com Organizações Sociais no SUS é muito significativo, em especial na área hospitalar.

Dos 210 Hospitais Públicos Especializados, 48 (18,6%) já são gerenciados por OSS, assim como 250 (10,22%) dos 2.197 Hospitais Gerais.

Na área de urgência e emergência, as OSS gerenciam 15,27% dos Pronto Atendimentos, 13,33% dos Pronto Socorros Especializados e 11,16% dos Hospitais Gerais.

Unidades de Saúde do SUS			
Tipos de serviço de saúde	Total	OSS	
		N.	%/Total
Hospital-dia	64	25	39,06%
Hospital Especializado	258	48	18,60%
Pronto Atendimento	1.192	182	15,27%
Pronto Socorro Especializado	30	4	13,33%
Pronto Socorro Geral	251	28	11,16%
Hospital Geral	2.447	250	10,22%
Centro de Parto Normal	18	1	5,56%
Telessaúde	70	3	4,29%
Policlínica	1.590	52	3,27%
CAPS	3.098	101	3,26%
Centro de Saúde/UBS	37.702	959	2,54%
Clínica/ambulatório especializado	5.445	134	2,46%
<b>Total</b>	<b>52.165</b>	<b>1.787</b>	<b>3,43%</b>

Tabela 8 - Unidades de Saúde do SUS Gerenciadas por OSSs

Na Atenção Primária as OSS gerenciam apenas 2,54% das Unidades Básicas de Saúde, mas isso representa 959 unidades, além de 134 ambulatórios especializados e 101 Centros de Atenção psicossocial (CAPS).

São 1.869 unidades e serviços de saúde sob gerenciamento de OSS, mas representam apenas 2,25% das unidades do SUS, o que demonstra as possibilidades de expansão do modelo.

## Parcerias Público-Privadas

Dados do Radar PP, publicados pelo Estadão (julho/2023), mostram que o Brasil já ultrapassara mais de 1.000 contratos de PPP em andamento. Existiam ainda 1.113 processos em variados estágios, como modelagem iniciada (630) ou encerrada (369) e licitação iniciada (114).

### Quantidade de projetos por situação

Paralisado	1.235
<b>Contrato iniciado</b>	<b>1.017</b>
Cancelado	804
Modelagem iniciada	630
Modelagem encerrada	369
Intenção pública anunciada	296
Consulta pública encerrada	166
Licitação iniciada	114
Contrato encerrado	86
Licitação encerrada	50
Consulta pública aberta	9

Tabela 9 - Quantidade de projetos de PPPs

É nos municípios que se origina a maioria dos projetos de PPP. O maior número de projetos está na área de água e esgoto (139), seguidos de estacionamentos (111) e de unidades de serviços públicos (100) e na área de cultura, lazer e esportes (96).

Porém, apenas 14 são na área da Saúde<sup>13</sup>.

### Contratos iniciados por segmento

Água e esgoto	139
<b>Estacionamentos</b>	<b>111</b>
Unidades adm. e serv. públicos	100
Cultura, lazer e comércio	96
Iluminação pública	83
Terminais Rodviários	80
Rodovias	74
Resíduos sólidos	64
Mobilidade	59
Sistema funerário	46
Portos	45
Meio ambiente	40
Aeroportos	25
Eficiência enerética e tecnológica	25
<b>SAÚDE</b>	<b>14</b>
Habitação e Urbanização	5
Educação	5
Sistema prisional	2

Figura 2 - Contratos em andamento por segmento

<sup>13</sup> O quadro mostra 12 PPPs em andamento. Não há informações consolidadas das PPPs sem participação Federal.

Concedente		Unidade	Observações
ESTADOS	São Paulo	HR Sorocaba	construção + bata cinza
		HR S. José dos Campos	construção + bata cinza
		Instituto da Mulher	construção + bata cinza
		Industria Farmacêutica	integral
	Bahia	Hospital do Suburbio	
		Inst. Couto Maia	
		Central de Diagnóstico por imagem	
	Ceará	Hospital Metropolitan	Equipamentos + operação
MUNICÍPIOS	Belo Horizonte	Hospital Barreiro	
		Rede Básica de Saúde	
	Manaus	Hospital Delphina Aziz	
	Rio de Janeiro	Hospital Souza Aguiar	Reforma + Eq. e bata cinza

Tabela 9 - Projetos de PPP na Saúde

### A experiência de São Paulo

Os hospitais do Estado de São Paulo, Estado com maior experiência em Contratos de Gestão com Organizações Sociais, inovam ao construir um modelo misto que deve ser acompanhado com atenção. A construção, equipamento, manutenção e atualização tecnológica e a operação de todos os serviços não clínicos, a chamada “bata cinza”, foram incluídos na PPP e serão operados pelo consórcio vencedor. A parte de assistência clínica é operada por Organização Social.

Considero este o melhor modelo para o setor saúde devido às características do atendimento assistencial que varia no tempo devido a fatores pouco gerenciáveis, como perfil epidemiológico da população, adensamento e outros, além da baixa capacidade do Estado em gerir os contratos de PPP, que exigem concessões de longo prazo, com quase nenhuma flexibilidade de substituição do concessionário.

O Contrato de Gestão, por sua vez, permite ajustes periódicos e pode ser rompido a qualquer tempo. O modelo misto consegue reunir o melhor dos dois formatos, na ótica do gestor público.

### A experiência do Rio de Janeiro

Outro projeto a ser acompanhado de perto é o do Hospital Souza Aguiar, da cidade do Rio de Janeiro, em que a PPP atinge a reforma das instalações, modernização dos equipamentos, posterior manutenção das instalações e adequação tecnológica dos equipamentos e todos os serviços auxiliares, não assistenciais. A diferença, em relação a São Paulo, é que é um hospital tradicional, o maior da rede municipal, e que a parte assistencial continuará sob administração direta, convencional.

### A experiência do Recife

Venho acompanhando com atenção um movimento da Prefeitura do Recife que, em 2023, fez uma Consulta Pública para uma PPP<sup>14</sup> com objetivo de transferir para a iniciativa privada a construção, o gerenciamento e execução de serviços não assistenciais de 41 novas Unidades Básicas de Saúde, num período de 4 anos. A concessão será por 20 anos e os investimentos (CAPEX - iniciais e reinvestimento) chegariam a R\$ 318,1 milhões e outros R\$ 560,0 (OPEX) ao longo da concessão, uma média anual de R\$ 28 milhões. A expectativa é que a licitação seja lançada em março, após aprovação do Tribunal de Contas do Estado. O projeto conta com a assessoria do IFC do Banco Mundial.

<sup>14</sup> Escritório de Parcerias do Recife - [https://parcerias.recife.pe.gov.br/wp-content/uploads/2023/10/APRESENTACAO-DO-PROJETO-PPP\\_APS.pdf](https://parcerias.recife.pe.gov.br/wp-content/uploads/2023/10/APRESENTACAO-DO-PROJETO-PPP_APS.pdf)

## Organizações da Sociedade Civil (MROSC)

A aprovação do Marco Regulatório das Organizações da Sociedade Civil (MROSC/Lei nº 13.019/2014) substituiu os antigos convênios, muito utilizados em todo setor público, inclusive na área de saúde para serviços específicos e para contratualização de serviços complementares, mas esses foram retirados da abrangência do MROSC pela Lei nº 13.204/2015.

Como a lei não obrigava a revogação dos convênios antes do seu término, as determinações do MROSC nem chegaram a ser implantadas na prática.

O Mapa da Contratualização dos Serviços Públicos no Brasil não identificou uma presença relevante de Termos de Colaboração ou de Fomento na área de saúde, lembrando que o campo de pesquisa foram os Estados, o Distrito Federal e as capitais, ou seja, bastante limitado.

## A experiência de Porto Alegre

A exceção é a cidade de Porto Alegre, que usou o modelo do MROSC para contratualizar unidades de sua rede de Atenção Primária, a partir de 2020, e hoje 114 (86%) das 132 unidades básicas de saúde do município são gerenciadas por Organizações da Sociedade Civil.

## Concessões

O Mapa da Contratualização não localizou processos de Concessão Comum na área da saúde nos Estados e municípios pesquisados, o que é esperado, pois esse modelo de contratualização não atende aos requisitos de um sistema universal, integral e gratuito para os usuários.

## Serviço Social Autônomo (SSA)

A presença de Serviços Sociais Autônomos na Saúde ainda é bastante reduzida, sendo o exemplo mais exitoso o da Rede Sarah, mantido pela Associação da Pioneiras Sociais, que negocia seu orçamento diretamente com o Congresso e o executa livremente. É uma das ilhas de excelência do SUS, mas não opera integrada à rede SUS, tendo um sistema próprio de referenciamento de seus pacientes.

É uma alternativa nos casos de impasse na criação de legislação para Organizações Sociais e PPPs. Outros exemplos na área da Saúde são o Instituto Hospital de Base do Distrito federal (IHBDF) e o Hospital Metropolitano Dr. Celso de Castro (MG).

# 5. TENDÊNCIAS E DESAFIOS

## Tendências

Os principais cenários setoriais nos levam a uma percepção de crescimento cada vez maior da contratualização no SUS em busca de:

- i. rapidez na implementação de soluções;
- ii. capacidade de entrega dos resultados esperados
- iii. flexibilidade na ampliação/redução de objetivos e metas;
- iv. capacidade de atualização;
- v. flexibilidade na substituição de parceiros;
- vi. desoneração dos limites da Lei de Responsabilidade Fiscal;
- vii. desoneração de compromissos trabalhistas e previdenciários.

Flexibilidade, prontidão e eficácia são requisitos essenciais da saúde no Século XXI.

São requisitos para uma das áreas que mais rapidamente é impactada pelas mudanças de perfil populacional e condições ambientais, afinal, é ela a resultante dos determinantes sociais da saúde.



Figura 8. O Modelo da Determinação Social da Saúde de Dahlgren e Whitehead

Fonte: <https://www.saude.pr.gov.br/Pagina/PlanificaSUS-Parana>

Para a Comissão Nacional sobre os Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS), os DSS são os fatores sociais, econômicos, culturais, étnicos/raciais, psicológicos e comportamentais que influenciam a ocorrência de problemas de saúde e seus fatores de risco na população. O modelo de Dahlgren e Whitehead é uma das mais aceitas representações gráficas dos DSS. Ele coloca na base o indivíduo e suas características que podem influenciar os riscos em saúde, assim como seu estilo de vida,

mas como lembram Buss&Pelegrini Filho<sup>15</sup>, este nem sempre decorre da livre escolha das pessoas, sendo, muitas vezes, já resultado das pressões sociais do meio. Acrescenta ainda as redes sociais e comunitárias que podem ou não formar uma rede de proteção às pessoas. A próxima camada descreve os determinantes propriamente ditos: condições de vida e de trabalho, ambiente de trabalho, educação, produção de alimentos, desemprego, saneamento, saúde e habitação. Envolvendo esse conjunto estão as condições socioeconômicas, sociais e ambientais gerais.

Alterações no perfil socioeconômico, populacional ou ambiental tem impactos profundos nas condições de saúde das populações.

A redes de saúde tem que responder com rapidez e eficácia a essas alterações, se reinventando a partir dos novos parâmetros de sua população alvo. Aí reside a maior força da contratualização, cujas atividades podem ser rapidamente ajustadas ao “novo normal” de cada momento.

A explosão da pandemia de Covid-19 (2020/2021) demonstrou isso com toda a clareza. A globalização permitiu que o vírus atingisse todos os continentes em período recorde, gerando a primeira pandemia do novo milênio.

A atual epidemia de dengue de 2024 pode ser um exemplo das mudanças climáticas com alteração no regime de chuvas e de temperatura, além de deficiências estruturais de prevenção.

Os sistemas de saúde são pressionados a se reinventar tanto no enfrentamento dos eventos críticos, como nos impactos permanentes, como é o caso do envelhecimento da população e consequente aumento dos casos de câncer, doenças crônicas não transmissíveis e outras.

A arquitetura institucional tradicional do poder público no Brasil não é adequada a essa necessidade de ajustes e respostas rápidas e a contratualização tem se mostrado a modelagem mais eficaz para contornar essa limitação. O enfrentamento da Covid-19 teve enorme participação de parceiros privados na expansão dos serviços. Em tempo

recorde mais que duplicamos os leitos de UTI, hospitais foram expandidos, novos hospitais e ambulatorios surgiram com a rapidez necessária, equipes foram contratadas, enfim, a rede de saúde cresceu com rapidez para atender à pandemia e, na quase totalidade dos casos, através de organizações parceiras do poder público, as entidades filantrópicas e as organizações sociais, ou seja, da contratualização com a iniciativa privada.

Sem mencionar que investimentos privados permitiram a construção de duas novas plantas de vacina, uma no Instituto Butantan e outra na Fiocruz.

Menção especial deve ser feita à verdadeira explosão da Saúde Digital com a as teleconsultas e tele orientação, além do gerenciamento da jornada dos pacientes infectados, da análise de dados para tomada de decisões críticas. Toda essa estrutura foi viabilizada com investimento público em soluções do setor privado, através da contratualização.

### **Custos**

Outro fator que indica a sustentabilidade do crescimento da contratualização na Saúde, e da terceirização no setor público em geral, refere-se à pressão orçamentária de curto e de longo prazo.

A Constituição exige a vinculação de 12% da receita própria dos Estados e de 15% dos Municípios para a Saúde. A média de gasto dos Estados é de 13% e dos Municípios 24%.

A União vem desfinanciando progressivamente o setor saúde e atualmente parte importante dos recursos de investimento e até de custeio são transferidos através de emendas parlamentares, sem fluxo permanente e previsibilidade.

A Lei de Responsabilidade Fiscal também limita as despesas de pessoal induzindo à terceirização e contratualização dos serviços.

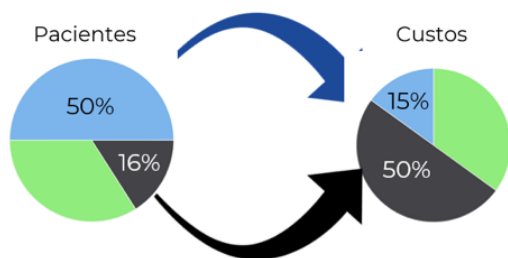
O maior incentivo, porém, é o melhor custo-efetividade dos serviços contratualizados, já demonstrado em diversos estudos, principalmente pela maior facilidade das entidades parceiras em garantir os recursos materiais e humanos necessários e em tempo hábil.

<sup>15</sup> A Saúde e seus Determinantes Sociais, Buss, Paulo M. e Pelegrini Filho, Alberto, PHYSIS: Ver. Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 2007

## Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT)

O gerenciamento populacional é um conceito basilar dos sistemas de saúde e sua necessidade se expressa com muita nitidez na prevenção e tratamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), por seus impactos na qualidade de vida das pessoas e nos custos para os sistemas.

Pacientes com comorbidades crônicas (3 a 5 condições crônicas) representam 16% nas populações e consomem 50% dos recursos disponíveis, enquanto os 50% da população sem cronicidades consomem 15%.



## Saúde Digital

A telessaúde chegou para transformar em realidade o sonho do SUS de um sistema totalmente integrado à população, cuidando da saúde das pessoas e não apenas de suas doenças, apoiando as pessoas na manutenção de sua saúde, garantindo o acesso a uma jornada adequada ao tratamento e recuperação quando necessário, integrando todos os níveis de atendimento no nível primário, especializado e hospitalar.

A informatização já vinha avançando no SUS, mas muito no backoffice gerencial, mais do que nas linhas de cuidado e já com uma participação importante da contratualização em centrais de regulação e centrais de laudos, por exemplo.

A fase atual é da informatização da assistência, com novos equipamentos que qualificam os atendimentos remotos de teleconsultas e, mais que isso, de tele orientação buscando o engajamento da população no gerenciamento de sua saúde. É a saúde disponível "24 x 7" nas unidades de saúde e fora delas, nos celulares, tabletes, laptops e computadores.

O desenvolvimento nessa área é muito veloz, novas soluções surgem a todo momento e novamente aqui as entidades parceiras levam vantagem na implementação de soluções digitais. Elas contratam e implantam mais rapidamente as soluções disponíveis com resultados imediatos à população. Alavancam os bons resultados e substituem o que não atingiu os objetivos de maneira ágil, não traumática.

Já existem diversas experiências exitosas em andamento, inclusive com a implementação de consultórios digitais nas unidades básicas, para expandir o acesso e acelerar a transição do presencial para o digital<sup>16</sup>.

## Saúde em Casa

A impressionante expansão da telessaúde, impulsionada pelo enfrentamento da Covid-19 em 2020/2021, remete a uma desospitalização acelerada na assistência à saúde a partir de equipamentos que permitirão que a maioria dos exames possa ser feita nos domicílios, assim como o monitoramento dos pacientes. Um estudo da Oliver Wyman analisou as internações hospitalares em 10 categorias e concluiu que, até 2035, 71% delas poderão ser transferidas para tratamento domiciliar.

**Pirâmide de Kaiser Permanente**

Nível	% Pop	Custo	Acumulado
<b>Críticos</b>	<b>0,6%</b>	<b>13,3%</b>	<b>13,3%</b>
<b>Crônicos complexos</b>	<b>6,2%</b>	<b>25,9%</b>	<b>39,2%</b>
<b>Crônicos simples</b>	<b>14,1%</b>	<b>26,8%</b>	<b>66,0%</b>
<b>Alto Risco</b>	<b>15,5%</b>	<b>18,0%</b>	<b>84,0%</b>
<b>Estáveis</b>	<b>7,3%</b>	<b>6,7%</b>	<b>90,7%</b>
Saudáveis	<b>35,5%</b>	9,3%	<b>100,0%</b>
Não usuários	<b>20,8%</b>	0,0%	<b>0,0%</b>

Estudo recente (Rich Keller, 2021) aponta que a soma dos casos críticos e crônicos, complexos e simples, representam 20,9% da população e consome 66% dos recursos disponíveis. Se acrescentarmos os de alto risco chegaremos a 84% dos custos para 36,4% da população.

A identificação dessa população e seu monitoramento constante são prioridades estratégicas para a sustentabilidade do setor e isso deve começar na Atenção Primária à Saúde onde a contratualização tem ganhado espaço, inclusive na implementação da Saúde Digital.

<sup>16</sup>Ver experiência nas cidades de São Paulo, Tarumã e Palmital.

Distribuição das internações em hospitais americanos em 10 categorias que poderiam ser transferidas para domicílio (2019)

Categoria	Viável		Não Viável		Total n°
	n°	%	n°	%	
Doeça mental	124.939	100%	0	0%	124.939
Doença infecciosas e parasitárias	65.550	99%	870	1%	66.420
Doenças do aparelho urogenital	46.322	99%	523	1%	46.845
Doenças do sistema músculo-esquelético	85.841	97%	2.525	3%	88.366
Doenças do sistema respiratório	67.448	90%	7.668	10%	75.116
Doenças do aparelho digestivo	81.297	72%	31.279	28%	112.576
Doenças endócrinas/metabólicas	35.757	64%	19.743	36%	55.500
Doenças do aparelho circulatório	90.236	61%	57.989	39%	148.225
Neoplasias	7.813	12%	56.870	88%	64.683
Lesões e envenenamentos	6.601	8%	73.263	92%	79.864
<b>TOTAL</b>	<b>611.804</b>	<b>71%</b>	<b>250.730</b>	<b>29%</b>	<b>862.534</b>

Fonte: análise da Oliver Wyman com base nos dados do Marketscan e do Medicare Standard Analytical Files (EU/2019)

Em pesquisa do Fórum Oliver Wyman, 63% dos médicos afirmam que as consultas virtuais serão mais comuns que as presenciais até 2027.

Se associarmos a isso a robótica e a IA, as internações domiciliares exigirão um imenso rearranjo nas estruturas de atendimento, desde ao desenvolvimento de um tipo de arquitetura sanitária domiciliar, capacitação de familiares, profissionais de apoio, equipes de retaguarda virtual e equipes de intervenção emergencial, por exemplo.

Hoje os serviços de assistência domiciliar e internação domiciliar já são, em suas maiorias, executados por prestadores de serviços ou entidades parceiras contratualizadas. Esse será um novo campo de expansão da contratualização pela flexibilidade, prontidão e eficácia que o modelo proporciona.

## Desafios

Vou abordar aqui o que vejo como principais desafios para o Modelo de Parceria com Organizações Sociais, que é o mais utilizado na área da Saúde, e apenas comentar as dificuldades das PPPs, ainda embrionárias no setor.

### Qualificação/Acreditação das Organizações Sociais

O fato de o Ministério da Saúde jamais ter assumido a parceria com Organizações Sociais como uma política pública do SUS e a necessidade de cada Estado e Município que quisesse adotar o modelo ter que aprovar lei própria, definindo o processo de seleção e contratação, para viabilizar dispensa de licitação pela Lei nº 8.666/93, gerou uma verdadeira babel regulatória.

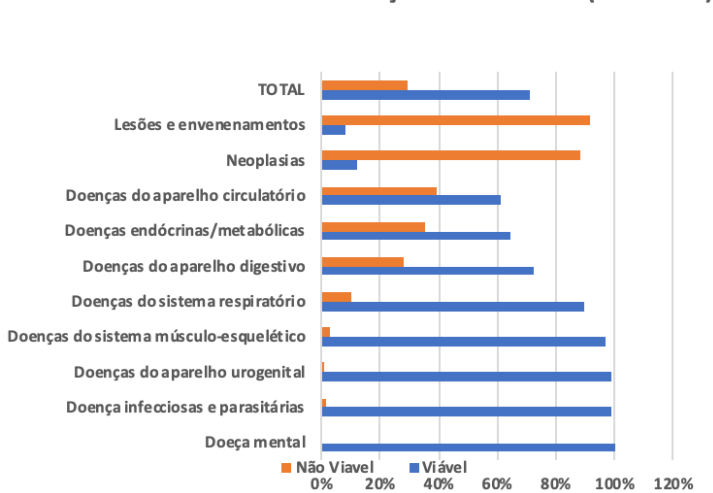
Todos mais ou menos se basearam na regulação federal (Lei nº 9.637/98) com adaptações às suas realidades locais. Regiões com maior presença de entidades fortes, a maioria filantrópicas, fizeram exigências maiores para a qualificação, enquanto regiões com menor presença de entidades afrouxaram os requisitos ou simplesmente aceitaram a qualificação de outros locais.

Veja que a qualificação da entidade sem fins lucrativos como Organização Social junto àquele Estado ou Município é a pedra-de-toque do modelo. É ali, na qualificação, que o Poder Público define quem aceita como seu parceiro. A qualificação é como um short list em processos de contratação, apenas as entidades qualificadas podem participar dos processos de contratualização.

As leis estaduais e municipais apresentam uma série de outros problemas, em especial no processo de fiscalização e controle que ora são muito frágeis e ora querem transformar a OS numa autarquia integrante da Administração Pública, coisa que ela não é, e o Contrato de Gestão, instrumento que formaliza a parceria, num contrato de prestação de serviços, o que ele também não é.

Porém, é a qualificação das entidades que gera o maior desvio de finalidade. Ao longo desses 26 anos de existência do modelo surgiram os mais variados escândalos e a maioria teve algumas características comuns: a) envolveram os dois

Viabilidade de internações domiciliares (EUA-2019)



parceiros, ou seja, a OS e os gestores; b) envolveram entidades de menor reconhecimento social; c) os problemas foram mais de desvio de recursos e do que na qualidade dos serviços prestados.

Para se diferenciar as entidades com maior reconhecimento social e experiência criam o Instituto Brasileiro das Organizações Sociais da Saúde - IBROSS, hoje com 21 associados, que passou a funcionar como uma espécie de acreditação informal, devido às rígidas regras de compliance da entidade. É um referencial importante, na verdade o único disponível, mas não podemos esquecer que é uma associação das entidades.

O Ministério da Saúde deveria assumir o modelo como uma política pública e, entre outras providências, providenciar a criação de uma agência de acreditação das Organizações Sociais da Saúde. Nos moldes da acreditação hospitalar, para orientar e garantir aos gestores a qualidade das entidades que se apresentam para qualificação e para disputa nos processos de seleção.

### **Capacitação do Estado**

Estados e municípios continuam encontrando muitas dificuldades na gestão da contratualização com Organizações Sociais. Novamente se verifica que os manuais existentes são produzidos pelas entidades e não pelos organismos de Estado, o que igualmente reflete a omissão do Ministério da Saúde nessa área.

Os gestores estaduais do SUS e dos municípios de médio e grande porte assumem cada vez mais o papel de gestores estratégicos e de contratos, reduzindo a prestação direta de serviços. Na cidade de São Paulo 80% dos serviços de Atenção Primária são prestados em unidades gerenciadas por Organização Sociais.

As Secretarias precisam estar estruturadas para essa atividade e as equipes devidamente qualificadas.

Além disso, é impossível monitorar de fato o desempenho e fiscalizar a aplicação de recursos sem sistemas informatizados e integrados, com interoperabilidade com os sistemas de informação do SUS.

É papel do Ministério da Saúde e dos conselhos de secretários (CONASS e CONASEMS<sup>17</sup>) investir nessa qualificação das estruturas.

### **Controle Externo Independente**

O modelo de parceria com Organizações Sociais opera com recursos públicos e como tal está sujeito a toda a cadeia de fiscalização seja interna, do próprio gestor, dos tribunais de contas, Ministério Público, enfim todo o aparato de fiscalização do Estado.

A própria legislação estabelece mecanismos de monitoramento, avaliação e fiscalização dos Contratos de Gestão, com comissões técnicas e comissões com participação social.

O volume de recursos e de serviços envolvidos nos Contratos de Gestão demanda um novo modelo de fiscalização: externa, profissionalizada, permanente e independente.

Como já fez o Estado de Goiás, é importante trazer para o modelo a figura do Verificador Independente ("VI") já altamente utilizado no das Parcerias Público-Privadas (PPPs), regidas pela Lei Federal nº 11.079/04. Trata-se de um ente privado e independente da relação contratual (não vinculado ao parceiro privado, nem ao Estado), que atua de forma imparcial, neutra e com independência técnica, com a função de apoiar os órgãos de fiscalização do Poder Público.

A sua importância reside no fato de que o VI tem como função monitorar a execução do contrato de forma permanente, permitindo a adequação da prestação de serviços e a correção de eventuais falhas durante toda a vigência do contrato de gestão, numa lógica de análise voltada para o cumprimento material do objeto, superando uma análise meramente formal e olhando para as obrigações de ambas as partes da parceria.

O Verificador Independente não substitui nenhuma das instâncias fiscalizatórias formais e legais, ele acrescenta uma visão externa, informada e estruturada para apoiar as decisões dos gestores.

### **Ampliar as Parcerias Público-Privadas**

Hoje existem 1.017 projetos de PPP em andamento no Brasil, mas apenas 14 deles são na área da Saúde, a maioria nos Estados da Bahia (pioneiro) e São Paulo. Nesses vinte anos na legislação que instituiu o modelo, ele não conseguiu se formar no setor.

O primeiro embate foi político, com as PPPs sendo consideradas privatizações, simplesmente ignorando que a definição da carta de serviços é do gestor

<sup>17</sup> Conselho Nacional dos Secretários Estaduais de Saúde e Conselho Nacional dos Secretários Municipais de Saúde)



público, que o acesso é definido pelo gestor público, que o atendimento é exclusivamente para o SUS e, o que parece ser detalhe nesse debate, o equipamento é público. Um hospital construído em regime de PPP opera exclusivamente como hospital público, sob comando do gestor público e reverte para o patrimônio público ao final da concessão.

Há outros entraves, porém. Não é uma solução para todos. Há limites de comprometimento da receita, capacitação técnica das equipes, modelagem, dificuldades operacionais. Há também um receio, fundado, pelo tempo das concessões (mínimo de cinco e máximo de 30 anos) e pela extrema dificuldade para seu rompimento ou revisão.

O entrave central está na dificuldade de estruturação de um Fundo Garantidor com credibilidade, sem o qual não se tem capacidade de atrair o mercado, que vai arcar com o financiamento necessário para implementação do projeto, nem de buscar financiamento no BNDES ou outros bancos de fomento.

Em termos de modelagem recomendo uma atenção especial dos modelos que já citei aqui:

- São Paulo, com as PPPs para a construção e bata cinza (serviços auxiliares) e OSS para a bata cinza (serviços clínicos assistenciais);
- Rio de Janeiro, com PPP para revitalização de um hospital tradicional, com concessão apenas da bata cinza;
- Recife, que está estruturando uma PPP na atenção primária, nesse modelo de concessão apenas da construção de bata cinza.

Já disse que considero o melhor modelo para a área da Saúde, pois permite maior flexibilidade onde ela é fundamental, ou seja, nas ações assistenciais.

## OLHANDO PARA A FRENTE

A expansão do processo de contratualização dos serviços de saúde tem características de sustentabilidade, sobrevivendo inclusive aos incontáveis desvios que ocorreram ao longo do processo e, infelizmente, continuam ocorrendo. Os desvios, que em sua maioria contam com a participação tanto do parceiro privado como do parceiro público, afetam a credibilidades dos modelos, em especial das OSS no caso da saúde, mas apenas localmente e por um período limitado.

Isso ocorre porque no mundo real os serviços prestados, os desfechos e o custo-efetividade superam com muita vantagem a administração tradicional. É bom que se diga que na área da saúde são as amarras da legislação da administração pública, pensada para controlar processos e não para garantir desfechos, as maiores responsáveis pela ineficiência.

Recentemente o Ministério Público de um Estado do Centro-Oeste exigiu o afastamento e substituição de uma Organização Social que gerenciava dois hospitais e duas policlínicas, por irregularidades administrativas, mas reconheceu que os serviços prestados eram de qualidade.

Hoje, das 316 cidades com mais de 100 mil habitantes, 153 (48,4%) tem leis próprias de OSSs e 115 (36,4%) já tem contratos de gestão em andamento. Em geral, as administrações que se sucedem ampliam o modelo onde ele já existe ou tratam de implantá-lo para enfrentar os desafios de atender sua população, com qualidade e economicidade.

A Saúde Digital deve ser um fator impulsionador da contratualização. O modelo de mais rápida implementação das ferramentas de Saúde Digital na rede pública é sua inclusão nos Contratos de Gestão. A agilidade das entidades parceiras na busca de soluções de mercado é reconhecidamente um diferencial. É comum que hospitais gerenciados por OSSs sejam completamente informatizados e outros, da mesma secretaria estadual ou municipal, mas com administração tradicional ainda sejam quase totalmente analógicos.

Foi essa a opção da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo, que está implementando o projeto de Saúde da Família Digital nos Contratos de Gestão (que representam 80% da entrega de serviços na rede de atenção primária).

Para encerrar, deixo duas provocações como visão de futuro:

### **Contratos de Gestão Regionais**

Uma das maiores dificuldades do SUS no mundo real é a regionalização das redes de atenção. Saúde é escala<sup>18</sup> e a população dos municípios menores é atendida nos centros regionais, mas a organização dessa rede é, em geral, apenas formal, funcionando de maneira caótica no mundo real. Os Consórcios intermunicipais têm sido usados como ferramenta para amenizar o problema, mas ainda longe de solucioná-lo.

A territorialização dos Contratos de Gestão na cidade de São Paulo por ser a chave para uma alternativa: os Contratos de Gestão Regionais.

Em São Paulo, os Contratos de Gestão são regionalizados e a maioria das unidades de saúde da região, inclusive UPAs e hospitais, ficam sob gerenciamento de uma mesma Organização Social, facilitando a construção efetiva de referência e contrarreferências.

A ideia aqui seria o Estado organizar os municípios de uma determinada região e firmarem, em conjunto, um Contratos de Gestão incluindo as unidades

estaduais e municipais. Teriam que ser criados mecanismos de governança, assim como dos processos de fiscalização e um fundo garantidor dos repasses contratualizados.

A tecnologia de informação disponível hoje na área da saúde permitiria um salto qualitativo de interoperabilidade das redes existentes, desde que sob comando técnico único, e a implementação da telessaúde poderia ser feita rapidamente.

### **Organizações Gerenciadoras**

Hoje as Organizações Sociais são entidades sem fins lucrativos qualificadas para atuar como parceiras do Poder Público.

O que nos impede de instituir as Organizações Gerenciadoras, empresas privadas, especializadas em gerenciamento no setor saúde, contratadas como prestadoras de serviço para o gerenciamento de unidades e serviços de saúde, no modelo dos Contratos de Gestão, ou seja, por metas de atendimento e não por pagamento por unidade de serviço prestado.

Talvez com parte da remuneração como taxa de sucesso a partir da superação de metas, custo-efetividade ou outros fatores?

<sup>18</sup>Um tomógrafo deve atender 100 mil habitantes, uma Ressonância Magnética, 500 mil.



Fundação para Estudos e Formação Política do PSD

<p>Presidente <b>Alfredo Cotait Neto</b></p> <p>Coordenador Nacional de Formação Política <b>Raimundo Colombo</b></p> <p>Coordenador Nacional de Relações Institucionais <b>Vilmar Rocha</b></p> <p>Secretária <b>Ivani Boscolo</b></p> <p>Diretor Superintendente <b>João Francisco Aprá</b></p>	<p><b>Conselho Consultivo</b></p> <p>Presidente <b>Guilherme Afif Domingos</b></p> <p>Conselheiros <b>Alda Marco Antonio</b> <b>André de Paula</b> <b>Cláudio Lembo</b> <b>Omar Aziz</b> <b>Otto Alencar</b> <b>Rafael Greca</b> <b>Ricardo Patah</b></p>	<p><b>Conselho Superior de Orientação</b></p> <p>Presidente <b>Gilberto Kassab</b></p> <p>Conselheiros <b>Antonio Brito</b> <b>Carlos Massa Ratinho Junior</b> <b>Eduardo Braide</b> <b>Eduardo Paes</b> <b>Fuad Noman</b> <b>Guilherme Campos</b> <b>Leticia Boll Vargas</b> <b>Rodrigo Pacheco</b> <b>Samuel Hanan</b> <b>Topazio Silveira Neto</b></p>
---	---	---

**DOCUMENTOS** - Coleção 2024 - O SUS NÃO É ESTATAL

**ESPAÇO DEMOCRÁTICO** - Site: [www.espacodemocratico.org.br](http://www.espacodemocratico.org.br) Facebook: **EspacoDemocraticoPSD** Twitter: **@espdemocratico**

Coordenação - Scriptum Comunicação - Jornalista responsável - Sérgio Rondino (MTB 8367)

Projeto Gráfico - BReeder Editora e Ass. de Com. Ltda - Marisa Villas Boas - Fotos - Scriptum com Shutterstock



**[www.espacodemocratico.org.br](http://www.espacodemocratico.org.br)**