



University of  
Texas Libraries

REDIB  
Red Iberoamericana  
latindex

e-revist@s

Sumários.org



Centro Unversitário Santo Agostinho

revistafsa

www4.fsnet.com.br/revista

Rev. FSA, Teresina, v. 17, n. 1, art. 3, p. 51-74, jan. 2020

ISSN Impresso: 1806-6356 ISSN Eletrônico: 2317-2983

http://dx.doi.org/10.12819/2020.17.1.3

DOAJ DIRECTORY OF  
OPEN ACCESS  
JOURNALS

WZB  
Wissenschaftszentrum Berlin  
für Sozialforschung



## Produção por Gestão Própria ou por Organizações Sociais de Saúde? Um Estudo com Hospitais de Santa Catarina

## Production by Own Management or by Social Health Organizations? A Study with Hospitals of Santa Catarina

### Antonio Felipe Oliveira Rodrigues

Doutorado em Administração pela Universidade do Estado de Santa Catarina

Mestre em Economia pela Universidade Federal de Santa Catarina

E-mail: felipenosul@gmail.com

### Silvio Bhering Sallum

Mestre em Economia pela Universidade Federal de Santa Catarina

E-mail: sbs3y@virginia.edu

### Fabiano Maury Raupp

Doutor em Administração pela Universidade Federal da Bahia

Professor da Universidade do Estado de Santa Catarina

E-mail: fabianoraupp@hotmail.com

#### Endereço: Antonio Felipe Oliveira Rodrigues

Universidade do Estado de Santa Catarina, Escola Superior de Administração e Gerência. Av. Madre Benvenuta, 2.037 – Itacorubi – CEP 88035-001, Florianópolis, SC, Brasil.

#### Endereço: Silvio Bhering Sallum

Rua Eng. Agrônomo Andrei Cristian Ferreira, s/n – Trindade - CEP 88040-900, Florianópolis, SC, Brasil.

#### Endereço: Fabiano Maury Raupp

Universidade do Estado de Santa Catarina, Escola Superior de Administração e Gerência. Av. Madre Benvenuta, 2.037 – Itacorubi – CEP 88035-001, Florianópolis, SC, Brasil.

#### Editor-Chefe: Dr. Tonny Kerley de Alencar Rodrigues

Artigo recebido em 18/07/2019. Última versão recebida em 01/08/2019. Aprovado em 02/08/2019.

Avaliado pelo sistema Triple Review: a) Desk Review pelo Editor-Chefe; e b) Double Blind Review (avaliação cega por dois avaliadores da área).

Revisão: Gramatical, Normativa e de Formatação



## RESUMO

O estudo tem por objetivo comparar características de produção de hospitais de Santa Catarina com gestão própria com hospitais geridos por Organizações Sociais de Saúde. A pesquisa é do tipo descritiva, realizada por meio de um estudo documental, com abordagem predominantemente quantitativa. Baseando-se na literatura e na relevância dos dados para o tipo de análise estatística efetuada neste estudo, foram requeridas à Secretaria Estadual de Saúde de Santa Catarina informações sobre 18 hospitais públicos, sendo 13 de gestão própria e 5 geridos por OSS. A técnica de análise de dados foi a análise descritiva. É unânime a tendência crescente dos gastos nos hospitais serem superiores ao aumento na produção, independente do modelo de gestão. A produção média dos hospitais geridos por OSS é superior à produção dos hospitais geridos pela administração direta. Sobre a possibilidade de transferir a gestão dos atuais hospitais de administração estadual para as OSS, sabe-se que a implementação de reformas organizacionais no setor público é uma tarefa altamente complexa.

**Palavras-chave:** Produção Hospitalar. Gestão Própria. Gestão por Organizações Sociais de Saúde.

## ABSTRACT

The aim of this study is to compare the characteristics of the production of hospitals in Santa Catarina with its own management with hospitals managed by Social Health Organizations. The research is descriptive, carried out through a documentary study, with a predominantly quantitative approach. Based on the literature and the relevance of the data for the type of statistical analysis carried out in this study, the State Department of Health of Santa Catarina was requested to provide information on 18 public hospitals, 13 of which were self-managed and 5 managed by OSS. The technique of data analysis was the descriptive analysis. It is unanimous that the growing trend of hospital spending is higher than the increase in production, regardless of the management model. The average production of hospitals managed by OSS is higher than the production of hospitals managed by direct administration. Regarding the possibility of transferring the management of the current hospitals of state administration to OSS, it is known that the implementation of organizational reforms in the public sector is a highly complex task.

**Keywords:** Hospital Production. Own Management. Management By Social Health Organizations.

## 1 INTRODUÇÃO

A recente crise político-econômica tem estabelecido aos gestores públicos o desafio de aumentar a oferta de serviços à sociedade com uma receita de impostos estagnada. No Brasil, historicamente, a ampliação dos serviços ofertados aos cidadãos é feita por meio do aumento das despesas públicas. Para tanto, é necessário que as receitas públicas tenham um crescimento constante. Durante as últimas décadas, isto foi possível devido a um aumento vertiginoso das receitas decorrentes do crescimento econômico e da formalização do mercado de trabalho, que garantiram à administração pública maior quantidade de recursos sem elevar consideravelmente os impostos.

Além da conjuntura político-econômica adversa, a gestão do sistema público de saúde tende a ser ainda mais desafiadora. Segundo o IBGE (2017), a expectativa de vida cresceu de 62,7 para 76 entre 1980 e 2017. Além disso, em 2000 havia 300 mil pessoas com mais de 90 anos. Estimativas do órgão apontam que este número será superior a 5 milhões em 2060. Tal cenário demográfico aumentará a demanda da sociedade por leitos hospitalares, remédios de uso contínuo, exames de alta sofisticação e cuidados permanentes. É um cenário pouco discutido, porém igualmente preocupante. O envelhecimento populacional muda a carga de doenças mais tratadas, de um perfil predominantemente de doenças infecciosas para um perfil principalmente de doenças não-transmissíveis. Isto elevará significativamente as despesas com saúde nas próximas décadas, a exemplo do que tem sido observado nas sociedades em que este processo de envelhecimento está em estágio mais avançado. Soma-se a este contexto o valor crescente dos procedimentos hospitalares, os quais têm tido preço elevado acima da inflação, pelo menos desde 2011, quando o Instituto de Estudos de Saúde Complementar vem calculando índices inflacionários de custos médicos. Apenas no ano de 2018, os custos médico-hospitalares ficaram 17,3% mais caros, ante uma inflação de 3,75% no mesmo período (INSTITUTO DE ESTUDOS DE SAÚDE SUPLEMENTAR, 2019).

Cabe também citar a Emenda Constitucional nº 95/2016, que limitou o crescimento global dos gastos públicos da União por 20 anos. Desta forma, a disputa por recursos do orçamento será intensa nos próximos períodos, dificultando aumentos, sem critério, dos gastos com saúde. É razoável considerar que este cenário limitará as transferências discricionárias da União para o sistema de saúde dos estados. Desde modo, convém aos estados racionalizar os gastos públicos para que se faça cada vez mais atendimentos à população com menor quantidade de recursos. De acordo com Lisboa e Scheinkman (2017), nos serviços públicos há uma excessiva discussão sobre o total dos gastos (geralmente para o

aumento destes), porém pouca discussão sobre a sua eficiência.

Os hospitais públicos têm dificuldade em se adaptar a mudanças, fazendo uso de práticas e métodos de gestão ultrapassados. Quais as condições necessárias para transformá-las em centros de alto nível é uma das questões que este trabalho pretende responder. Como ocorre em vários países, as evidências apontam cada vez mais para amplas variações na qualidade, na produtividade e nos custos nos hospitais brasileiros. À luz dessa evidência, cresce a demanda para que formuladores de políticas e atores do setor entendam os fatores presentes por trás de tais disparidades, a estrutura de incentivos que as produzem e, o mais importante, ofereçam soluções viáveis para corrigir suas deficiências. Neste sentido, o estudo tem por objetivo comparar características de produção de hospitais de Santa Catarina com gestão própria com hospitais geridos por Organizações Sociais de Saúde.

## 2 REFERENCIAL TEÓRICO

### 2.1 Modelos de Gestão na Saúde

#### 2.1.1 Contextualização

Os mecanismos de pagamentos são a forma de incentivo que influencia o comportamento dos agentes da economia, porém os hospitais administrados diretamente pelo setor público não respondem da mesma maneira. Os principais elementos que envolvem a administração direta dos hospitais públicos e o modelo de gestão por Organizações Sociais de Saúde (OSS) em Santa Catarina são discutidos nesta seção. A tabela 1, por exemplo, apresenta os tipos de arranjos organizacionais hospitalares públicos e privados no Brasil.

**Tabela 1 – Arranjos organizacionais hospitalares públicos e privados no Brasil**

Classificação	Arranjo organizacional	Quantidade	%
<b>Hospitais públicos</b>			
Administração Direta	Administração pelos governos Federal, Estadual ou Municipal	76.484	27%
Administração Indireta	Autarquias	322	0,3%
	Fundação Pública	582	
Administração autônoma	Empresas Públicas e Economia Mista	762	1,2%
	Organizações Sociais	262	
	Serviço Social Autônomo	2.421	
<b>Hospitais Privados</b>			
Com Fins Lucrativos	Empresa Privada	196.744	69%
Sem Fins Lucrativos	Fundação Privada	1.622	2,5%
	Sindicatos e Cooperativas	1.210	
	Entidade Beneficente sem Fins Lucrativos	4.242	

<b>Total</b>	284.651	100%
--------------	---------	------

Fonte: Ministério da Saúde (2015).

A administração direta de hospitais, predominante no setor público brasileiro, também é observada em Santa Catarina. Conforme o Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde do Brasil do Ministério da Saúde (2015), observa-se que o Estado segue a tendência nacional na proporção de modelo de gestão para atendimento de serviços hospitalares. Santa Catarina se destaca na utilização de administrações autônomas devido ao uso de contratos no modelo de serviço social autônomo, que correspondem a 9,5% do total. Serviços hospitalares por meio de contratos com OSS no Estado – que é o escopo do trabalho - seguem a mesma proporção nacional: apenas 0,3% do total. Unidades hospitalares no modelo de empresas públicas ou sociedades de economia mista são 1,2%, o que totaliza em 11% os hospitais de administração autônoma no Estado.

Hardin e Preker (2003) e Jakab *et al.* (2002) desenvolveram um marco teórico que considera cinco dimensões no âmbito organizacional: autoridade para tomar decisões, em especial sobre os insumos hospitalares (autonomia); exposição ao mercado para a prestação do serviço (exposição ao mercado); retenção de excedentes financeiros e responsabilidade por déficits orçamentários (requerente residual); grau de responsabilidade direta pelo desempenho (responsabilização); e a especificação de objetivos e missão institucional (função social).

Os autores citados acima descreveram e verificaram cada um desses modelos de gestão de acordo com as dimensões organizacionais, sendo a pior situação denominada como “muito limitada” e a melhor como “alta”. O quadro 2 resume esta comparação focando nos dois modelos que são estudados no presente trabalho, quais sejam: hospitais geridos diretamente pelo Estado e por organizações sociais de saúde.

#### **Quadro 2 – Comparação entre os modelos de gestão pelos componentes organizacionais**

<b>Componente organizacional</b>	<b>Administração direta</b>	<b>Org. Sociais de Saúde</b>
Autonomia decisória	Muito limitada	Alta
Exposição ao mercado	Muito limitada	Moderada
Prestação de contas	Muito limitada	Alta
Condição de requerente residual	Muito limitada	Alta
Funções sociais	Implícita	Explícita

Fonte: Hardin e Preker (2003).

Neste ponto, é importante deixar claro os motivos que levaram os autores a classificar desta forma os dois modelos de gestão hospitalar. Tal condição é mais difícil de estar presente nas OSS, que possuem capacidade decisória para definir sobre os recursos e as contratações,

têm liberdade para inovar a administração e tomam as próprias decisões de investimento. De modo particular sobre a exposição de mercado, a administração direta é financiada de acordo com orçamento histórico, diretores são escolhidos politicamente e o sistema de pagamentos é distorcido. A condição de requerente residual está bastante associada ao tema de assimetria de informações. Na administração direta, esta condição não está presente, pois não se retém à renda não aplicada do orçamento e as perdas de gestão são transferidas ao governo. Por outro lado, nas OSS este aspecto é atendido.

Pressupõe-se que, devido a terem os incentivos corretos, as OSS são mais eficientes, ou seja, são capazes de produzir mais serviços hospitalares com uma menor quantidade de recursos. Este estudo parte desta hipótese para testar se esta afirmação se aplica em Santa Catarina, e se for este o caso, qual o acréscimo na gestão da eficiência dos gastos em saúde pública. O subtópico a seguir discute a assimetria de informações presente na prestação de serviços públicos hospitalares, especificamente sobre risco moral, e os mecanismos existentes nas OSS que reduzem esta falha de mercado.

## 2.2 Assimetria de informações no setor público

O presente trabalho foca no risco moral existente na gestão hospitalar, que é observado pela existência do problema do “agente-principal”. Na gestão hospitalar, o dirigente do hospital (agente) toma decisões em que parte não são observáveis pela sociedade (principal). Para melhor elucidar o assunto sobre a assimetria de informações existente nesta relação entre o agente e o principal, Pratt e Zeckhauser (1985, p. 2) pontuam o seguinte:

Se a informação fluísse sem custo e perfeitamente, diretores saberiam o que os seus subordinados sabem e o que eles estão fazendo, o acionista ficaria confiante que os gerentes estão operando a empresa como se fosse deles, e os comerciantes saberiam que os fornecedores provisionariam bem de qualidade apropriada. É raro na vida real que a completa informação esteja livremente disponível para todas as partes, então o problema é como estruturar um contrato que induzirá os agentes a realizar as suas tarefas de acordo com os interesses do principal, mesmo quando suas ações e informações não são observadas por este.

Para auxiliar na compreensão do termo, pode-se utilizar um exemplo comum de assimetria de informações presente internamente no hospital: a relação entre médico e paciente. Este é um caso notório em que ações ocultas - um tipo de assimetria de informações relacionado a risco moral - pode ocorrer. Neste exemplo, o médico é o agente que toma as decisões que afetarão o bem-estar do principal, que neste caso é o próprio paciente. Espera-se, basicamente, que o médico tenha a qualificação apropriada e que se esforce na realização do

atendimento. Geralmente, o principal (paciente) não consegue observar se as ações do agente (médico) estão de acordo com a necessidade.

No âmbito externo do hospital, o conflito entre principal e agente ocorre pela dificuldade de observar se a gestão está tomando as decisões de acordo com os interesses da sociedade e se estão esforçando para isso. A falta de governança, de incentivos apropriados e de fiscalização dificultam a convergência de objetivos. Para minimizar esse problema, a relação entre o principal e o agente deve ser mediada por um contrato com a especificação de como os agentes seriam recompensados pelos seus principais (MELO, 1996; PRZEWORSKI, 1998). O objetivo da contratualização seria, portanto, regular o comportamento do agente na direção dos resultados visados e evitar que este busque maximizar seus interesses individuais em detrimento do coletivo.

Arrow (1985) observa que as corretas ações para reduzir o problema do agente-principal e a assimetria de informações devem ser tomadas. Verificar a presença do médico no hospital é insuficiente para saber se os pacientes que ele recebeu foram bem atendidos. Desta forma, a gestão dos hospitais deve ser tal que minimize este tipo de falha ocasionado por ações ocultas. As OSS, conforme apresentado na seção anterior, possuem mecanismos capazes de reduzir o problema do agente-principal que não estão presentes na administração hospitalar direta. Basicamente, as cláusulas firmadas no contrato de gestão, a presença da Comissão de Avaliação e Fiscalização do contrato, além dos trabalhos de controle interno e externo da administração pública são os responsáveis pela mitigação dessa falha de mercado.

Em análise sobre sistema hospitalar brasileiro, La Forgia e Couttolenc (2009) apontam que tanto o setor público brasileiro quanto os pagadores privados de atenção hospitalar não estão utilizando o potencial do financiamento como instrumento para influenciar a conduta dos hospitais, portanto o problema do agente-principal está presente. Os autores afirmam que a maioria dos repasses não está associada ao desempenho, e não incentiva o uso responsável dos recursos.

Embora seja suscetível a falhas, principalmente no âmbito da execução do contrato, o modelo de Organizações Sociais hospitalares é capaz de mitigar problemas relacionados à assimetria de informações, que é a base teórica que sustenta o argumento de que o modelo de gestão hospitalar adotado pelas organizações sociais de saúde é mais eficiente que a administração direta estadual. A seguir, apresentam-se os principais pontos do contrato de gestão, este que é o documento que vincula o serviço a ser prestado pela OSS com os interesses públicos determinados pelo Estado.

### 2.3 Aspectos sobre os contratos de gestão na saúde

Nos anos 1960 e 1970, o sistema de saúde brasileiro era fortemente segmentado e excludente. Nessa época, uma parcela significativa da população não tinha direito à assistência à saúde e disputava os poucos recursos dos orçamentos públicos destinados ao Ministério da Saúde e as secretarias de estados e municípios, sendo que os recursos eram centralizados naquele ou dependiam da assistência proveniente das instituições de caridade, aplicados em serviços prestados por entidades religiosas ou outras entidades filantrópicas (PIOLA *et al.*, 2010).

A partir de 1988, com a nova Constituição Federal, a saúde passa a ser considerada direito de todos e dever do Estado (art. 196), sendo livre a iniciativa privada de prestar serviços de saúde de forma complementar (art. 199). Acrescentam-se as diretrizes de igualdade no atendimento, estabelecidas pela Lei nº 8.080/1990. Assim, o SUS deveria ser implantado de modo descentralizado, visando à universalidade, integralidade e equidade. Evidentemente, a Carta Magna trouxe uma ambiciosa meta de universalizar e integralizar o sistema de saúde brasileiro em um país cujo território possui 8,5 milhões de m<sup>2</sup> e uma população de mais de 200 milhões de habitantes. Os desafios se manifestaram logo no início, com as dificuldades de financiamento e de gestão dos recursos da saúde diretamente pelo Estado.

Numa tentativa de mitigar os problemas de execução, na segunda metade da década de 1990 o Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado (PDRAE) propôs modelos alternativos de gestão pública para o Estado brasileiro, reestabelecendo o relacionamento entre o público e o privado. Foi quando se ampliou a participação do Terceiro Setor na prestação de serviços para a sociedade. Weichert (2009) afirma que tais medidas tiveram como estratégia aumentar a eficiência e a agilidade nos processos da administração pública, melhorando os serviços e reduzindo a burocracia.

Cabe destacar que Contrato de Gestão difere de um contrato administrativo comum. O primeiro assemelha-se mais a um acordo operacional, pelo qual o órgão superior da Administração Direta estabelece, em conjunto com os dirigentes da entidade contratada, o programa de trabalho, com a fixação de objetivos, prazos, critérios de avaliação e desempenho. Já os contratos administrativos possuem peculiaridades próprias, em que a Administração Pública é que estabelece as condições a serem pactuadas, portanto, apesar de ser um contrato bilateral, prevalece a vontade da Administração.

## 2.4 Organizações Sociais de Saúde em Santa Catarina

A elaboração da Lei nº 12.929/2004, que instituiu o Programa Estadual de Incentivo às Organizações Sociais (OS), foi o marco para a prestação de serviços públicos pela sociedade civil em Santa Catarina. A Lei descentralizou diversas atividades como assistência social, ensino, pesquisa científica, esporte, saúde, entre outras. O intuito principal da Lei é, com o auxílio da sociedade, aprimorar a prestação e a gestão dos serviços públicos, reduzindo a burocracia e aumentando a eficiência.

Embora seja um modelo promissor, a utilização de organizações sociais na área da saúde (OSS) em Santa Catarina, bem como nas demais unidades da federação, ainda é feita de forma marginal. Com exceção de São Paulo, onde existem mais de 4.300 leitos em hospitais que usam este tipo de gestão, poucos adotaram em grande magnitude OS na saúde. Atualmente, há cerca de 200 hospitais no país operando neste modelo de gestão. Em Santa Catarina, dos 18 hospitais estaduais, 5 são geridos por OSS. Devido ao seu pioneirismo em âmbito nacional, o Estado de São Paulo se tornou referência na gestão de OSS. Um estudo realizado pelo Banco Mundial (2006) apontou que os hospitais gerenciados por OSS são 30% mais produtivos e 8% mais baratos que aqueles gerenciados pelo Governo do Estado.

O Estado do Rio de Janeiro também apresenta resultados satisfatórios nos hospitais geridos por OSS. Santana (2015) observou que 80% dos contratos firmados atingiram ou superaram o grau de desempenho esperado pela Secretaria de Saúde do Estado quanto ao cumprimento à produção hospitalar. No entanto, o autor pondera que em relação a serviços de diagnósticos e terapia, os resultados foram baixos, o que reforça a importância da Secretaria da Saúde e da sociedade civil como fiscalizadores do contrato.

A Lei catarinense nº 12.929/2004 determina que para ser considerada uma OS, é necessário que a entidade seja qualificada pelo Chefe do Poder Executivo Estadual, necessitando ser esta uma pessoa jurídica de direito privado, constituída como instituição de fins não-econômicos, no caso de associação civil, e sem fins lucrativos, no caso de fundação privada. Sua qualificação é dada por Decreto específico, após aprovação do respectivo Secretário da área correspondente à finalidade estatutária da entidade e da Secretaria de Planejamento. Após estes trâmites, é possível formar o Contrato de Gestão.

De acordo com a própria Lei Estadual, o Contrato de Gestão é um acordo administrativo colaborativo que estabelece a cooperação entre um órgão da administração pública e uma entidade qualificada como OS. Por meio deste contrato, a entidade está apta a realizar atividades e serviços não-exclusivos do Estado. Para tanto, poderá receber recursos

orçamentários, servidores públicos e patrimônio público necessários para a execução do objeto pactuado.

Já Barbosa e Carvalho (2010) definem o contrato de gestão como sendo um “dispositivo de acompanhamento e avaliação do desempenho institucional da entidade contratada e de aperfeiçoamento contínuo das suas relações de cooperação, supervisão e fiscalização com o poder público”. Trata-se de um compromisso institucional entre o Estado e as OSS que, segundo Coelho (2012), deve respeitar os princípios da legalidade, da impessoalidade, da moralidade, da publicidade e da economicidade. Este deve permitir a avaliação e controle de metas de desempenho, com prazos, limites e critérios previamente acordados.

O contrato de gestão é benéfico para ambas as partes, tanto público quanto privado. Spagnuolo e Rodrigues (2014) trazem relatos dos participantes de uma OSS municipal, os quais enfatizam a importância da existência de metas, da regulação do serviço e controle de produção de acordo com o que a administração pública gostaria que fosse feito, considerando os mecanismos autônomos que o gestor da OSS possui. Um ganho de racionalidade na utilização dos recursos também foi observado: houve maior agilidade na contratação, compra de materiais e na execução de serviço que não são observados em uma administração hospitalar diretamente estatal.

Os contratos de gestão são gerenciados pelo ente que firmou o contrato, sendo que, geralmente, há um Conselho de Curador para cada acordo firmado. Este é o órgão máximo da OSS, com funções deliberativas, normativas e de fiscalização da administração. Ele é composto por membros de órgãos públicos envolvidos e representantes da sociedade. A participação deste se faz indispensável, haja vista que é a sociedade civil organizada que viabilizará o controle social sobre o Estado. Essa participação está aprovada desde a Constituição Federal. Em Santa Catarina, o Conselho Curador está presente apenas em uma das cinco OSS hospitalares do Estado, no Centro de Pesquisas Oncológicas – CEPON. Não obstante, cada contrato de gestão é monitorado trimestralmente pela Comissão de Avaliação e Fiscalização (CAF), que analisa se as metas e resultados obtidos estão de acordo com o contrato. É por meio desta Comissão que as partes interessadas, com destaque para a sociedade civil, participam da gestão, fiscalizando o serviço público realizado.

### 3 METODOLOGIA

A pesquisa empreendida é do tipo descritiva, realizada por meio de um estudo documental, com abordagem predominantemente quantitativa. Baseando-se na literatura e na relevância dos dados para o tipo de análise estatística efetuada neste estudo, foram requeridas à Secretaria Estadual de Saúde de Santa Catarina informações sobre 18 hospitais públicos, sendo 13 de gestão própria (Hospital Regional Homero Gomes, Hospital Doutor Waldomiro Colautti, Hospital Infantil Joana de Gusmão, Hospital Gov. Celso Ramos, Maternidade Darcy Vargas, Hospital e Maternidade Tereza Ramos, Maternidade Carmela Dutra, Hospital Hans Dieter Schmidt, Instituto de Psiquiatria, Maternidade Dona Catarina Kuss, Hospital Nereu Ramos, Instituto de Cardiologia, Hospital Santa Teresa) e 5 geridos por OS (CEPON, Hospital Terezinha Gaio Basso, Hospital Infantil Jeser Amarante Faria, Hospital Florianópolis, Hospital Regional de Araranguá).

Foram requeridas das seguintes informações: Quantidade de leitos habilitados; Número de médicos; Número de enfermeiros; Número de técnicos de enfermagem; Número de auxiliares de enfermagem e auxiliares de serviços hospitalares; Número de funcionários de outras especialidades de saúde (bioquímico, nutricionista, odontologista, fisioterapeuta, farmacêutico, fonoaudiólogo e psicólogo); Outros funcionários que não se enquadram nos anteriores; Tempo médio de permanência; Número de atendimentos ambulatoriais; Número de atendimentos emergenciais; Número de internações; Número de cirurgias; Número de exames, incluído o Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico (SADT); Folha de pagamento; Gastos com serviços terceirizados; Despesas com medicamentos; Despesas com materiais de enfermagem; Despesas com alimentação; Despesas com lavanderia; Despesas com luz, água, telefone e internet.

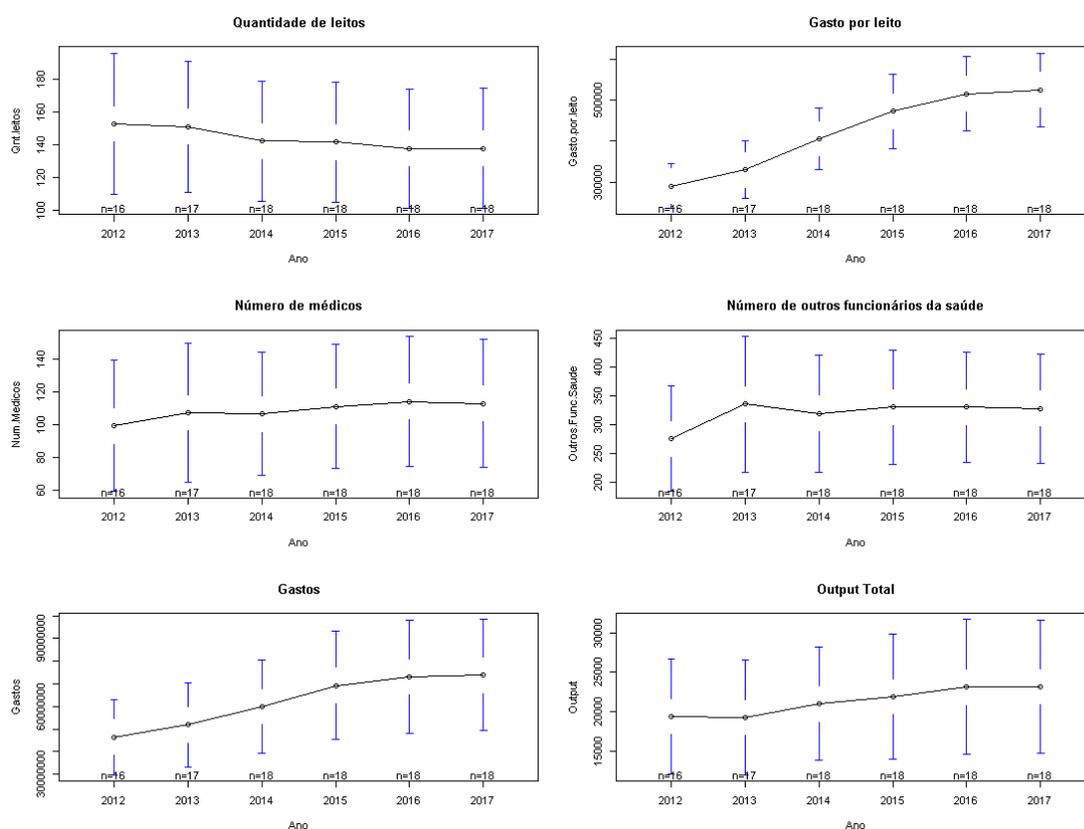
Os dados foram solicitados em meados de julho de 2017. Na época, foram requeridos todos os dados mensais de janeiro de 2012 até o final do primeiro semestre de 2017, discriminados por unidade hospitalar, para que, depois, fosse possível utilizar médias anuais no estudo. Após a obtenção das informações, uma amostragem de confrontamento foi feita com os dados do Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde (CNES) para se obter maior confiabilidade dos dados. A técnica utilizada para análise dos dados foi a análise descritiva.

## 4. RESULTADOS

### 4.1 Análise das variáveis

A ineficiência dos gastos públicos em saúde no Brasil é apontada como um dos principais problemas do sistema, juntamente com a falta de recursos. De acordo com estudo da Organização Mundial de Saúde (2014), até 40% dos recursos disponíveis para o setor da saúde na América Latina é desperdiçado. Em relação ao subfinanciamento, ela ocorre no SUS sobretudo ao se comparar o gasto público em saúde *per capita* brasileiro com o de países que propõem serviços de atenção à saúde similares ao SUS, como acontece em alguns países europeus (MARQUES; PIOLA, 2014; MENDES, 2008). No caso particular de Santa Catarina, a Figura 1 apresenta os valores médios e a amplitude dos dados dos hospitais investigados.

**Figura 1 – Evolução das variáveis utilizadas no DEA, de 2012 a 2017**

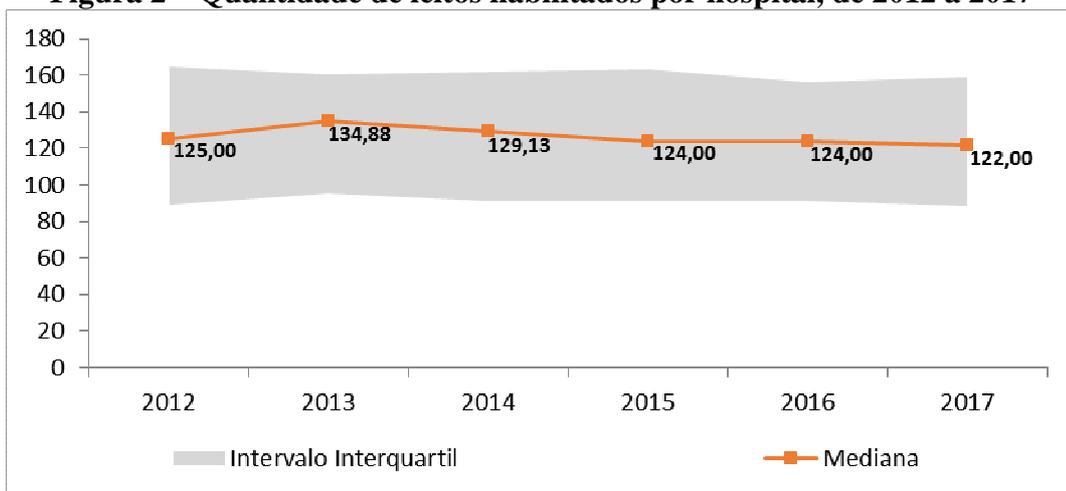


Fonte: Dados da SES e CNES. Elaboração própria.

A Figura acima mostra que a quantidade de leitos habilitados apresentou uma pequena queda entre 2012 e a primeira metade de 2017, enquanto o oposto ocorreu no número de médicos. Outros funcionários da saúde apresentaram um aumento significativo em 2013 e

depois se manteve relativamente estável. Entretanto, o input que mais chama atenção são os gastos por leito. Nota-se um grande aumento destes valores nos últimos 5 anos, não acompanhado pelo aumento que também é apresentado pelo valor de output. A Figura 2 apresenta a evolução, representada pela mediana e pelos intervalos interquartis da quantidade habilitada de leitos dos hospitais entre 2012 e 2017.

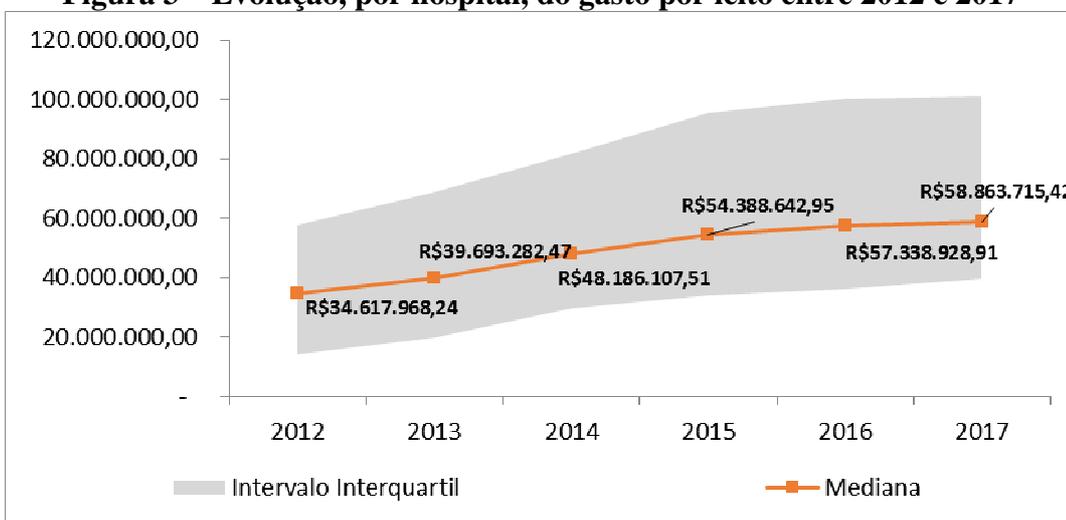
**Figura 2 – Quantidade de leitos habilitados por hospital, de 2012 a 2017**



Fonte: Dados da SES e CNES. Elaboração própria.

Nota-se que a quantidade de leitos habilitados permaneceu praticamente constante. Tanto a mediana quanto a área que representa de 25% a 75% dos dados em questão permanecem estáveis ao longo do período analisado. Por sua vez, há uma elevação nas despesas hospitalares por leito, conforme é apresentado pela Figura 3.

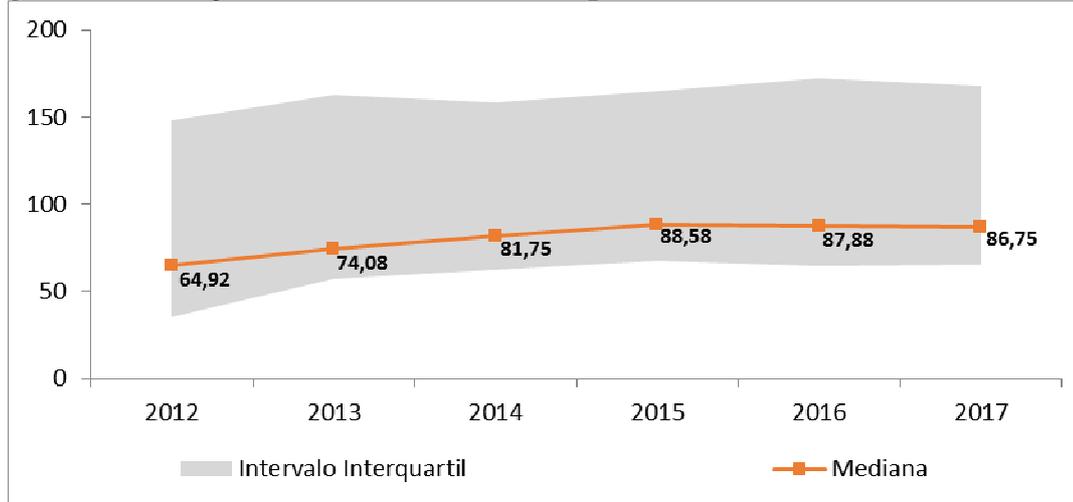
**Figura 3 – Evolução, por hospital, do gasto por leito entre 2012 e 2017**



Fonte: Dados da SES e CNES. Elaboração própria.

Analisando a Figura acima, evidencia-se aumento expressivo no gasto por leito. Houve uma elevação em cerca de 70% na mediana do indicador, em valores reais. Além disso, infere-se que estes aumentos foram todos superiores à inflação do IPCA acumulada entre 2012 e metade de 2017, que foi de aproximadamente 40%. A Figura 4 a seguir apresenta a evolução do número de médicos entre 2012 e 2017.

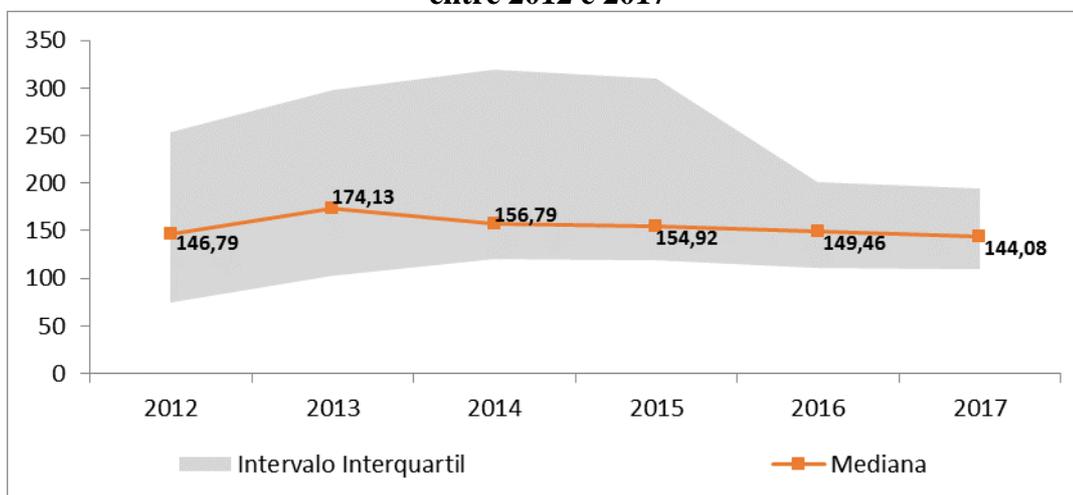
**Figura 4 – Evolução do número de médicos, por estabelecimento, entre 2012 e 2017**



Fonte: Dados da SES e CNES. Elaboração própria.

Com exceção do Instituto de Psiquiatria, que em 2017 apresentou valor similar ao de 2012, todos os outros hospitais aumentaram o número de médicos ativos no período analisado. Isto pode ser observado pela mediana, que aumentou o valor em 34% durante o período. A Figura 5 apresenta a evolução do número de outros funcionários da saúde entre 2012 e 2017.

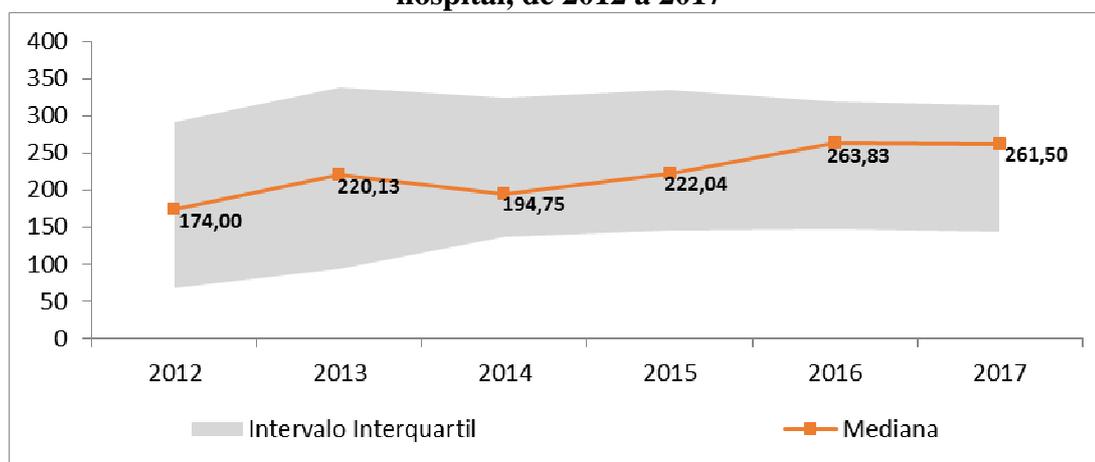
**Figura 5 – Evolução do número de outros funcionários da saúde, por estabelecimento, entre 2012 e 2017**



Fonte: Dados da SES e CNES. Elaboração própria.

Embora a mediana tenha tido pouca oscilação, o intervalo interquartil foi reduzido. Isto demonstra que os hospitais têm se aproximado na quantidade empregada de profissionais de saúde, com exceção de médicos. A Figura 6 apresenta a evolução do número ponderado de serviços hospitalares (outputs) utilizados no método DEA deste estudo, entre 2012 e 2017.

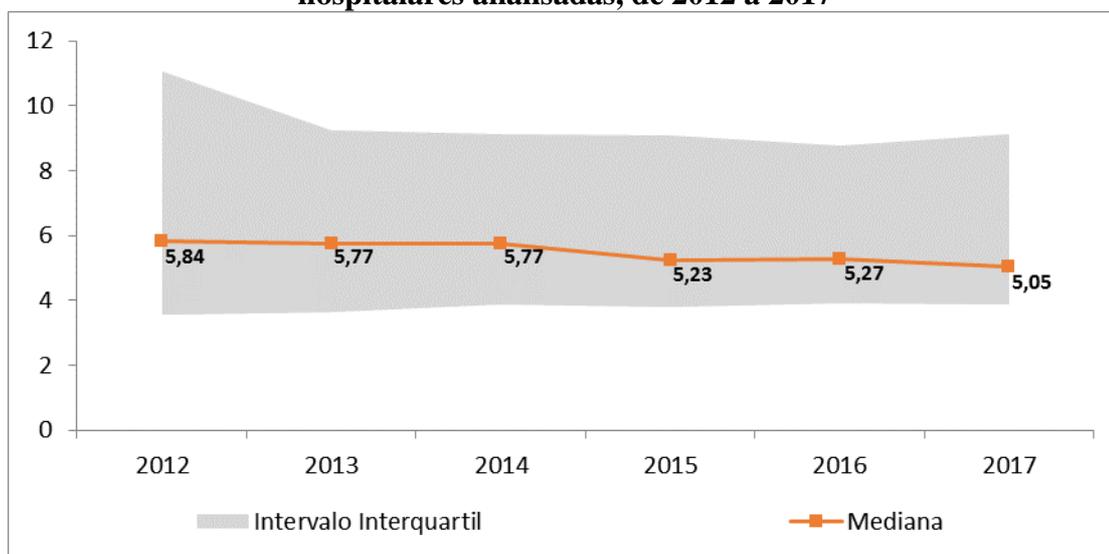
**Figura 6 – Evolução do número ponderado de serviços hospitalares executados por hospital, de 2012 a 2017**



Fonte: Dados da SES e CNES. Elaboração própria.

Apesar de não ser unânime, os hospitais vêm aumentando a sua produção. Conforme Figura acima, houve uma elevação de 50% da mediana que indica a produção hospitalar. O intervalo interquartil demonstra também que tem havido uma convergência de eficiência entre os hospitais analisados. Em relação ao tempo médio de permanência dos pacientes, embora ele não esteja incluído na análise do modelo DEA, informações a respeito desta variável são importantes. A Figura 7 apresenta a evolução, por hospital, do tempo médio de permanência entre 2012 e 2017.

**Figura 7 – Evolução do tempo médio de permanência dos pacientes nas unidades hospitalares analisadas, de 2012 a 2017**



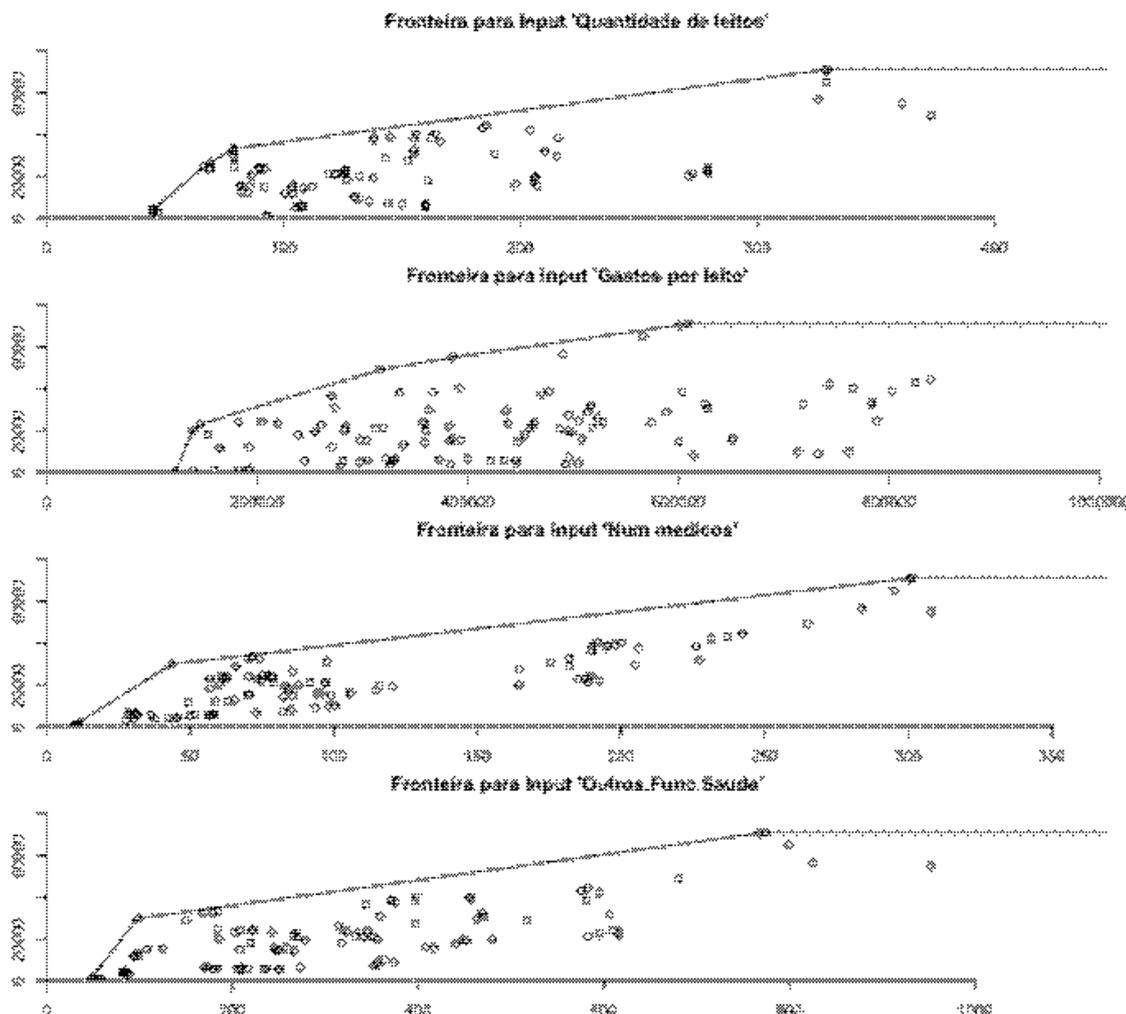
Fonte: Dados da SES e CNES. Elaboração própria.

Pela Figura acima, não é possível detectar nenhuma tendência comum no comportamento desta variável entre os hospitais estaduais catarinenses selecionados. Há uma grande dispersão, com um intervalo interquartil entre 4 e 10 dias, em 2017. Contudo, segundo a Agência Nacional de Saúde (ANS), o tempo médio de permanência está relacionado a boas práticas clínicas. É um indicador clássico de desempenho hospitalar, pois está relacionado à gestão eficiente do leito operacional. O leito hospitalar deve ser gerenciado como um recurso caro e complexo, o qual deverá ser utilizado de forma racional e com a indicação mais apropriada de forma a estar disponível para os indivíduos que necessitem deste recurso para recuperação de saúde. Por fim, a ANS aponta que uma média permanência superior a 7 dias em hospitais de alta complexidade está relacionada ao aumento do risco de infecção hospitalar.

Os hospitais Santa Tereza e Instituto de Psiquiatria apresentaram elevado tempo médio de permanência. Destaca-se a Nota Técnica de dezembro de 2013 do Ministério da Saúde sobre Leito 87 (Leito de Saúde Mental), que, ao estabelecer o custeio dos leitos de saúde mental, estabeleceu o tempo médio de permanência para os tipos de serviço que cabem a esta categoria de leitos em 5,5 dias. Este valor é muito inferior aos apresentados pelos hospitais Santa Tereza e Instituto de Psiquiatria durante todo o período analisado.

As Fronteiras de Possibilidades de Produção dos *inputs* selecionados para o período de 2012 a 2017, com no eixo Y os valores do *output*, são apresentados na Figura 8.

**Figura 8 – Fronteira de Possibilidade de Produção para os insumos hospitalares selecionados, de 2012 a 2017**



Fonte: Dados da SES e CNES. Elaboração própria.

Pela Figura 8, observa-se uma boa aderência de fronteiras de possibilidades de produção para os inputs selecionados, sobretudo em gastos por leito em que mais unidades de observação demonstraram ser eficientes na utilização dos insumos. Dentre os *inputs* utilizados no estudo, a quantidade de médicos e o número de leitos são os que apresentam maior aumento de produção à medida que se aumenta a quantidade do insumo. Já os outros dois *outputs* apresentados, o retorno de produção pelo seu uso é mais discreto. A Figura acima apresenta os dados de todo o período analisado.

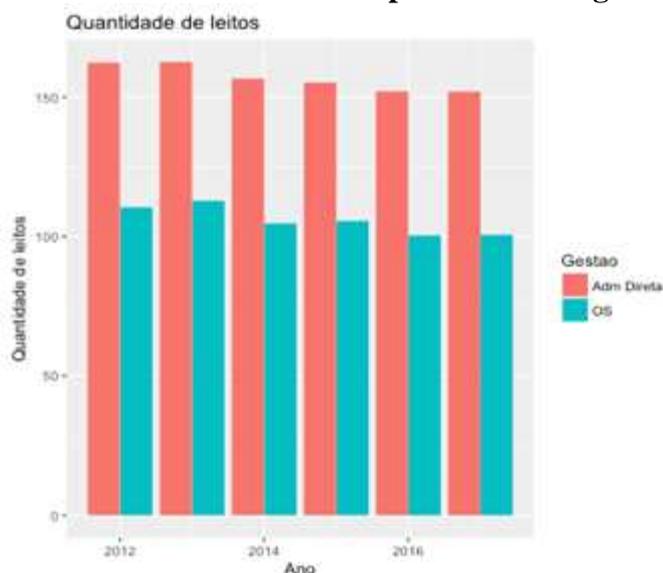
## 4.2 Comparação descritiva entre modelos organizacionais de saúde

Relevante para a discussão iniciada no início deste estudo, quando foram apontadas as principais diferenças nas práticas de gestão entre hospitais públicos estaduais geridos pela

administração direta e hospitais geridos por Organizações Sociais de Saúde, esta subseção se encarrega de comparar os valores médios apresentados nos dados pelos hospitais, separando os resultados por modelos organizacionais de gestão hospitalar.

A Figura 9 compara os valores médios de quantidade de leitos habilitados entre os hospitais geridos pela administração direta e os geridos pelas OSS, entre 2012 e a primeira metade de 2017.

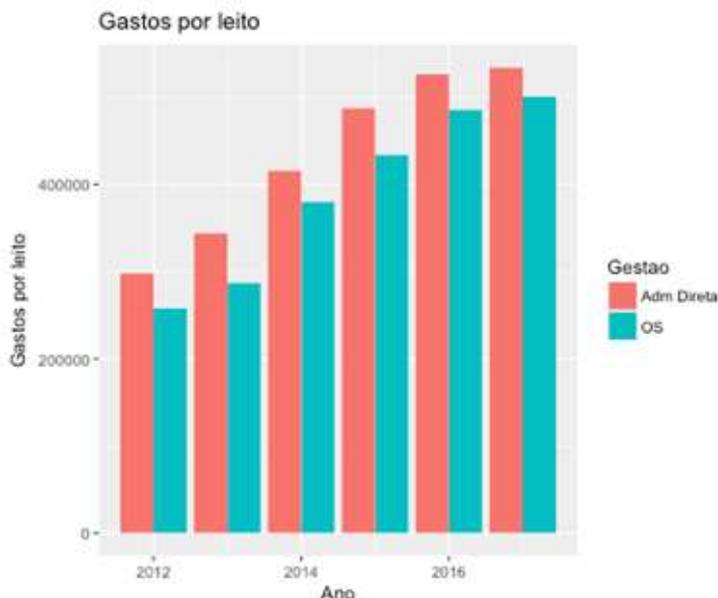
**Figura 9 – Quantidade de leitos habilitados por modelo de gestão, de 2012 a 2017**



Fonte: Dados da SES e CNES. Elaboração própria.

Pela Figura 9, nota-se que os hospitais da administração direta possuem quantidades médias de leitos habilitados superiores aos hospitais geridos por OSS. Observa-se também uma leve redução dos leitos habilitados em ambos os tipos de gestão, isto é, os leitos desabilitados durante o período não têm sido, independente da gestão do hospital. Logo, houve uma perda de leitos habilitados entre 2012 e 2017. Em relação ao gasto por leito, é apresentada a Figura 10.

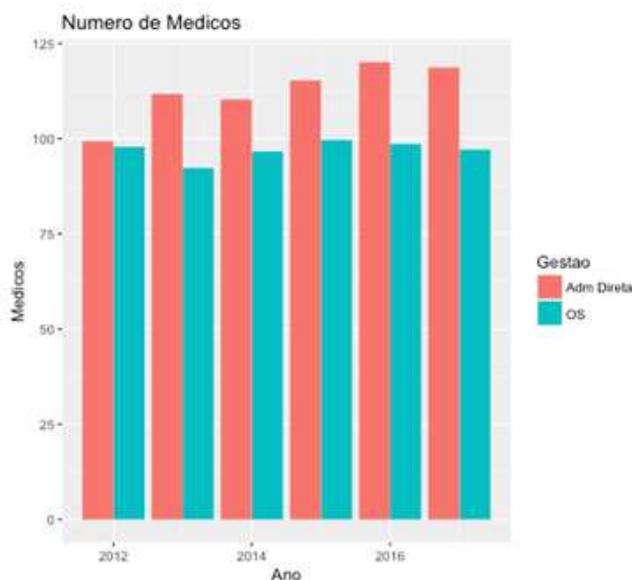
**Figura 10 – Comparação entre valores médios de gastos por leito por modelo de gestão, de 2012 a 2017**



Fonte: Dados da SES e CNES. Elaboração própria.

No que tange ao *input* “Gasto por leito”, ambos os modelos organizacionais apresentaram uma tendência crescente e interrupta. Não obstante, confirma-se que nos hospitais geridos pela administração direta, os valores médios de gastos por leito são superiores aos mesmos valores apresentados pelos hospitais geridos por OSS. A comparação entre os números de médicos entre os hospitais, segregando por modelo de gestão, é apresentado na Figura 11.

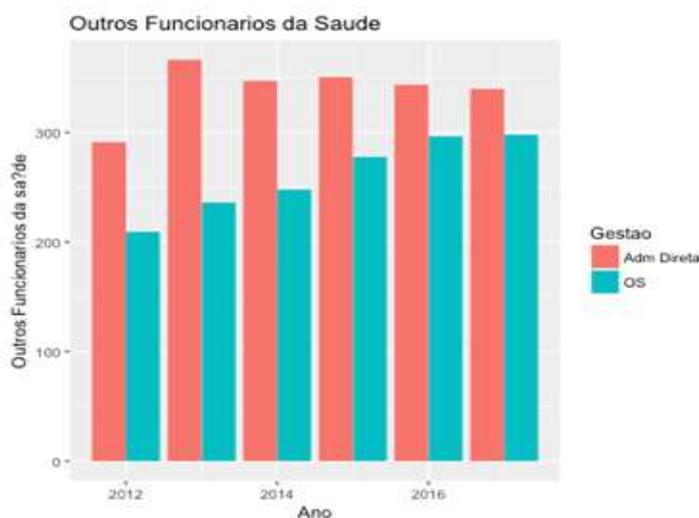
**Figura 11 – Quantidade média do número de médicos, por modelo de gestão, de 2012 a 2017.**



Fonte: Dados da SES e CNES. Elaboração própria.

Observa-se um número médio de médicos por hospital superior nos hospitais geridos pela administração direta em relação às OS. Em 2012, os valores eram próximos, mas a diferença entre eles foi crescendo em desfavor dos hospitais da administração direta até o primeiro semestre de 2017. Nos hospitais geridos pelas OSS, o número de médicos se manteve praticamente constante durante todo o período, sendo contratações nos hospitais da administração direta responsável pelo *gap* crescente entre os valores. A Figura 12 compara o quarto *input* analisado, quantidade de outros funcionários da saúde, entre os hospitais geridos pela administração direta e os geridos pelas OSS.

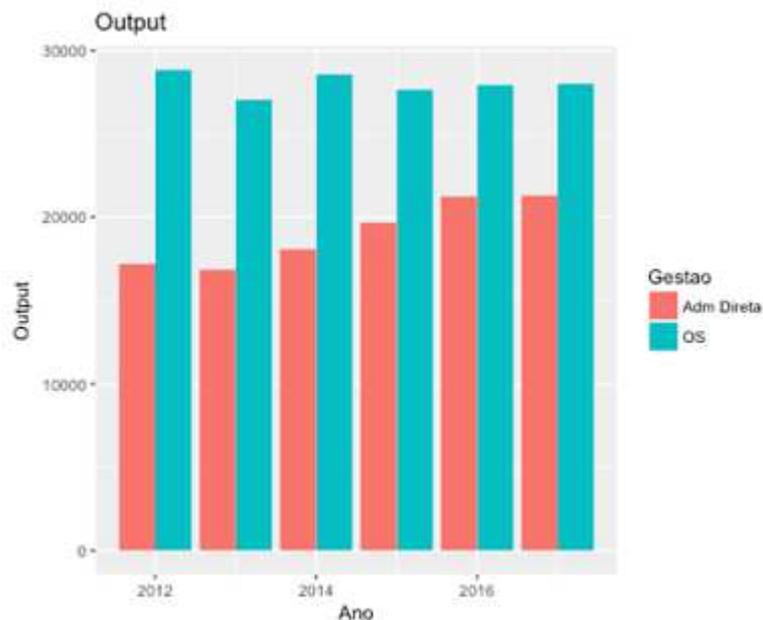
**Figura 12 – Quantidade de outros funcionários da saúde, por modelo de gestão, de 2012 a 2017.**



Fonte: Dados da SES e CNES. Elaboração própria.

Os dados demonstram uma relativa constância no número de médicos dos hospitais das OSS que não foi acompanhada do mesmo comportamento no que tange a outros funcionários da saúde. Entre 2012 e 2017, houve um crescimento interrupto destes funcionários nos hospitais geridos pelas OSS. Já nos hospitais da administração direta, em 2013, muitos outros funcionários da saúde foram contratados, mas após este ano, houve uma redução neste número. A Figura 13 compara os valores médios de produção total entre os hospitais geridos pela administração direta e os geridos pelas OSS.

**Figura 13: Comparação entre os valores médios de produção hospitalar por modelo de gestão, de 2012 a 2017**



Fonte: Dados da SES e CNES. Elaboração própria.

A Figura acima evidencia que a produção média das OSS é bastante superior à produção média dos hospitais geridos pela administração direta. Entretanto, conta-se que, enquanto a produção da administração direta vem crescendo ao longo dos últimos anos, a produção média das OSS vem se mantendo relativamente estável. Isto pode estar sendo causado pela falta de revisão de metas de produção nos contratos de gestão dos hospitais geridos pelas OSS, que acabam por não criar estímulos a uma crescente produção.

## 5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O desequilíbrio fiscal aumenta o risco de o Estado não cumprir com as obrigações pactuadas nestes instrumentos, sendo que elas devem ser efetuadas por ambas as partes. Para que se obtenham ganhos de eficiência, caberá ao ente contratante regular o repasse de recursos e a efetiva estrutura de acompanhamento para que os hospitais alcancem os objetivos pretendidos. Como as obrigações financeiras hospitalares são constantes, qualquer retenção em um único mês de referência realizado na transferência de recursos por parte do Estado desequilibra a relação contratual, bem como os resultados a serem atingidos com a parceria firmada, uma vez que qualquer prejuízo à liberação das transferências influencia decisivamente, por exemplo, na contratação de pessoal, capacitação profissional e economia de escala junto aos fornecedores, pagamento de encargos financeiros ocasionando, desse

modo, a perda de eficiência dos serviços prestados.

Para extrair afirmações sobre os modelos de gestão e os hospitais públicos estaduais, este estudo apresentou análises estatísticas que fossem capazes de gerar conclusões acerca dos pontos levantados no início do estudo. É unânime a tendência crescente dos gastos nos hospitais serem superiores ao aumento na produção, independente do modelo de gestão. A produção média dos hospitais geridos por OSS é superior à produção dos hospitais geridos pela administração direta. Sobre a possibilidade de transferir a gestão dos atuais hospitais de administração estadual para as OSS, sabe-se que a implementação de reformas organizacionais no setor público é uma tarefa altamente complexa. As OSS de São Paulo, por exemplo, foram introduzidas apenas em unidades novas devido à resistência dos hospitais já estabelecidos em mudar o seu modelo de gestão.

Segundo La Forgia e Couttolenc (2009), é recomendado que se desenvolva uma estratégia, um marco regulatório e um plano de implementação para converter os estabelecimentos da administração direta e indireta em arranjos organizacionais alternativos que propiciem autonomia decisória e gerenciamento flexível dos recursos humanos, como as OSS. Nesse sentido, estudos futuros são encorajados para que investiguem, por exemplo, formas de remuneração por desempenho que levem em conta o potencial de produção dos hospitais, ao contrário de metas por médias históricas de produção. Um estudo econométrico específico sobre as metas juntamente com auditorias minuciosas nos hospitais poderia fazer parte da estipulação de novas metas que contemplem insumos em capacidades ociosas.

## REFERÊNCIAS

ARROW, K. J. The economics of agency. In: PRATT, J. W.; ZECKHAUSER, R. J. **Principals and agents: the structure of business**. Boston: Harvard Business School Press, 1985.

BANCO MUNDIAL. **Brazil: Enhancing performance in Brazil's health sector: lesson form innovations in the state of São Paulo and the city of Curitiba**. 2006. Disponível em: <http://documents.worldbank.org/curated/pt/664271468016810488/pdf/356910BR.pdf>. Acesso em: 16 ago. 2017.

BARBOSA, P. R.; CARVALHO, A. I de. **Organização e funcionamento do SUS**. Florianópolis: UFSC; Brasília: CAPES, 2010.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. 1988. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constituicaocompilado.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm). Acesso em: 06 out. 2017.

BRASIL. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a

promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. 1990. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/L8080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm). Acesso em: 09 out. 2017.

BRASIL. **Emenda Constitucional nº 95, de 15 de dezembro de 2016**. Altera o ato das disposições constitucionais transitórias, para instituir o novo regime fiscal, e dá outras providências. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/Emendas/Emc/emc95.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/Emendas/Emc/emc95.htm). Acesso em 09 out. 2017.

COELHO, R. **O público e o privado na gestão pública**. Florianópolis: UFSC, 2012.

HARDING, A.; PREKER, A. S. A conceptual framework for the organizational reforms of hospitals. In: PREKER, A. S.; HARDING, A. (Org.). **Innovations in health service delivery: the corporatization of public hospitals**. Washington, DC: Banco Mundial, 2003.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Em 2017, expectativa de vida era de 76 anos**. Disponível em: <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-sala-de-imprensa/2013-agencia-de-noticias/releases/23200-em-2017-expectativa-de-vida-era-de-76-anos>. Acesso em: 14 jul. 2019.

INSTITUTO DE ESTUDOS DE SAÚDE SUPLEMENTAR. **Variação de custos médico-hospitalares**. Disponível em: <https://www.iess.org.br/cms/rep/VCMH.pdf>. Acesso em: 14 jul. 2019.

JAKAB, M.; PREKER A. S., HARDING A.; HAWKINS L. **The introduction of market forces in the public hospital sector**. Washington, DC: Banco Mundial, 2002.

LA FORGIA, G. M., COUTTOLENC, B. **Hospital performance in Brazil: the search for excellence**. Washington, DC: Banco Mundial, 2008. Disponível em: <https://openknowledge.worldbank.org/handle/10986/6516>. Acesso em: 21 ago. 2017.

LISBOA, M.; SCHEINKMAN, J. A. As dores do crescimento. In: GIAMBIAGI, F.; ALMEIDA JÚNIOR, M. de. (Org.). **Em retomada do crescimento: diagnóstico e propostas**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2017.

MARQUES, R. M.; PIOLA SF. O financiamento da saúde depois de 25 anos de SUS. In: RIZOTTO, M. L. F.; COSTA, A. (Org.). **25 anos de direito universal à saúde**. Rio de Janeiro: Cebes, 2014.

MELO, M. A. Governança e reforma do Estado: o paradigma agente x principal. **Revista do Serviço Público**, v. 47, n. 1, p. 67-82, 1996.

PIOLA, S. F. *et al.* Gasto tributário e conflito distributivo na saúde. In: CASTRO, J. A. de; SANTOS, C. H. M. dos; RIBEIRO, J. A. C. **Tributação e equidade no Brasil: um registro da reflexão do Ipea no biênio 2008-2009**. Brasília: Ipea, 2009.

PRATT, J. W.; ZECKHAUSER, R. J. Principals and agents: an overview. In: PRATT, J. W.; ZECKHAUSER, R. J. **Principals and agents: the structure of business**. Boston: Harvard Business School Press, 1985.

PRZEWORSKI, A. Sobre o desenho do Estado: uma perspectiva agente x principal. In: BRESSER-PEREIRA, L. C.; SPINK, P. K. (Org.). **Reforma do estado e administração pública gerencial**. Rio de Janeiro: FGV, 1998.

SANTA CATARINA. **Lei nº 12.929, de 04 de fevereiro de 2004**. Institui o programa estadual de incentivo às organizações sociais e estabelece outras providências. Disponível em: [http://leis.alesc.sc.gov.br/html/2004/12929\\_2004\\_Lei.html](http://leis.alesc.sc.gov.br/html/2004/12929_2004_Lei.html). Acesso em: 21 ago. 2017.

SANTANA, L. F. **Análise do desempenho dos serviços prestados através das organizações sociais de saúde no estado do Rio de Janeiro**. Dissertação (Mestrado). Fundação Getúlio Vargas, Rio de Janeiro, 2015.

SPAGNUOLO, R.; RODRIGUES, C. Organizações sociais de saúde: potencialidades e limites na gestão pública. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 16, n. 3, p. 549-557, 2017.

WEICHERT, M. A. Fundação estatal no serviço público de saúde: inconsistências e inconstitucionalidades. **Revista de Direito Sanitário**, v. 10, n. 1, p. 81-97, 2009.

**Como Referenciar este Artigo, conforme ABNT:**

RODRIGUES, A. F. O; SALLUM, S. B; RAUPP, F. M. Produção por Gestão Própria ou por Organizações Sociais de Saúde? Um Estudo com Hospitais de Santa Catarina. **Rev. FSA**, Teresina, v.17, n. 1, art. 3, p. 51-74, jan. 2020.

Contribuição dos Autores	A. F. O. Rodrigues	S. B. Sallum	F. M. Raupp
1) concepção e planejamento.	X	X	X
2) análise e interpretação dos dados.	X	X	X
3) elaboração do rascunho ou na revisão crítica do conteúdo.	X	X	X
4) participação na aprovação da versão final do manuscrito.	X	X	X