

**FUNDAÇÃO GETULIO VARGAS  
ESCOLA DE ADMINISTRAÇÃO DE EMPRESAS DE SÃO PAULO**

**PRISCILLA REINISCH PERDICARIS**

**CONTRATUALIZAÇÃO DE RESULTADOS E DESEMPENHO NO  
SETOR PÚBLICO:**

A experiência do Contrato Programa nos hospitais da Administração Direta  
no Estado de São Paulo.

SÃO PAULO

2012

**FUNDAÇÃO GETULIO VARGAS  
ESCOLA DE ADMINISTRAÇÃO DE EMPRESAS DE SÃO PAULO**

**PRISCILLA REINISCH PERDICARIS**

**CONTRATUALIZAÇÃO DE RESULTADOS E DESEMPENHO NO  
SETOR PÚBLICO:**

A experiência do Contrato Programa nos hospitais da Administração Direta  
no Estado de São Paulo.

Tese apresentada à Escola de Administração de  
Empresas de São Paulo da Fundação Getulio  
Vargas (FGV-EAESP), em cumprimento aos  
requisitos para obtenção do título de Doutor em  
Administração Pública e Governo

Linha de Pesquisa: Transformações do Estado e  
Políticas Públicas

Orientadora: Profa. Dra. Regina Sílvia Viotto  
Monteiro Pacheco

SÃO PAULO

2012

PERDICARIS, Priscilla Reinisch

**CONTRATUALIZAÇÃO DE RESULTADOS E DESEMPENHO NO SETOR PÚBLICO:** A experiência do Contrato Programa nos hospitais da Administração Direta no Estado de São Paulo./ Priscilla Reinisch Perdicaris, 2012, 133 f.

Orientadora: Regina Sílvia Viotto Monteiro Pacheco.

Tese (doutorado) - Escola de Administração de Empresas de São Paulo.

1. Administração pública – São Paulo (Estado). 2. Contratos de gestão. 3. Hospitais - Administração. 4. Hospitais – São Paulo (Estado). 5. Desempenho. 6. Setor público – São Paulo (Estado) I. Pacheco, Regina Silvia Viotto Monteiro. II. Tese (doutorado) - Escola de Administração de Empresas de São Paulo. III. Título.

CDU 35(816.1)

**PRISCILLA REINISCH PERDICARIS**

**CONTRATUALIZAÇÃO DE RESULTADOS E DESEMPENHO NO  
SETOR PÚBLICO:**

A experiência do Contrato Programa nos hospitais da Administração Direta  
no Estado de São Paulo.

Tese apresentada à Escola de Administração de  
Empresas de São Paulo da Fundação Getulio  
Vargas (FGV-EAESP), em cumprimento aos  
requisitos para obtenção do título de Doutor em  
Administração Pública e Governo  
Linha de Pesquisa: Transformações do Estado e  
Políticas Públicas  
Orientadora: Profa. Dra. Regina Sílvia Viotto  
Monteiro Pacheco

**Data de Aprovação:** \_\_/\_\_/\_\_\_\_

**Banca Examinadora:**

---

Profa. Dra. Regina Sílvia Viotto Monteiro  
Pacheco (Orientadora)  
FGV-EAESP

---

Prof. Dr. Álvaro Escrivão Jr.  
FGV-EAESP

---

Profa. Dra. Cibele Franzese  
FGV-EAESP

---

Prof. Dr. José Manoel de Camargo Teixeira  
USP- HCFMUSP

---

Prof. Dr. Humberto Falcão Martins  
UNB

## APRESENTAÇÃO E AGRADECIMENTOS

O desafio de transformar o foco das organizações públicas para resultados tem sido uma experiência profissional enriquecedora e de grande aprendizado. Este trabalho é fruto de uma inquietação pessoal, que surge das discussões sobre modelos de gestão privada nas organizações públicas, que dividem acadêmicos e profissionais em apaixonados defensores ou adversários ardorosos. Com o pragmatismo característico da minha formação como engenheira e, atualmente como gestora de uma organização, este trabalho não se limita a discutir a política ideologicamente, o principal objetivo é saber se traz resultados.

### **Agradecimentos:**

Primeiramente gostaria de agradecer à amizade e dedicação de minha orientadora Regina Pacheco, pelo seu conhecimento, paciência e contínua motivação ao curso deste trabalho. Sem ela não teria me motivado a seguir do mestrado direto ao doutorado.

Ao Professor Thomas D'Aunno, que me orientou no período em que estive na Universidade de Columbia e me abriu os olhos para os modelos estatísticos na área de gestão da saúde.

Aos Professores Ana Maria Malik e Wilton de Oliveira Bussab (em memória) pelas contribuições enriquecedoras em ocasião da banca de qualificação.

À Secretaria Estadual da Saúde de São Paulo (SES) e as áreas da Coordenadoria de Serviços de Saúde (CSS), Divisão de Infecção Hospitalar do Centro de Vigilância Epidemiológica (CVE) e Núcleo Técnico de Humanização, pelas informações prontamente prestadas por seus profissionais.

Aos entrevistados, pelo espaço nas concorridas agendas e pelas valiosas contribuições.

Aos colegas pelo apoio, troca de experiências, discussões e contribuições ao longo deste enriquecedor período na FGV, iniciado em 2007, entre mestrado e doutorado.

Aos meus pais Martha e André e meu irmão Andreas pelos exemplos de ética, perseverança e pelo apoio incondicional. Um agradecimento especial à minha mãe e irmão por “segurarem as pontas” nessa fase de empreendimento familiar.

Ao meu amor, Robson, pelo companheirismo, paciência, dedicação e por ficar literalmente ao meu lado nessa fase.

À CAPES, pela concessão da bolsa de estudos que viabilizou este trabalho.

## RESUMO

O escopo desta pesquisa é analisar o impacto da contratualização de resultados sobre o desempenho de hospitais públicos estaduais da Administração Direta no Estado de São Paulo. Este trabalho visa cobrir uma lacuna existente nos estudos de Nova Gestão Pública, buscando entender a correlação entre a implementação de políticas de gestão, no caso a contratualização, e os resultados de processo (*outputs*) e de impacto (*outcomes*) da organização.

A hipótese a ser testada é a de que a contratualização melhora o desempenho das unidades hospitalares, pois aumenta a coordenação do núcleo estratégico de governo, estimula a aprendizagem organizacional, além de promover incentivos para a melhoria contínua. Um objetivo secundário da pesquisa será o de entender como os contratos são acompanhados, de forma a minimizar os problemas da relação agente-principal originados neste tipo de prática. A literatura indica que uma maneira de minimizar tais problemas tem sido a utilização de contratos baseados em confiança, reciprocidade e aprendizado mútuo, os chamados contratos relacionais, que serão explorados na análise do caso.

O caso escolhido para testar a hipótese é o de contratualização das unidades hospitalares da Administração Direta (AD) com a Secretaria Estadual de Saúde de São Paulo (SES), através do “Contrato Programa” iniciado ao final de 2008. Os resultados indicam que há relação entre a introdução dos contratos e os resultados do hospital, com melhoria na maior parte dos indicadores analisados.

Palavras-chave: Gestão Pública, Contratualização de resultados, Administração Direta, Desempenho Hospitalar, Contratos Relacionais.

## **ABSTRACT**

The aim of this research is to evaluate the impact of results-based contracting on the performance of public managed and owned hospitals within the state of São Paulo. It intends to fulfill a gap in studies on New Public Management, showing correlations between the implementation of management policies and the results (outputs and outcomes) of an organization.

The hypotheses to be tested is that management contracts increases performance by improving coordination within the government's strategic centre, and stimulating organizational learning, while it promotes the adequate incentives to continuous improvement. A secondary objective of the research will be to understand how contracts are designed and managed, in order to minimize the problems of principal-agent relationship arising from this type of practice. The literature indicates that one way to minimize such problems has been the use of contracts based on trust, reciprocity and mutual learning, the so-called relational contracts, which will be explored in the case study analysis.

The case selected to test the hypothesis is that of performance contracts of state managed hospital units from with the Health Department of São Paulo State (Secretaria Estadual de Saúde de São Paulo – SES/SP), through the “Program Contract”, which started at the end of 2008. This experience will be used to test the contribution of results-based contracting to the quality of hospital services. Results show that there is a correlation between the introduction of contracts and hospital performance, with better outcomes in almost all of the aspects analyzed.

**Keywords:** New Public Management, Performance Contracting, Hospital Performance, Relational Contracts.



## LISTA DE ILUSTRAÇÕES, QUADROS E GRÁFICOS

### Ilustrações

Ilustração 1. Quadro Referencial para Avaliar a Qualidade do Atendimento.....	14
Ilustração 2. Combinação dos Quadros Conceituais de Donabedian e La Forgia.....	14
Ilustração 3. Variáveis do Quadro Conceitual.....	15
Ilustração 4. Metodologia de Análise Horizontal.....	26
Ilustração 5. Modelo de Dendrograma.....	30
Ilustração 6. Modelo de Análise de Contratualização.....	41
Ilustração 7. Pressão dos Sistemas de Mensuração de Desempenho e <i>Gaming</i> .....	45

### Quadros

Quadro 1. Fase Quantitativa da Metodologia de Pesquisa.....	13
Quadro 2. Descrição de Variáveis – Taxa de Mortalidade Institucional.....	16
Quadro 3. Descrição de Variáveis – Índice de Satisfação.....	18
Quadro 4. Descrição de Variáveis – Taxa de Infecção.....	18
Quadro 5. Descrição de Variáveis – Leitos Instalados.....	19
Quadro 6. Sistema de Classificação Hospitalar do Sistema Único de Saúde.....	20
Quadro 7. Descrição de Variáveis – Classificação Hospitalar do SUS.....	20
Quadro 8. Descrição de Variáveis – Taxa de Ocupação.....	21
Quadro 9. Descrição de Variáveis – Média de Permanência.....	22
Quadro 10. Descrição de Variáveis – Índice de Rotatividade.....	22
Quadro 11. Descrição de Variáveis – Contrato Programa.....	22
Quadro 12. Unidades de Administração Direta Tradicional do tipo “Hospital Geral” subordinadas à CSS.....	24
Quadro 13. Tipologia de <i>Gaming</i> nas Organizações.....	44
Quadro 14. Quadro Comparativo de Indicadores de Eficiência Alocativa entre Hospitais administrados por OSS e AD (Dados de 2003).....	55
Quadro 15. Quadro Comparativo de Índices de Mortalidade entre Hospitais administrados por OSS e AD (Dados de 2003).....	55
Quadro 16. Índices de Produção acompanhados pelo Contrato Programa.....	66
Quadro 17. Índices de Produtividade acompanhados pelo Contrato Programa.....	66
Quadro 18. Índices de Qualidade acompanhados pelo Contrato Programa.....	66
Quadro 19. Processos de Melhoria da Informação acompanhados pelo Contrato Programa.....	67
Quadro 20. Processos de Melhoria de Qualidade acompanhados pelo Contrato Programa.....	67
Quadro 21. Processos de Melhoria do Controle Financeiro acompanhados pelo Contrato Programa..	68
Quadro 22. Processos de Melhoria de Qualidade acompanhados pelo Contrato.....	68
Quadro 23. Sentido das variáveis.....	77
Quadro 24. Comportamento das variáveis em dos dois grupos considerados conjuntamente entre 2007 e 2011.....	77
Quadro 25. Comportamento das variáveis do grupo sem contrato entre 2007 e 2011.....	78
Quadro 26. Comportamento das variáveis do grupo com contrato entre 2007 e 2011.....	78
Quadro 27. Variação de desempenho nos grupos com e sem contrato.....	79

Quadro 28. Taxa de Infecção de Corrente Sanguínea por Cateter Central em hospitais com e sem contrato.....	88
Quadro 29. Resultados da Análise de Regressão .....	90
Quadro 30. Estatística Descritiva das Variáveis .....	90
Quadro 31. Média da eficiência calculada via análise envoltória de dados para 2007 e 2009.....	94
Quadro 32. Média da eficiência calculada via análise envoltória de dados para 2010 e 2011.....	95
Quadro 33. Teste de diferença de médias para os dois grupos analisados .....	96
Quadro 34. Teste de diferença de médias para o grupo dos contratados nos períodos 2007-2009 e 2010-2011. ....	96
Quadro 35. Teste de diferença de médias para o grupo dos não contratados nos períodos 2007-2009 e 2010-2011 .....	97

## Gráficos

Gráfico 1. Comportamento da taxa média de ocupação mensal entre 2007 e 2011.....	80
Gráfico 2. Comportamento do tempo médio de permanência entre 2007 e 2011.....	81
Gráfico 3. Comportamento do número de pacientes/dia entre 2007 e 2011. ....	82
Gráfico 4. Comportamento da taxa de rotatividade entre 2007 e 2011.....	83
Gráfico 5. Comportamento da taxa de mortalidade entre 2007 e 2011.....	84
Gráfico 6. Comportamento da satisfação mensal entre 2007 e 2011. ....	85
Gráfico 7. Comportamento da satisfação mensal para o interior e para a região metropolitana de São Paulo entre 2007 e 2011.....	86
Gráfico 8. Dendrograma para análise de <i>Clusters</i> .....	92
Gráfico 9. Dendrograma para análise de <i>Clusters</i> , excluindo-se <i>outliers</i> .....	93

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AD	Administração Direta
AE	Agências Executivas
CGCSS	Coordenadoria de Gestão de Contratos de Serviços de Saúde
CLT	Consolidação das Leis de Trabalho
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CONASS	Conselho Nacional dos Secretários de Saúde
CP	Contrato Programa
CSS	Coordenadoria de Serviços de Saúde
CTAA	Comissão Técnica de Acompanhamento e Avaliação do Contrato Programa
CVC	Catéter Venoso Central
CVE	Centro de Vigilância Epidemiológica
DATASUS	Portal mantido pelo Ministério da Saúde, que reúne diferentes bases de dados disponíveis no Ministério.
DEA	Data Envelopment Analysis ou Análise Envoltória de Dados
GPR	Gestão por Resultados
ICS	Infecção de Corrente Sanguínea
MARE	Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado
MS	Ministério da Saúde
NGP	Nova Gestão Pública
NIH	Núcleo de Informações Hospitalares
OECD	Organisation for Economic Co-operation and Development ou Organização para Cooperação Econômica e Desenvolvimento
OMS	Organização Mundial de Saúde

OS	Organizações Sociais
OSS	Organizações Sociais de Saúde
PDRAE	Plano Diretor de Reforma do Aparelho do Estado
POA	Plano Operativo Anual
RH	Recursos Humanos
SES/SP	Secretaria Estadual de Saúde de São Paulo
SPDM	Associação Paulista para o Desenvolvimento da Medicina
SUS	Sistema Único de Saúde
TCE	Tribunal de Contas do Estado
UTI	Unidade de Terapia Intensiva
WHO	World Health Organization

## SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO .....	3
2. METODOLOGIA .....	11
2.1. Construção Conceitual das Variáveis.....	13
2.2. Amostra .....	22
2.3. Fase Quantitativa.....	25
2.4. Fase Qualitativa.....	31
3. CONTRATUALIZAÇÃO NO DEBATE CONTEMPORÂNEO.....	32
3.1. Contratos de Gestão e Contratualização de Resultados .....	32
3.2. Consequências Não Intencionais da Mensuração de Desempenho .....	41
3.3. Contratos Incompletos e Contratos Relacionais.....	46
4. CONTRATOS DE GESTÃO NA SAÚDE: A EXPERIÊNCIA DO ESTADO DE SÃO PAULO .....	50
4.1. A experiência com as OSS (Organizações Sociais de Saúde).....	52
4.2. Resultados das OSS.....	53
4.3. Objeto de Análise: O Contrato Programa.....	59
5. ANÁLISE DE RESULTADOS.....	70
5.1. Gestão do Contrato Programa .....	70
5.2. Análise Horizontal.....	77
5.3. Análise de Regressão .....	89
5.4. Análise de Eficiência.....	92
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS .....	98
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	104
ANEXO 1. Relação de Entrevistados.....	110
ANEXO 2. Classificação SUS dos Hospitais Analisados .....	114
ANEXO 3. Variação Percentual dos Indicadores – Antes e Depois do CP .....	116
ANEXO 4. Pesquisa de Satisfação dos Usuários – Programa Conte Comigo .....	117
ANEXO 5. Contrato Programa – Anexo sobre Indicadores de Produtividade e Qualidade .....	118
ANEXO 6. Planilha de Acompanhamento do Contrato Programa .....	120

## 1. INTRODUÇÃO

Este estudo trata da implantação de contratos de gestão em hospitais da administração direta no Estado de São Paulo e seu impacto nos indicadores de desempenho das instituições de saúde. Busca-se adicionalmente uma análise da gestão de contrato, para verificar se estão sendo minimizados os problemas de *gaming* que podem advir deste tipo de prática. A principal motivação para estudar o tema surgiu devido à falta de pesquisas quantitativas sobre novas práticas de gestão na administração pública no Brasil, que buscassem avaliar os resultados dos esforços de modernização da gestão.

A contratação de resultados tem sido cada vez mais utilizada por órgãos governamentais como um meio de aperfeiçoar aspectos relacionados à coordenação, à prestação de contas (*accountability*<sup>1</sup>) e, de uma maneira geral, à melhoria na prestação de serviços públicos. A contratação é o componente formal de uma parceria que implica uma relação firmada entre organizações governamentais e uma terceira entidade, seja ela governamental ou privada, com ou sem fins lucrativos, para o fornecimento de produtos ou a prestação de serviços (Skyle, 2009, p. 137); (Smith, 2005). Este mecanismo vem sendo utilizado, mais recentemente, por órgãos governamentais para gerir resultados em seus próprios departamentos e instituições, como uma maneira de atingir metas previamente estabelecidas junto ao núcleo estratégico de governo (Di Pietro, 1996).

Entende-se como “contratos de gestão”, “contratos de resultados” ou, ainda, “contratualização de resultados” a prática de conceder maior autonomia de gestão a entidades descentralizadas em troca do comprometimento da organização em atingir determinados resultados. Desta forma, o controle do Estado deixa de ser exercido apenas da maneira burocrática tradicional, ou seja, pelo cumprimento de normas e procedimentos, e passa a orientar-se prioritariamente à avaliação de resultados, um dos

---

<sup>1</sup> A *accountability* pode ser definida como sendo “[...] a obrigação daqueles que possuem determinadas responsabilidades de prestar contas e responder pelas suas ações” (OCDE, 2005b: 2). Para o CLAD (2000), a *accountability* pressupõe duas ações, ampliando o seu significado. Se de um lado, os governos e os administradores públicos devem ser responsáveis perante os cidadãos, por meio da transparência e da prestação de contas de suas ações, por outro lado, os cidadãos devem ter o direito de controlar as ações do governo e da administração pública. Para Abrucio e Loureiro (2005), “[...] esse tema tem sido estudado em intersecção com a reforma do Estado, analisando como o aperfeiçoamento das instituições estatais pode contemplar, ao mesmo tempo, a melhoria do desempenho dos programas governamentais e sua maior transparência e responsabilização do poder público frente à sociedade” (Abrucio e Loureiro, 2005: 75).

principais conceitos da NGP (Nova Gestão Pública)<sup>2</sup>.

A contratualização é considerada uma das políticas de NGP mais comumente utilizadas nos países da OECD (Organização para Cooperação Econômica e Desenvolvimento), tendo em vista que governos de diferentes países estão utilizando atores privados e unidades descentralizadas para elaborar, gerir e implementar políticas públicas (OECD, 2005). Uma pesquisa realizada pela OECD e Banco Mundial em 2003 mostra que quase 80% dos países membros utilizam algum tipo de acordo de resultados, especificando metas de processo (OECD, 2004). Um exemplo de ampla utilização é a experiência inglesa, na qual mais de 70% do *civil service* foi transferido para agências executivas que tinham seus serviços estabelecidos por contratos de gestão (Fundação Getulio Vargas, 2008).

Ainda que alguns estudos tenham testado a relação entre a melhoria no desempenho da organização e a clareza dos resultados a serem perseguidos (Boyne & Chen, 2007; Camillus, 1975; Christensen, Lie, & Laegreid, 2007), uma pesquisa recente conduzida por Pollitt e Dan (2011) identifica uma lacuna nos estudos de NGP. Os autores apontam que, das pesquisas publicadas sobre o tema na Europa, apenas 8,5% tratam da relação entre a introdução de mecanismos de gestão e o impacto nos resultados obtidos através da adoção de tais práticas em órgãos governamentais (Pollitt & Dan, 2011).

No Brasil, a discussão sobre contratualização foi iniciada no governo Fernando Henrique, com o Plano Diretor de Reforma do Aparelho do Estado (PDRAE) em 1995, sob a liderança do Ministro Luiz Carlos Bresser Pereira. Buscava-se uma ferramenta para a melhoria de resultados das políticas públicas, com mudanças estruturais no aparelho do Estado e formatos organizacionais inovadores, como a criação das Organizações Sociais (OS) e as Agências Executivas (AE). Tais organizações descentralizadas seriam responsáveis pela prestação de serviços, enquanto que a função de planejamento caberia ao Estado, fortalecendo seu papel estratégico. A relação entre o núcleo estratégico e as organizações descentralizadas se daria através de compromissos com resultados, concedendo maior autonomia executiva às organizações (Pacheco, 2006).

---

<sup>2</sup> A NGP é uma expressão utilizada regularmente por acadêmicos e profissionais da área para se referir aos modelos e tendências da administração pública que emergiram nas últimas duas décadas e que questionam o paradigma burocrático vigente até então. A lógica racional-legal orientada pela centralização, hierarquização das funções, impessoalidade e controle rígido das ações e procedimentos administrativos tornou-se incompatível com o novo contexto político e econômico que se moldava nas últimas décadas do século XX (Perdicaris, 2009).

O Governo Federal teve pouca adesão ao modelo de organizações descentralizadas, porém as propostas passaram a ser adotadas por alguns Estados e capitais. O Estado de Minas Gerais foi um dos estados precursores na introdução de práticas de NGP e contratos de gestão, com o chamado “Choque de Gestão” iniciado em 2003, no primeiro mandato do Governador Aécio Neves. O governo trabalhou em um planejamento estratégico, definindo 57 projetos estruturantes em 11 áreas de resultados, pactuados formalmente através de contratos com as secretarias, autarquias, fundações e empresas estaduais. Com base nessas metas passou-se a avaliar o desempenho dos órgãos públicos e servidores na prestação de serviços. O acordo compreende principalmente compromissos relativos à: 1) execução dos projetos estruturantes; 2) alcance dos resultados, ou seja, das metas dos indicadores; 3) execução da agenda setorial e; 4) racionalização do gasto (Granha, 2009).

Já em Curitiba, cidade pioneira na adoção de ferramentas de gestão no setor público, a cultura de planejamento estratégico e estabelecimento de metas para equipes de saúde está presente desde 1995. Os Planos Anuais de Operação (POA), obrigatórios pelo SUS (Sistema Único de Saúde), mas muitas vezes não levados a sério pelos estados e municípios, em Curitiba são usados como ferramentas de gestão, acompanhados de contratos de gestão entre a Secretaria Municipal de Saúde, os distritos e as unidades de saúde. Tais contratos estabelecem cerca de 60 metas, definidas a partir de discussões entre as partes e são acompanhados por meio de sistemas integrados e protocolos bem definidos, minimizando as chances de *gaming* provenientes desse tipo de prática (The World Bank, 2006).

Outros estados iniciaram a implantação da contratualização vinculada a modelos de gestão para resultados como, por exemplo, Bahia, Sergipe, Espírito Santo, Rio de Janeiro, São Paulo e Distrito Federal, com maior ou menor amplitude, encontrando-se em vários estágios de desenvolvimento. Um estudo realizado em 2009 para o Ministério do Planejamento, o Levantamento Nacional de Parcerias entre Entes de Cooperação e Colaboração e o Poder Público e sintetizado por Martins e Levy (2011) indica a existência de contratos de gestão nos âmbitos federal, estadual e municipal firmados com 61 OSs (Martins & Levy, 2011).

Recentemente, o Governo Federal também adotou um modelo de gestão semelhante, voltado especificamente para a área da saúde. Foram criados contratos que estabelecem



metas específicas de atendimento a serem cumpridas pelos estados e municípios na rede pública de saúde, como número de cirurgias ou de pré-natal, diferentemente do que ocorria até então, quando apenas compromissos nacionais eram definidos<sup>3</sup>. Com essa medida, quem descumprir os compromissos acordados corre o risco de ser punido, podendo deixar de receber recursos, mas por outro lado, aqueles que cumprirem as metas serão recompensados e poderão receber até o dobro do repasse (Pimentel, 2011) (Jornal do Brasil, 30/06/2011).

Em São Paulo, um dos casos mais marcantes de contratualização é o desenvolvido no sistema de saúde pública estadual, que vem sendo implementado de forma ininterrupta por mais de uma década junto às unidades de saúde gerenciadas por Organizações Sociais de Saúde (OSS). A contratualização começou como uma forma de controlar e direcionar o serviço público prestado pelas OSS, regulamentadas pelo Estado de São Paulo em 1998, que passaram a ser contratadas para administrar hospitais públicos estaduais recém construídos.

A iniciativa acima descrita ganhou espaço na literatura acadêmica, principalmente em estudos comparativos entre o desempenho dos hospitais gerenciados por OSS *versus* aqueles administrados pelo Estado, denominados Administração Direta ou AD. Pesquisas mostram que hospitais gerenciados por OSS são mais eficientes e produzem mais que os hospitais AD quanto a altas por leito, custos por leito, rotatividade de leitos e taxas de substituição e ocupação (Barradas Barata & Mendes, 2006) (CONASS, Progestores, 2006) (Couttolenc, Nicolette, Machado, Zapparoli, & Dias, 2004) (Ibanez et al, 2001) (LaForgia & Couttolenc, 2008) (Mendes R. & Costa, 2005) (Quinhões, 2009). (Couttolenc et al, 2004) (Marinho, 2001).

Porém, utilizar-se de parceiros privados no serviço de saúde sem mecanismos de coordenação parece não ser a solução. Historicamente o SUS contrata organizações privadas para a prestação de serviços através de um instrumento intitulado “*convênio*”, o qual não define funções e tampouco estabelece metas de desempenho ou serviços a serem executados pelo parceiro. Hospitais privados com esse tipo de modelo tendem a

---

<sup>3</sup> Decreto nº 7508 de 28/06/2011 assinado pela Presidente Dilma Rouseff em 28/06/2011. Define o Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde - acordo de colaboração firmado entre entes federativos com a finalidade de organizar e integrar as ações e serviços de saúde na rede regionalizada e hierarquizada, com definição de responsabilidades, indicadores e metas de saúde, critérios de avaliação de desempenho, recursos financeiros que serão disponibilizados, forma de controle e fiscalização de sua execução e demais elementos necessários à implementação integrada das ações e serviços de saúde.

ênfatisar cuidados de alta complexidade em detrimento de procedimentos de maior volume e menor lucro, muitas vezes contrários ao interesse público (LaForgia & Couttolenc, 2008). A prestação de serviços de saúde por provedores particulares sem mecanismos de coordenação e avaliação de desempenho mostraram-se pouco eficazes na realidade brasileira. Entende-se, portanto, que o contrato, devidamente acompanhado pela SES, desempenhou um papel importante no caso das OSS.

O caso de contratualização com as OSS e os sucessivos estudos comparativos entre OSS e AD serviram de inspiração para que a Secretaria Estadual de Saúde de São Paulo (SES/SP) iniciasse, ao final de 2008, a contratação de resultados em algumas de suas unidades da Administração Direta, através de um mecanismo denominado Contrato Programa (CP). O Contrato Programa é um instrumento formal, registrado em cartório, que estabelece metas de produção, qualidade e eficiência para os hospitais públicos. As metas são estabelecidas entre as equipes da SES/SP juntamente com os dirigentes do hospital e são acompanhadas pela CSS (Coordenadoria de Serviços de Saúde), em reuniões periódicas de avaliação de desempenho. As reuniões, que podem ser mensais ou trimestrais, dependendo da evolução da gestão do hospital, reúnem as equipes de gestores do hospital e da CSS para discutir os indicadores e as ações necessárias para o alcance das metas.

Esta experiência com o contrato programa será utilizada para testar a contribuição da contratação por resultados no desempenho dos serviços públicos, especificamente no que tange à qualidade e eficiência dos serviços hospitalares. A hipótese a ser testada é a de que a contratualização melhora o desempenho das unidades hospitalares, pois aumenta a coordenação do núcleo estratégico de governo e estimula a aprendizagem organizacional, além de promover incentivos para a melhoria contínua.

É importante salientar que sem supervisão governamental adequada, há possibilidade de fraude, abusos e desvios, já que os órgãos contratualizados podem buscar seus próprios interesses ao invés das metas governamentais. Este problema, característico da relação agente-principal, se origina quando um ator econômico (o principal) depende da ação, da natureza ou da moral de outro ator (o agente), sobre o qual não tem informações exatas. Questões como a assimetria de informação e *gaming*<sup>4</sup> surgem então como

---

<sup>4</sup> *Gaming* é o termo em inglês utilizado para descrever comportamentos inadequados das organizações para o alcance de metas a qualquer custo.

obstáculos para a contratação e avaliação de desempenho dos provedores de serviços (agente), principalmente em serviços complexos, como é o caso da saúde. A literatura indica que uma maneira de minimizar tais problemas tem sido a utilização de contratos baseados em confiança, reciprocidade e aprendizado mútuo, os chamados contratos relacionais (Skyle, 2009). Deste modo, um objetivo secundário da pesquisa será o de entender como os contratos são desenhados e gerenciados, de forma a minimizar os problemas da relação agente-principal originados neste tipo de prática.

A experiência nos hospitais da Administração Direta de São Paulo oferece uma oportunidade relevante de testar a hipótese desta pesquisa. Em primeiro lugar, a área de saúde apresenta indicadores com conceitos já consolidados, o que não é frequente em demais áreas da administração pública. Ainda, por consequência de um programa de modernização de gestão iniciado em 2004, os hospitais da rede pública estadual desenvolveram a sistemática de coletar e tabular os indicadores de resultado e de processo, como taxa de mortalidade, índice de rotatividade do leito, tempo de permanência, entre outros. Outro ponto positivo para utilização do caso de São Paulo diz respeito à possibilidade de criar um grupo de tratamento e outro de controle, já que a administração utiliza a contratualização de resultados apenas em parte dos hospitais estaduais – o processo começou com três unidades em 2008 e, em dezembro de 2011, contava com 15 hospitais contratualizados, de um universo de 25 hospitais<sup>5</sup>. São hospitais que, apesar de diferentes entre si, estão inseridos no mesmo contexto político-institucional da administração pública, diferentemente de quando se compara hospitais OSS e AD.

Até o momento, os estudos que comparam o desempenho de hospitais estaduais sob contrato de gestão focam no modelo institucional, testando se os hospitais administrados por OSS são mais eficientes que os da Administração Direta. Como já dito, tais pesquisas mostram que há diferença de desempenho entre hospitais OSS e AD, sendo que as OSS apresentaram melhores resultados. Porém, existem claras limitações a esses estudos, já que comparam hospitais muito diferentes entre si, inseridos em contextos institucionais distintos, com regras e legislações específicas para cada modelo

---

<sup>5</sup> Vale salientar que os hospitais submetidos ao contrato programa não foram selecionados aleatoriamente – os hospitais inicialmente selecionados pela Secretaria de Saúde para contratação por desempenho foram aqueles com melhores sistemas de informação e muito provavelmente, com um processo de gestão mais avançado. Esta limitação será tratada oportunamente na metodologia da pesquisa.

institucional. Este estudo pretende ir além da discussão sobre gestão pública *versus* privada, buscando entender a melhoria de desempenho a partir do contrato de gestão. Portanto, não é objeto desta tese a discussão das vantagens e desvantagens do modelo de OSS em relação à Administração Direta, mas sim entender se há maneiras de melhorar os resultados dos hospitais, dado o contexto político-institucional da Administração Direta.

Aqueles que se posicionam a favor da privatização, frequentemente argumentam que os provedores privados, com ou sem fins lucrativos, que operam no mercado são mais eficientes do que o governo devido ao fato de estarem mais próximos dos clientes e por possuírem incentivos de competitividade para produzir produtos e serviços de melhor qualidade. Isto seria resultante da existência de mecanismos de inovação e motivação para melhoria contínua, característicos da competição de mercado (Skelcher, 2005). Entretanto, pesquisas têm mostrado que considerações sobre o modelo institucional – seja público ou privado – têm menor impacto na avaliação de desempenho quando comparados à introdução de mecanismos de gestão, indicadores e metas, como a contratualização de resultados (Savas, 1977), (Carrick, 1988). Sendo assim, acredita-se que, mesmo com a rigidez imposta pelo regime estatutário e demais regras estatais ao qual de submetem os hospitais AD, existe a possibilidade de que tais instituições possam aprimorar seu desempenho com o uso de incentivos adequados, representados pela busca de metas estabelecidas pelo Contrato Programa.

Para testar a hipótese do estudo, foi adotada uma abordagem estatística junto a um estudo qualitativo, com entrevistas com membros da SES e diretores de hospitais estaduais. A metodologia adotada está descrita detalhadamente no próximo capítulo.

Este presente estudo visa contribuir para o tema de contratualização de resultados de três maneiras:

1. Agregar aos estudos sobre Nova Gestão Pública (NGP), buscando entender a correlação entre a adoção de políticas de gestão e os resultados da organização, identificada por Pollitt e Dan (2011) como uma lacuna nos estudos de NGP;
2. Ir além da questão da eficiência privada *versus* a eficiência pública ao tentar compreender como a contratualização de resultados pode impactar no desempenho dos hospitais da AD;

3. Analisar o uso de contratos relacionais para casos de contratos de gestão em serviços complexos como a saúde.

A pesquisa está estruturada em seis blocos principais. Após este capítulo introdutório, a metodologia será detalhada, avaliando a literatura sobre desempenho hospitalar para verificar quais variáveis devem ser consideradas na fase quantitativa. O terceiro bloco trata do debate contemporâneo sobre contratação por desempenho, com ênfase nas consequências não intencionais que possam vir a surgir deste tipo de arranjo, e introduzindo a discussão sobre contratos relacionais. O estudo de caso sobre contratação por desempenho em hospitais em São Paulo será detalhado no quarto bloco, no qual as condições históricas e de contexto serão descritas. O quinto bloco trata da apreciação dos resultados obtidos: a análise do Contrato Programa à luz da literatura de contratualização, utilizando-se as entrevistas realizadas, e os resultados da análise quantitativa. O sexto capítulo traz as considerações finais.

## 2. METODOLOGIA

Com o objetivo de testar as hipóteses do estudo, a metodologia abrange uma fase quantitativa agregada a um estudo qualitativo. As questões de pesquisa estão descritas abaixo:

1. Há diferença entre os indicadores de impacto e de processo dos hospitais contratualizados e não contratualizados da AD?
2. A variável “Contrato Programa” pode explicar variações nos indicadores de impacto?
3. Há diferença de eficiência relativa entre os hospitais com e sem Contrato Programa?
4. Como o Contrato Programa é estruturado e acompanhado junto à SES e hospitais, de forma a minimizar a presença de *gaming* nos resultados apresentados pelas unidades hospitalares?

O estudo quantitativo visa responder às três primeiras perguntas e está dividido em três partes (vide Quadro 01 a seguir). A primeira consiste da avaliação geral de desempenho, onde será analisada a diferença dos indicadores em toda a amostra, buscando saber se os hospitais contratualizados apresentam maior variação de desempenho no período estudado, em relação aos hospitais não contratualizados. Serão avaliados os indicadores de processo e resultado, antes e depois da inclusão do hospital no Contrato Programa.

Já na segunda fase, o objetivo é buscar entender quais variáveis são significantes para explicar a taxa de mortalidade (variável dependente), através do método multivariado de mínimos quadrados. Para a variável de tratamento foi utilizada a existência ou não do Contrato Programa (variável binária) e como variáveis de controle o número de leitos, taxa de ocupação e média de permanência.

Um terceiro momento consiste na análise da eficiência relativa dos hospitais. Para tanto é feito um agrupamento dos hospitais com características semelhantes, utilizando-se a metodologia de *clusters*, com os dados de perfil de internação dos hospitais, tornando a amostra o mais compatível possível. O objetivo é avaliar quais hospitais encontram-se próximos da fronteira de eficiência, utilizando-se a metodologia DEA (*Data*

*Envelopment Analysis*), buscando entender se os hospitais contratualizados são mais eficientes em comparação ao restante da amostra.

Já o estudo qualitativo consiste de entrevistas semi-estruturadas com lideranças da SES, CSS e hospitais, com o intuito de entender em que consiste o Contrato Programa, quais seus objetivos, como é formalizado, como é feita a gestão desse contrato e como os hospitais respondem ao contrato. O objetivo central dessa fase é o de entender se o acompanhamento realizado pela SES estimula os hospitais a buscarem melhores resultados, e se são relatados casos de desvios de comportamento nas unidades hospitalares, na busca de resultados a qualquer custo.

O estudo apresenta algumas limitações. O Contrato Programa começou a ser implantado ao final de 2008, o que seria pouco mais de três anos de experiência, tempo que pode ser considerado curto para o amadurecimento de um projeto desta complexidade. Optou-se por prosseguir a pesquisa pelo ineditismo do tema e também por entender que houve uma mudança no padrão de comportamento dos hospitais que optaram por fazer parte do contrato. Outra limitação diz respeito à escolha dos hospitais para fazerem parte do Contrato Programa em sua fase inicial. Os primeiros hospitais escolhidos foram aqueles cujo sistema de gestão e disponibilidade da base de dados encontravam-se em um estágio mais avançado em relação aos demais. Porém, em um segundo momento da implantação do Contrato Programa este problema de pesquisa é menor, pois outros hospitais considerados menos avançados em seu modelo de gestão também são convidados a aderir ao contrato. Para dar conta deste viés de seleção da amostra, ocorrido na fase inicial de implantação do CP, os hospitais são comparados com eles mesmos, antes e depois do contrato, quando se utiliza a metodologia de análise horizontal.

**Quadro 1. Fase Quantitativa da Metodologia de Pesquisa.**

	<i>Grupo de Tratamento</i>	<i>Grupo de Controle</i>	<i>Metodologia</i>	<i>Objetivo</i>
<b>1ª Fase</b>	Hospitais AD Contratualizados	Hospitais AD sem contrato	Análise Horizontal	Analisar se o grupo de hospitais contratualizados apresenta uma maior variação de desempenho (antes e depois do CP) quando comparados aos sem contrato.
<b>2ª Fase</b>	Hospitais AD Contratualizados	Hospitais AD sem contrato	Análise Multivariada (OLS)	Avaliar quais variáveis são significativas para explicar variações na taxa de mortalidade, utilizando o CP como variável de tratamento.
<b>3ª Fase</b>	Hospitais AD Contratualizados (Perfil Semelhante)	Hospitais AD sem contrato (Perfil Semelhante)	Análise de <i>Clusters</i> e DEA	Verificar quais hospitais encontram-se mais próximos da fronteira de eficiência, comparando hospitais com e sem CP. Foi necessário agrupar os hospitais por características semelhantes, com a metodologia de <i>clusters</i> .

Fonte: Elaborado pela autora.

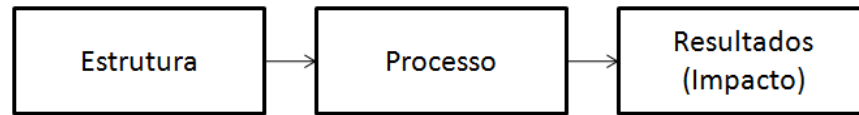
Nas sessões deste capítulo serão descritas as variáveis utilizadas na pesquisa, a amostra utilizada para construção da base de dados e as fases da pesquisa.

### 2.1. Construção Conceitual das Variáveis

A principal ideia deste bloco é construir um quadro conceitual para avaliar o desempenho hospitalar com base no paradigma clássico proposto por Donabedian (1988) composto de três fatores para analisar a qualidade do atendimento – estrutura, processo e resultados, sendo que cada fator influencia o subsequente, conforme mostrado na Ilustração 01. A estrutura dá conta dos recursos materiais, humanos e estrutura organizacional. O processo envolve o que é feito durante o atendimento por parte de quem presta e recebe o serviço, como por exemplo, um tratamento ou diagnóstico. Os resultados representam o efeito do atendimento sobre a saúde dos pacientes.



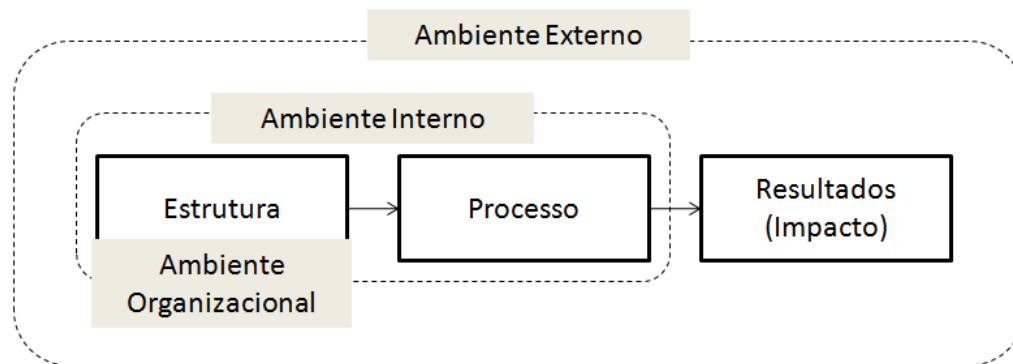
### Ilustração 1. Quadro Referencial para Avaliar a Qualidade do Atendimento.



Fonte: Donabedian (1988).

Além do quadro referencial de Donabedian, a análise das tendências e estratégias no atendimento hospitalar de LaForgia & Couttolenc (2008) fornecem uma estrutura conceitual ainda mais ampla, a qual apresenta três novas dimensões para o desempenho hospitalar – o ambiente externo, interno e organizacional. Primeiramente, o ambiente externo consiste de políticas, regulamentos, mercados e sistemas de pagamento que constituem os sistemas de incentivos. O ambiente organizacional é constituído pelo grupo de estruturas, acordos governamentais e mecanismos de prestação de contas e a disciplina financeira do hospital. Por fim, o ambiente interno é constituído pelas práticas de gestão, estrutura interna e processos envolvidos na prestação de serviços. A Ilustração 02 mostra a composição das duas estruturas conceituais combinadas.

### Ilustração 2. Combinação dos Quadros Conceituais de Donabedian e La Forgia.

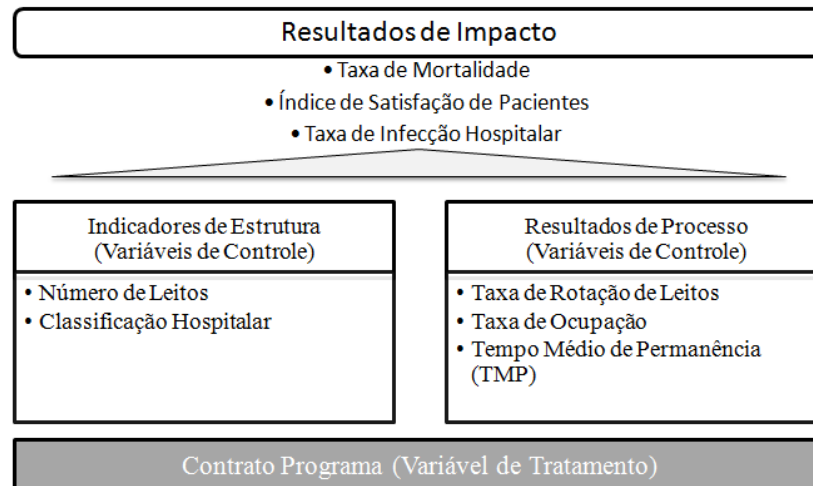


Fonte: Elaborado pela autora.

Para cada grupo que compõe o modelo foram escolhidas de uma série de variáveis, como mostra o diagrama a seguir (Ilustração 03). As variáveis que compõe o quadro

conceitual foram escolhidas por dois motivos principais: pela disponibilidade de dados pela SES e DATASUS (base de dados pública mantida pelo Ministério da Saúde) e pela presença desses indicadores na maioria dos demais estudos sobre eficiência existentes na literatura.

### Ilustração 3. Variáveis do Quadro Conceitual



Fonte: Elaborado pela autora.

#### ***Resultados de Impacto (Outcomes)***

Os indicadores de resultado foram selecionados dentre aqueles que mais comumente são utilizadas para medir desempenho hospitalar, no caso a taxa de mortalidade que é frequentemente utilizada como *proxy* de qualidade do procedimento médico e dos processos hospitalares. Embora se questione o uso da variável mortalidade para avaliar a qualidade do atendimento, um desempenho superior neste indicador é constantemente associado a um serviço de melhor qualidade. A taxa de infecção hospitalar também é utilizada na literatura como variável de desempenho, ainda que com menor frequência e, no caso também será usada como variável para mensurar resultados do tipo *outcome*, de impacto. A taxa de satisfação dos usuários é também utilizada como indicador de impacto, pois representa a percepção dos usuários em relação aos serviços prestados.

A taxa de mortalidade utilizada aqui é a institucional, medida após 24hs de estadia do

paciente na instituição, o que permite excluir os casos de pacientes muito graves, que vão a óbito nas primeiras 24 horas, o que não dependeriam da gestão da unidade de saúde (vide Quadro 2). Nos trabalhos americanos e europeus, normalmente se ajusta a taxa de mortalidade ao risco da instituição pelo perfil de pacientes internados no hospital, utilizando a metodologia de DRG (*Diagnosis-Related Group* ou Grupos de Diagnósticos Relacionados).

O DRG consiste em agrupar indivíduos clinicamente semelhantes baseados no diagnóstico do CID (Classificação Internacional de Doenças), idade, sexo, status de internação e presença de comorbidades. A lógica é de que pacientes na mesma categoria teriam probabilidades de óbito semelhantes, o que possibilitaria avaliar os riscos de óbito de um hospital com determinadas características de internação. Hospitais que apresentem taxas reais de mortalidade muito superiores às esperadas, considerando-se o risco ao qual a instituição está exposta, representam um desempenho inferior e vice-versa.

No caso brasileiro, no qual a metodologia DRG não é utilizada, a solução encontrada foi o agrupamento de hospitais semelhantes por *clusters*, utilizando o volume de paciente-dia por clínica, ou tipo de serviço. A descrição da metodologia de agrupamento por *clusters* é detalhada mais a frente, na seção 2.3.

#### **Quadro 2. Descrição de Variáveis – Taxa de Mortalidade Institucional.**

<b>Nome</b>	TAXA DE MORTALIDADE INSTITUCIONAL
<b>Descrição</b>	É a relação percentual entre os óbitos ocorridos após 24hs do início da admissão hospitalar e o número de saídas. Mede o risco de mortalidade após 24 horas de internação e, indiretamente, a efetividade da assistência prestada.
<b>Fórmula</b>	$\text{Taxa de Mortalidade Institucional} = \frac{\text{n}^{\circ} \text{ óbitos ocorridos após 24hs ingresso}}{100 \times \text{n}^{\circ} \text{ de saídas}}$
	Unidade de Medida = percentual

**Fonte: (BRASIL. Ministério da Saúde, 2002).**

A taxa de satisfação dos usuários também pode ser considerada um indicador para mensurar resultados de impacto, já que capta a percepção do usuário quanto à qualidade

dos serviços prestados. A taxa utilizada é resultado do “Programa Conte Comigo”, cuja implementação nos hospitais da AD iniciou-se em julho de 2004. O programa busca, além de coletar informações de satisfação dos usuários por meio de formulários, ser um instrumento de melhoria dos serviços prestados ao cliente. O “Conte Comigo” possui quatro grandes frentes de atuação: (1) prestar informações ao público, orientando os clientes quando estes chegam ao hospital; (2) atender ao cidadão, quando em dificuldades dentro do hospital, com a presença de acolhedores funcionando como uma primeira instância da ouvidoria; (3) ouvir e orientar o cidadão, quando em situação de dificuldades em relação à sua saúde ou de um familiar, com o serviço de assistência social; e (4) apoiar o cliente interno, em relação à melhoria contínua da qualidade dos serviços prestados, principalmente avaliando as diferenças entre a qualidade técnica do serviço e a qualidade percebida pelo cliente (SES/SP, 2004).

Os dados da pesquisa de satisfação são coletados diariamente e enviados mensalmente para a SES. Os serviços avaliados incluem ambulatório, internação, pronto socorro e pronto atendimento, em cerca de 15 itens, que vão desde a qualidade no atendimento na recepção até as condições de infraestrutura, serviço social e disponibilidade de informações. Os itens são pontuados de 1 a 4, sendo 1 insatisfeito e 4 muito satisfeito, por isso a necessidade de se multiplicar o resultado final por 2,5, de forma que os resultados fiquem parametrizados de 1 a 10. A pesquisa está detalhada no Anexo 4. Os dados utilizados foram o de resultados gerais consolidados do hospital e foram coletados diretamente do sistema de informação da SES, o NIH (Núcleo de Informações Hospitalares).

Este dado será utilizado apenas na análise horizontal, pois é indicativo da percepção do cliente e pode apresentar particularidades do local, como a proximidade com a equipe do hospital, ou as condições de vida da região onde o hospital está instalado. Por esses motivos, é interessante apenas analisar se houve mudança na percepção da qualidade antes e depois da adesão ao Contrato Programa. A descrição da variável encontra-se detalhada no Quadro 3.

### Quadro 3. Descrição de Variáveis – Índice de Satisfação.

<b>Nome</b>	ÍNDICE DE SATISFAÇÃO
<b>Descrição</b>	Mede a satisfação global do usuário com o serviço de saúde, resultante das pesquisas do Programa Conte Comigo.
<b>Fórmula</b>	Índice de Satisfação = $\frac{\text{Soma da pontuação obtida nas pesquisas} \times 2,5}{\text{n}^\circ \text{ de pesquisas realizadas}}$ Unidade de Medida = número absoluto
<b>Fonte: (BRASIL. Ministério da Saúde, 2002).</b>	

Outro indicador do tipo *outcome* escolhido foi taxa de infecção (Quadro 4). A taxa aqui utilizada é a de incidência de infecção de corrente sanguínea (ICS) associada a catéter venoso central (CVC) em pacientes internados em UTI (Unidade de Terapia Intensiva). Essa taxa foi escolhida por ser o indicador com maiores condições de controle, já que pode ser reduzida com treinamentos e introdução de protocolos. Também é a única taxa de infecção acompanhada nacionalmente pela ANVISA, sendo obrigatória para todos os hospitais (Informações coletadas em entrevista realizada em 04/01/12 com a Coordenadora da CVE - Centro de Vigilância Epidemiológica). As informações de dados de infecção foram disponibilizadas pelo CVE.

### Quadro 4. Descrição de Variáveis – Taxa de Infecção.

<b>Nome</b>	TAXA DE INFECÇÃO
<b>Descrição</b>	Mede a taxa de infecção de corrente sanguínea associada ao uso de cateter central em UTI, através da relação de casos de infecção pelo número de pacientes que utilizaram cateter central.
<b>Fórmula</b>	Taxa de Infecção = $\frac{\text{N}^\circ \text{ de casos novos de IPCSC no período} \times 100}{\text{N}^\circ \text{ de pacientes com cateter central-dia no período}}$ Unidade de Medida = percentual
<b>Fonte: Assis, Madalosso, Ferreira, &amp; Yassuda (2011).</b>	

#### *Estrutura*

O tamanho e a complexidade do hospital também servem como *proxy* para analisar a estrutura. Um estudo realizado pelo Banco Mundial (2008) mostra que o tamanho do hospital é um dos fatores mais relacionados à eficiência da instituição. Segundo eles,

quanto maior o número de leitos, maior a eficiência, em termos de custo da operação e em termos da eficiência do processo. A descrição do indicador está detalhada no Quadro 5. Os indicadores aqui colocados também servem como variáveis de controle para o porte do hospital, o que pode influenciar nas taxas de mortalidade.

#### **Quadro 5. Descrição de Variáveis – Leitos Instalados.**

<b>Nome</b>	LEITOS INSTALADOS
<b>Descrição</b>	É a medida para a capacidade hospitalar instalada, sendo o número total de leitos disponíveis para internação dos pacientes, mesmo que alguns deles eventualmente não possam ser utilizados por um certo período por qualquer razão
<b>Fórmula</b>	Leitos Instalados (LTS) = N° leitos disponíveis Unidade de Medida = leitos
<b>Fonte: (BRASIL. Ministério da Saúde, 2002).</b>	

Outro indicador utilizado para representar a estrutura é a Classificação Hospitalar do Sistema Único de Saúde, estabelecida em dezembro de 2002 pela portaria nº 2.224/GM (Escrivão, 2004), que avalia uma série de características como número de leitos, perfil assistencial, existência e complexidade de serviços e capacidade de produção. Cada item de avaliação apresenta uma pontuação específica e, de acordo com a pontuação obtida o hospital é classificado por porte, de I a IV (vide Quadro 06).

Os dados para pontuação dos hospitais foram obtidos na base de dados DATASUS, base de dados disponível *online* pelo Ministério da Saúde (MS), de notificação obrigatória por parte dos hospitais. Porém, vale a ressalva de que nem sempre a informação é absolutamente confiável. Buscou-se checar as informações diretamente na fonte, em *websites* dos hospitais quando disponível e também com a equipe da CSS. Nas vezes em que houve divergência de informações privilegiou-se a base primária. A pontuação obtida para cada hospital está detalhada no Anexo 2.

Esta pontuação oferece algumas limitações para classificação dos hospitais. Como já dito anteriormente, o ideal seria ter algo semelhante à metodologia de DRG para auxiliar a classificação. Escrivão (2004) sistematiza uma classificação de hospitais baseado no perfil de internação, utilizando os dados de idade e sexo, o que foi batizado como “DRG tupiniquim”. No entanto, não foi possível ter acesso aos dados de perfil de

internação para a consecução deste trabalho. Os dados obtidos foram os de pacientes internados por serviço (ambulatório, emergência, internação, UTI, cirurgias, partos), que serviram para o agrupamento dos hospitais em *clusters* pelo perfil de atendimento. Porém, a pontuação é uma boa *proxy* para avaliar a estrutura do hospital e, por conseguinte, será também utilizada.

#### Quadro 6. Sistema de Classificação Hospitalar do Sistema Único de Saúde.

PONTOS POR ITEM	ITENS DE AVALIAÇÃO							PONTOS TOTAIS
	A	B	C	D	E	F	G	
	N.º DE LEITOS.	LEITOS DE UTI	TIPO DE UTI	ALTA COMPLEXIDADE	URGÊNCIA/ EMERGÊNCIA	GESTÃO DE ALTO RISCO	SALAS CIRÚRGICAS	
1 Ponto	20 a 49	01 a 04		1	Pronto Atendimento		Até 02	Mínimo 1
2 Pontos	50 a 149	05 a 09	Tipo II	2	Serviço de Urgência/ Emergência	Nível I	Entre 03 e 04	
3 Pontos	150 a 299	10 a 29		3	Referência Nível I ou II	Nível II	Entre 05 e 06	Máximo 27
4 Pontos	300 ou mais	30 ou mais	Tipo III	4 ou mais	Referência Nível III		Acima de 08	

Fonte: (Escrivão, 2004).

#### Quadro 7. Descrição de Variáveis – Classificação Hospitalar do SUS

<b>Nome</b>	CLASSIFICAÇÃO HOSPITALAR SUS
<b>Descrição</b>	Define as características dos hospitais através de pontuação, utilizando dados de número de leitos, perfil assistencial, existência e complexidade de serviços e capacidade de produção.
<b>Fórmula</b>	$\Sigma$ Pontuação Obtida nos Itens de Avaliação (vide Quadro 6) Unidade de Medida = número absoluto

Fonte: (BRASIL. Ministério da Saúde, 2002).

### *Processo*

Os indicadores de processo dizem respeito às medidas de eficiência tais como tempo médio de internação, rotatividade de leitos e taxa de ocupação. Marinho (2001) mostrou que eficiência, medida pela taxa de mortalidade, geralmente tem uma relação direta com tempo médio de internação, ou seja, quanto maior o tempo de internação maior a mortalidade<sup>6</sup>. Taxas mais altas de mortalidade também estão associadas a hospitais que realizam menos cirurgias (LaForgia & Couttolenc, 2008). Outra pesquisa sobre desempenho de unidades hospitalares realizada por Couttolenc et al (2004), utilizando DEA e análise multivariada, indica que a rotatividade de leitos e a taxa de ocupação têm um efeito significativamente positivo sobre a taxa de mortalidade. Os indicadores de processo que irão ser utilizados no estudo são a Taxa de Ocupação, Tempo Médio de Permanência e Índice de Rotatividade, também por serem os indicadores mais consolidados nos hospitais estudados, e estão detalhados nos Quadros 08 a 10.

#### **Quadro 8. Descrição de Variáveis – Taxa de Ocupação.**

<b>Nome</b>	TAXA DE OCUPAÇÃO
<b>Descrição</b>	É a relação percentual entre o número de pacientes-dia e o número total de leitos-dia, incluindo os leitos-dia extras e excluindo os leitos-dia bloqueados. Mede a ocupação das diferentes clínicas e da instituição.
<b>Fórmula</b>	$\text{Taxa de Ocupação} = \frac{\text{n}^{\circ} \text{ de pacientes-dia}}{\text{n}^{\circ} \text{ de leitos-dia}} \times 100$ <p>Unidade de Medida = percentual</p>
<b>Fonte: (BRASIL. Ministério da Saúde, 2002).</b>	

<sup>6</sup> “Eficiência é geralmente definida como a proporção entre a quantidade de produtos entregues e a quantidade de insumos empregada no processo. Está relacionada com produtividade e custos no sentido em que uma organização eficiente irá apresentar maior produtividade e ter custos menores de produção”, (LaForgia & Couttolenc, 2008, p. 52)



**Quadro 9. Descrição de Variáveis – Média de Permanência.**

<b>Nome</b>	MÉDIA DE PERMANÊNCIA
<b>Descrição</b>	Mede o tempo médio que o paciente permanece internado em uma determinada clínica ou na instituição e o resultado é expresso em dias.
<b>Fórmula</b>	Média de Permanência = $\frac{\text{n}^\circ \text{ de pacientes-dia}}{\text{n}^\circ \text{ de saídas}}$ Unidade de Medida = dias
<b>Fonte: (BRASIL. Ministério da Saúde, 2002).</b>	

**Quadro 10. Descrição de Variáveis – Índice de Rotatividade.**

<b>Nome</b>	ÍNDICE DE ROTATIVIDADE
<b>Descrição</b>	É a relação entre o número de saídas e o número de leitos-dia total, dividido pelo número de dias do mês (leitos operacionais). Mede o número de vezes que o leito foi utilizado.
<b>Fórmula</b>	Índice de Rotatividade = $\frac{\text{n}^\circ \text{ de saídas}}{\text{n}^\circ \text{ de leitos-dia total} / \text{n}^\circ \text{ de dias do mês}}$ Unidade de medida = número absoluto
<b>Fonte: (BRASIL. Ministério da Saúde, 2002).</b>	

A variável “Contrato Programa” (CP), detalhada no Quadro 11, é discutida no próximo capítulo, que trata do debate contemporâneo acerca do contrato de gestão. Consiste na variável de tratamento, que trata da existência ou não da contratualização na organização, o objetivo é testar sua significância nos diferentes modelos. Na regressão, esta é uma variável binária, também conhecida como *dummie*, que assume o valor de “1” caso a organização faça parte do Contrato Programa e “0” caso contrário.

**Quadro 11. Descrição de Variáveis – Contrato Programa.**

<b>Nome</b>	CONTRATO PROGRAMA
<b>Descrição</b>	Trata da aderência ou não da instituição de saúde ao contrato programa. Por se tratar de uma variável binária assume os valores de 0 ou 1.
<b>Fórmula</b>	Contrato Programa = 0 para unidades não contratualizadas = 1 para unidades contratualizadas Unidade de Medida = número absoluto
<b>Fonte: (BRASIL. Ministério da Saúde, 2002).</b>	

## 2.2.Amostra

A amostra do estudo consiste nos hospitais gerais da Administração Direta gerenciados pela CSS (Coordenadoria de Serviços de Saúde), área da SES, contratualizados e não contratualizados. A CSS coordena 38 unidades hospitalares de saúde, classificadas em Hospital Geral, Centros Psiquiátricos e Centros de Reabilitação. Destes, 25 são considerados hospitais gerais, sendo que 14 foram contratualizados entre dezembro de 2008 e março de 2010. Em março de 2010 também foi contratualizado pela primeira vez um Centro de Reabilitação, que não constará na amostra, por possuir características muito distintas de um hospital geral. Portanto, a amostra consiste de 25 hospitais gerais, sendo 14 contratualizados, conforme o Quadro 12 a seguir.

O recorte temporal é do período 2007-2011, pois segundo a SES, não existem dados confiáveis antes de 2007 para todos os hospitais a serem estudados. Os dados para as taxas de infecção hospitalar disponíveis são dos anos de 2007 a 2010, pois o ano de 2011 ainda não havia sido consolidado até data de entrega da pesquisa. O total da amostra, considerando o número de hospitais e o período estudado, é de 125 observações. É importante salientar que os hospitais foram contratualizados aos poucos, portanto em um determinado ano pode constar como não contratualizado e no ano seguinte há mudança de status para contratualizado. A base de dados deste estudo foi construída com informações do Ministério de Saúde, disponível *online* no DATASUS, e informações do NIH, disponibilizadas pela equipe da CSS.

**Quadro 12. Unidades de Administração Direta Tradicional do tipo “Hospital Geral” subordinadas à CSS**

#	Nome	Unidade	Contrato-Programa (Data Assinatura)
1	Assis	Hospital Regional de Assis	Não contratado
2	Cachoeirinha	Hospital Geral Dr. Álvaro Simões de Souza de Vila Nova Cachoeirinha	29/04/2009
3	Cândido Fontoura	Hospital Infantil Cândido Fontoura	22/12/2008
4	CRSM	Centro de Referência Saúde da Mulher	Não contratado
5	Dante Pazzanese	Instituto Dante Pazzanese de Cardiologia	Não contratado
6	Darcy Vargas	Hospital Infantil Darcy Vargas	Não contratado
7	Emilio Ribas	Instituto de Infectologia Emílio Ribas	Não contratado
8	Ferraz de Vasconcelos	Hospital Dr. Osiris Florindo Coelho de Ferraz de Vasconcelos	21/12/2009
9	Guaianases	Hospital Geral de Guaianases Jesus Teixeira da Costa	21/12/2009
10	Guilherme Álvaro	Hospital Guilherme Álvaro – Santos	31/07/2009
11	Heliópolis	Hospital Heliópolis	Não contratado
12	Interlagos	Hospital Maternidade Interlagos	31/07/2009
13	Ipiranga	Hospital Ipiranga	Não contratado
14	Leonor Mendes de Barros	Hospital Maternidade Leonor Mendes de Barros	31/07/2009
15	Mandaqui	Conjunto Hospitalar do Mandaqui	01/03/2010
16	Mirandópolis	Unidade Integrada de Saúde de Mirandópolis	Não contratado
17	Osasco	Hospital Regional de Osasco	31/07/2009
18	Padre Bento	Complexo Hospitalar Padre Bento de Guarulhos	29/04/2009
19	Penteado	Hospital Geral de Vila Penteado	29/04/2009
20	Presidente Prudente	Hospital Estadual de Presidente Prudente (Materno-Infantil)	Não contratado
21	Promissão	Hospital Regional de Promissão	Não contratado
22	Regional Sul	Hospital Regional Sul	22/12/2008
23	São Mateus	Hospital Geral de São Mateus	29/04/2009
24	Sorocaba	Conjunto Hospitalar de Sorocaba	Não contratado
25	Taipas	Hospital Geral de Taipas	22/12/2008

Fonte: Documento Eletrônico disponibilizado pela equipe da CSS em 19/09/2011.

### 2.3.Fase Quantitativa

#### *Fase 1. Avaliação Horizontal de Variação de Desempenho.*

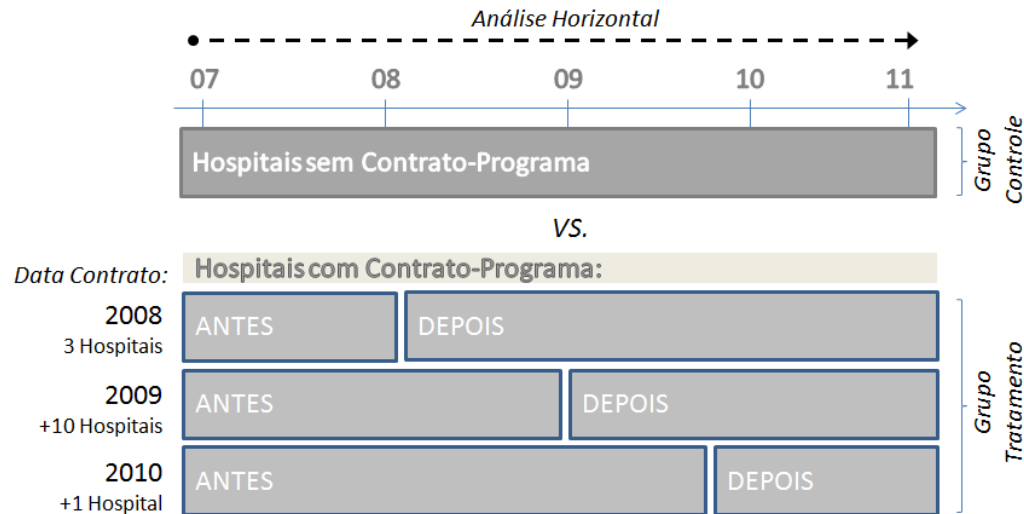
A primeira fase do estudo consiste em uma análise horizontal, com o objetivo de comparar os dois grupos de estudo (hospitais com e sem contrato), com todos os hospitais estaduais do tipo “Hospital Geral”, listados anteriormente no Quadro 12. Nesta metodologia verifica-se o comportamento de cada um dos dois grupos no período de 2007 e 2011. As variáveis selecionadas para essa fase do estudo são:

- Taxa de ocupação mensal média;
- Tempo médio de permanência;
- Pacientes/dia;
- Taxa de rotatividade;
- Taxa de mortalidade;
- Índice de Satisfação;
- Taxa de Infecção Hospitalar.

Para se analisar o comportamento das variáveis foram utilizadas as médias anuais. A justificativa para essa escolha está no fato de que ao utilizar uma média de tendência central diluí-se o impacto de qualquer tipo de choque ou sazonalidade. Nessa avaliação busca-se observar como foi o comportamento das médias das variáveis.

Como se trata de uma avaliação horizontal, ou seja, o hospital é comparado com si próprio ao longo dos anos, não se faz necessário agrupar a amostra em perfis semelhantes. O objetivo desta fase é avaliar se o grupo de hospitais contratualizados apresenta uma variação de desempenho superior ao grupo de hospitais sem contrato (Ilustração 4). Com isso, busca-se lidar com uma das limitações apresentadas anteriormente, o fato de que os hospitais submetidos ao contrato não foram selecionados aleatoriamente na fase inicial. O *software* utilizado nesta fase do estudo foi o MS Excel.

#### Ilustração 4. Metodologia de Análise Horizontal



Fonte: Elaborado pela autora.

#### *Fase 2. Regressão Multivariada.*

Esta fase do estudo tem o objetivo de identificar quais as variáveis significantes para explicar o desempenho do hospital (variável dependente). Foi utilizada uma regressão multivariada utilizando-se o método OLS (Ordinary Least Squares ou Método dos Mínimos Quadrados) para análise. Este método consiste em uma análise condicional, ou seja, traz maior controle das variáveis.

A análise realizada é do tipo *cross section*, pois envolve a observação de toda a população, ou de um grupo representativo, em um corte temporal específico (Wooldridge J. , 2009). Foi utilizado um grupo de tratamento (com contrato programa) e um grupo controle (sem contrato programa) em um universo de 25 hospitais em um período de 5 anos (2007 a 2011) totalizando 125 observações. O *software* estatístico utilizado nessa fase do estudo foi o EViews.

O modelo empírico para análise segue abaixo:

$$Resultados_{it} = a_0 + a_1 Estrutura_{it} + a_2 Processo_{it} + a_3 Contrato Programa_{it} + e$$

*Ou ainda,*

$$\begin{aligned} \text{Taxa de Mortalidade}_{it} = & b_0 + b_1 \text{Número de Leitos}_{it} + b_2 \text{Taxa de Ocupação}_{it} + \\ & b_3 \text{Tempo Médio de Permanência}_{it} + b_4 \text{Índice de Rotatividade}_{it} + b_5 \text{Contrato} \\ & \text{Programa}_{it} + e \end{aligned}$$

A variável de resultados utilizada no modelo é a taxa de mortalidade institucional para o hospital  $i$  no período de tempo  $t$ . As variáveis de controle utilizadas são: (1) o vetor de variável Estrutura, composta pela variável número de leitos; (2) o vetor de variável Processo, representado pela taxa de ocupação, tempo médio de permanência e índice de rotatividade. A variável Contrato Programa (CP) é a variável de tratamento para o modelo. A constante está representada por  $b_0$  e o erro randômico pela letra  $e$ . Todas as variáveis são numéricas, sendo que o Contrato Programa é uma variável binária. A variável classificação hospitalar não entra no modelo, pois só temos essa variável para o ano de 2011.

### ***Fase 3. Análise da Eficiência e Identificação dos Clusters***

A última fase quantitativa compreende a análise da eficiência dos hospitais, com a metodologia de DEA (*Data Envelopment Analysis* ou Análise Envoltória de Dados). O DEA é utilizado para determinar a eficiência relativa de um grupo de unidades organizacionais, como por exemplo, diferentes unidades escolares ou hospitalares, na presença de múltiplos parâmetros de insumos (*inputs*) e de produtos (*outputs ou outcomes*). A metodologia busca identificar uma fronteira de eficiência baseada nos parâmetros apresentados e mapeia quais unidades encontram-se mais próximas da fronteira, portanto sendo considerados mais eficientes (Charnes, Cooper, & Rhodes, 1978).

Para a análise do DEA foram utilizados insumos e produtos conforme abaixo, comparando-se os períodos 2007-2009 e 2010-2011.

#### *Insumos*

- Taxa de ocupação média;

- Tempo médio de permanência;
- Pacientes/dia;
- Taxa de rotação de leitos.

*Produto*

- Taxa de mortalidade.

A justificativa para a utilização dos anos de 2010 e 2011 se baseia no fato de que todos os hospitais contratados analisados formalizaram seus contratos entre nos anos anteriores a 2010. Sendo assim, 2010 e 2011 são períodos onde 100% dos hospitais contratados possuem ao menos 1 ano de contrato, permitindo assim obter ao menos uma noção inicial dos efeitos dos contratos sobre a eficiência. Este período é comparado ao período anterior, entre 2007 e 2009, quando os contratos ainda estavam em sua fase inicial de implantação.

O índice de insumos foi produzido a partir dos indicadores de Taxa de ocupação média; Tempo médio de permanência; Pacientes/dia, e Taxa de rotação de leitos. Foi mantida a taxa de mortalidade como único produto. Entretanto, antes da construção do índice foi preciso transformar as variáveis, dado que todas precisam ter um mesmo sentido de grandeza. Por esse motivo usou-se o inverso do tempo médio de permanência e o inverso da taxa de mortalidade.

Com todas as variáveis na mesma ordem de grandeza os índices para todas as variáveis de acordo com a fórmula (1), com a média como base de valor igual a 100.

$$(1) I_{i,j} = 100 * (V_{i,j} / B_i)$$

- $I_{i,j}$ : índice da para variável “i” para o hospital “j”;
- $V_{i,j}$ : valor da variável “i” para o hospital “j”;
- $B_i$ : base da variável “i” (média da variável “i”).

Para a construção do índice de insumos ponderou-se por 0,25 cada um dos 4 índices

de insumo, como mostra a fórmula (2).

$$(2) II_i = 0,25*(I_{ocupação,j} + I_{permanência,j} + I_{pacientes,j} + I_{rotação,j})$$

- $II_i$ : índice de insumos para variável “i” ;
- $I_{ocupação,j}$ : índice para variável taxa de ocupação média mensal para o hospital “j”;
- $I_{permanência,j}$ : índice para variável tempo médio de permanência mensal para o hospital “j”;
- $I_{pacientes,j}$ : índice para variável pacientes/dia para o hospital “j”;
- $I_{rotação,j}$ : índice para variável taxa de rotação de leitos mensal para o hospital “j”.

É importante salientar que existem alguns limites na aplicabilidade do DEA, principalmente no que diz respeito à homogeneidade da amostra e a escolha das variáveis adequadas (Dyson et al, 2001). Sendo assim, para posicionar os hospitais na fronteira de eficiência seria necessário ajustar o índice de mortalidade conforme o perfil do hospital (o chamado *risk-adjusted mortality*), para comparar hospitais de forma mais equitativa. Como já comentado anteriormente, este ajuste não é possível para o caso brasileiro. A saída encontrada foi agrupar os hospitais de porte e perfil semelhante, utilizando a metodologia de análise de *clusters*.

A análise de *clusters* é uma técnica de análise exploratória de dados utilizada para resolver problemas de classificação. Tem como objetivo ordenar diferentes unidades em grupos, de forma que o grau de similaridade entre membros do mesmo *cluster* seja mais forte que o grau de similaridade entre membros de diferentes *clusters*. Os *clusters* podem ser descritos como a classe a qual determinados membros pertencem. A técnica permite descobrir associações entre dados, que não são evidentes a priori. É normalmente utilizada para segmentação de mercados, por variáveis que expressam hábitos de consumo ou perfil de gastos, por exemplo, ou ainda classificar produtos, com o objetivo de analisar e definir estratégias mercadológicas (Wooldridge J. , 2003).

A representação gráfica utilizada para a identificação dos *clusters* é o dendrograma (Ilustração 05), um gráfico em forma de árvore que resume o processo de agrupamento, onde os indivíduos similares se conectam e cuja posição no diagrama está determinada pelo grau de similaridade entre os indivíduos. A Ilustração 05 mostra que, entre os



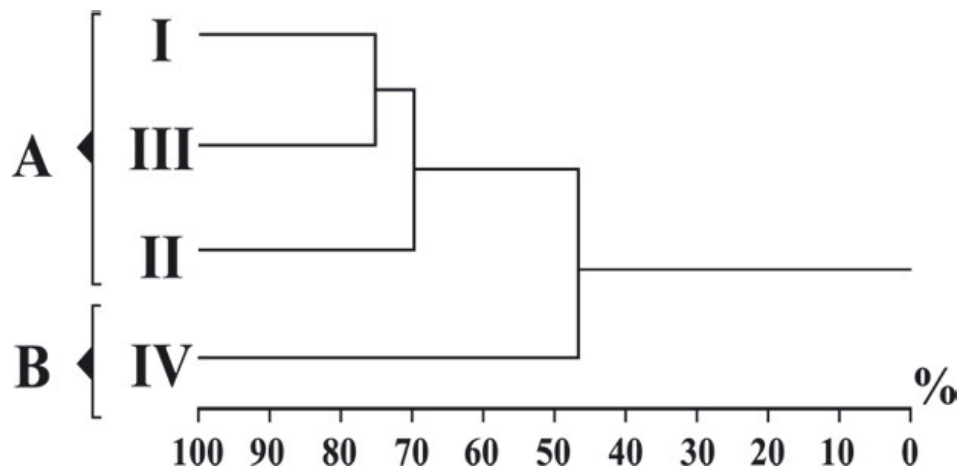
indivíduos I, II, III e IV, há similaridade de 80% entre I e III, de 70% entre I, III e II e que o indivíduo IV aparece de forma isolada, com apenas 50% de similaridade com os demais. No caso da Ilustração 5, seria indicado trabalhar com dois clusters, A e B, sendo que o A agruparia os indivíduos I, II e III.

Para a divisão dos hospitais em *clusters*, foram considerados os seguintes indicadores:

- Classificação Hospitalar do SUS;
- Número de Leitos;
- Perfil de atendimento, considerando o número de pacientes atendidos nos diferentes serviços de Clínica Médica, Clínica Cirúrgica, Pediatria, Psiquiatria, Obstetrícia, Emergência, UTI Adulto, UTI Pediátrica e UTI Neonatal.

Tais indicadores foram escolhidos para o agrupamento, pois representam o porte do hospital e o perfil de atendimento. O software estatístico utilizado nessa fase foi o Minitab.

#### Ilustração 5. Modelo de Dendrograma



Fonte: Imagem disponível em <http://dendrolab.wordpress.com>, acessado em 08/12/2011.

Após o agrupamento dos hospitais por similaridade, entende-se que o perfil e porte das unidades dentro de um determinado cluster possuem um alto grau de similaridade. Desta forma, pode-se utilizar o DEA para classificar os hospitais conforme sua

eficiência relativa, buscando entender se os hospitais com contrato encontram-se mais próximos da fronteira de eficiência. Para o DEA utilizou-se o software estatístico Stata, combinado ao MS Office Excel.

#### **2.4.Fase Qualitativa**

Essa fase da pesquisa buscou entender em que consiste o contrato, como é feito o gerenciamento, quais competências são necessárias ao núcleo estratégico, quais os benefícios obtidos pelos hospitais e como a equipe adere às metas acordadas. Ainda, busca-se entender como o contrato é desenhado e gerenciado de forma a minimizar problemas de assimetria de informação e *gaming*, utilizando-se como embasamento a literatura de contratualização a ser apresentada no capítulo 3.

Por ser uma experiência relativamente recente, não foram identificados trabalhos acadêmicos ou relatos a respeito do Contrato Programa para embasar a pesquisa. Um dos poucos documentos disponíveis para análise é o próprio modelo de contrato utilizado, disponibilizado pela SES.

Sendo assim, foram realizadas 12 entrevistas semi-estruturadas para coleta das informações necessárias dos gestores da SES, coordenadores da CSS, técnicos da CSS responsáveis pelo gerenciamento dos contratos e gestores dos hospitais contratualizados, Também foram acompanhadas reuniões de análise de desempenho trimestrais realizadas entre a SES e Hospitais. Os entrevistados e datas de entrevistas estão detalhados no Anexo 1. As perguntas das entrevistas foram baseadas nos pontos levantados pela revisão de literatura, apresentada no próximo capítulo desta pesquisa.

### 3. CONTRATUALIZAÇÃO NO DEBATE CONTEMPORÂNEO

O objetivo desta seção é o de oferecer base conceitual para análise do caso de contratualização na administração direta, descrevendo as origens, analisando vantagens e desvantagens, bem como trazer estudos que relacionam a contratação de resultados ao desempenho da organização. Queremos buscar subsídios teóricos para responder às seguintes questões: (1) A contratação está relacionada à melhoria de desempenho nos hospitais? E (2) Se contratos são importantes para o resultado da organização, como desenhá-los de forma a não gerar desvios de comportamento pela busca de resultados a qualquer custo? Para tanto será necessário revisitar a literatura sobre contratualização de resultados, seus desafios, problemas apontados, alternativas de gestão de contratos e sua relação com o desempenho da organização.

#### 3.1. Contratos de Gestão e Contratualização de Resultados

Os contratos de gestão estão relacionados à ideia de que o núcleo estratégico de governo por si só é insuficiente para responder à complexidade da sociedade e prover os serviços demandados, por isso parcerias são formadas para que se possam atingir melhores resultados para a população. São geralmente associados à estratégia de compra de serviços, que envolve a transferência da prestação de serviços que previamente estavam sob a responsabilidade da esfera pública para agentes privados<sup>7</sup>, embora sejam crescentemente utilizados para formalizar acordos de resultados entre organizações governamentais. Diferenciam-se da contratação clássica ao estabelecer metas de desempenho baseadas em um planejamento prévio do governo, especificando claramente qual o nível de serviço esperado da entidade contratada.

A contratualização estabelece um novo papel de coordenação para o núcleo estratégico, o Estado passa de provedor de serviços para uma função mais estratégica, de planejamento, estabelecimento de metas, coordenação e controle. Os contratos de gestão também têm sido usados pelo núcleo estratégico de governo para controlar a

---

<sup>7</sup> Skelcher (2005) vê a contratação como uma forma de PPP, Parcerias Público-Privadas, que genericamente podem se referir à maneira pela qual o governo e atores privados agem de forma conjunta para atingir resultados que beneficiem a sociedade.

prestação de serviços de suas unidades descentralizadas. Neste sentido, a contratualização de resultados é definida como a maneira “pela qual o governo define os serviços a serem prestados e o padrão de qualidade desejado para estes serviços” (Skelcher, 2005, pp. 354-355).

É importante salientar a diferença existente entre contratualização e o instrumento contratual propriamente dito. A contratualização pode ser entendida como um processo e uma estratégia, enquanto que o contrato é a ferramenta utilizada para formalização do processo contratual. O contrato em si é uma ferramenta que pode ter inúmeros contornos, conforme as necessidades do processo, e que será detalhado na seção 3.3. Segundo Alcoforado (2005) o processo de contratualização pode ser dividido em três etapas: negociação, construção do instrumento e gerenciamento.

A negociação inicia-se com a intenção de um órgão estatal em contratar atividades com outra organização, e inclui a identificação dos indicadores de desempenho, estipulação das metas e definição do orçamento, refletindo as obrigações da parte contratada. Em seguida, inicia-se a formalização dos itens negociados, estabelecendo-se sanções e mecanismos de punição e recompensas, assim como os instrumentos de prestação de contas do contrato. O gerenciamento, em geral sob responsabilidade do núcleo estratégico de governo, é a fase mais importante do processo, ocorrendo de forma contínua após a assinatura do contrato. Compreende todas as atividades de coordenação e supervisão das organizações sob contrato, monitorando os indicadores acordados e avaliando o desempenho (Alcoforado, 2005).

Segundo Di Pietro (Di Pietro, 1996), o contrato de gestão foi idealizado no direito francês como meio de controle administrativo ou tutela sobre empresas estatais. Era também utilizado como meio de vincular a programas governamentais determinadas empresas privadas, que recebiam algum tipo de auxílio por parte do Estado. Com a introdução de conceitos de NGP nas reformas de Estado, os contratos de gestão passaram a ser celebrados também com entidades da Administração Direta, ou seja, com entes sem personalidade jurídica própria, que se comprometem, por meio do contrato, a atingir determinados objetivos institucionais, em troca de maior autonomia de gestão<sup>8</sup>.

---

<sup>8</sup> Embora o termo “contrato” suponha que ambas as partes tenham personalidade jurídica própria, este é celebrado com um órgão vinculado ao Estado, devido à inexistência de outro termo mais apropriado (Di Pietro, 1996). Pacheco (2006) ainda ressalta que os “contratos não têm estatuto claro no ordenamento jurídico atual - não se encaixando nem no direito administrativo, nem no direito comercial”, o que muitas

O raciocínio adotado é o de que, através de contrato de gestão, a entidade seja levada a alcançar determinadas metas previamente acordadas, coerentes com os objetivos fixados pelo núcleo estratégico de governo. Ficam separadas as atividades de controle e direção, que geralmente se misturam na concepção hierárquica tradicional, o ente contratado ganhando autonomia na gestão e o Estado verificando se os resultados foram alcançados. Vale salientar que a complexidade da contratação aumenta na medida em que se passa de serviços básicos para serviços mais complexos, como a saúde, que exige um alto controle governamental e capacidade de coordenação nem sempre presentes (Ibanez & Vecina Neto, 2007).

Segundo a OMS - Organização Mundial de Saúde, em um relatório sobre o uso de contratos na área da saúde, observa-se uma mudança de paradigma na abordagem da contratação nos sistemas de saúde: esta se transformou a partir de uma ferramenta técnica, usada em caráter excepcional, em uma abordagem estratégica, visando melhorar o desempenho do sistema de saúde como um todo (World Health Organization - WHO, 2008). Em outras palavras, a contratação não é mais considerada uma soma de diferentes contratos firmados entre diferentes atores, mas sim se tornou uma estratégia usada para reestruturar os sistemas de saúde, através da formalização da relação entre os atores, redefinindo seus compromissos mútuos. É importante lembrar que o contrato é apenas uma das estratégias utilizadas para a reforma dos sistemas de saúde, dentre muitas outras.

Como comentado anteriormente, a principal diferença entre contratos tradicionais e contratos de gestão é a definição de objetivos e metas mensuráveis para a organização, a partir de um planejamento estratégico preestabelecido, uma prática também conhecida como gestão por resultados (GPR). Do ponto de vista do núcleo estratégico de governo, é vantajoso no sentido de prestação de contas e controle, sendo que na visão da organização, busca-se melhoria contínua e motivação. De forma geral, uma meta é definida com o objetivo de incentivar ações e comportamentos em uma determinada direção, com a consequência de aperfeiçoar o controle sobre o sistema (Radnor, 2008).

Algumas pesquisas recentes têm mostrado a relação entre a introdução de metas e a avanços no desempenho das organizações. Boyne e Chen (2007) exploram se há

---

vezes traz barreiras para sua implementação (Pacheco, 2004).

melhoria na *performance* das instituições que possuem objetivos claros, a partir de um estudo com escolas inglesas. O estudo analisava o resultado da experiência de contratualização de resultados entre o núcleo estratégico de governo e as escolas, através do chamado LPSA (*Local Public Service Agreement*), sob o qual a organização negociava 12 indicadores com o núcleo estratégico de governo, em troca de uma recompensa máxima de 2,5% do seu orçamento anual. O objetivo do estudo era o de testar a visão da teoria de planejamento racional, que sugere que o desempenho organizacional melhora se metas de desempenho futuro são definidas. Os resultados são consistentes com a visão de que prioridades estratégicas claras e mensuráveis levam a melhores resultados organizacionais.

A OMS (World Health Organization - WHO, 2008) também relata os casos de contratualização em hospitais de Mali e Ruanda, na África, que apesar de recentes apresentam alguns resultados positivos. No caso de Mali, os doze hospitais nacionais e regionais foram reestruturados em organizações autônomas de saúde conferindo-lhes maior independência. Com o objetivo de melhorar o desempenho desses hospitais, o Ministério da Saúde colocou em prática um sistema de contratualização de resultados. Os indicadores, metas e formas de remuneração pelo desempenho foram discutidos com todas as partes interessadas, incluindo membros do Ministério da Saúde, hospitais e comunidades atendidas. Quando descrita, experiência contava com pouco mais de dois anos de implantação, mas já produzia resultados indiretos, como a motivação dos hospitais em melhorar seu desempenho e o esclarecimento quanto à função da gestão estratégica do Estado.

A iniciativa de contratualização de resultados em Ruanda, iniciada há cerca de dez anos, apresenta resultados mais concretos. O projeto tem um perfil regional, onde as unidades de saúde locais receberam parte do seu orçamento vinculada ao alcance de resultados. Alguns resultados podem ser expressos como: redução de 62% dos gastos “*out of the pocket*”<sup>9</sup> per capita em saúde; redução de 32% nos custos de consultas ambulatoriais; aumento de 115% na cobertura de atendimento em planejamento familiar para mulheres de 15-49 anos; aumento de 173% na instalação de telas mosquiteiras para as camas. O relatório também traz algumas lições aprendidas com o caso de Ruanda: as unidades com contratos de gestão produziram mais e a menores custos; os contratos de gestão

---

<sup>9</sup> Despesas em saúde não realizadas pelo governo, mas sim pagas pelo cidadão, como remédios e consultas particulares.

devem ser acompanhados de certa autonomia orçamentária das unidades de saúde; e os subsídios devem ser pagos preferencialmente em dinheiro, e não em insumos (estudos indicam que US\$1 pago em dinheiro equivale ao mesmo impacto que US\$4 pagos em insumos). Este trabalho mostra que a concessão de certo grau de autonomia decisória ao gestor, com acompanhamento de desempenho traz impacto no resultado final da organização.

Arthur Chioro (2011) avaliou o Programa de Reestruturação dos Hospitais de Ensino, implantado em 2004 pelo Governo Federal, que compreende a certificação e contratualização desses estabelecimentos com o gestor local do SUS. O autor observa que o principal resultado dos contratos de gestão foi a mudança no perfil de financiamento, que resultou em um equilíbrio econômico-financeiro e enfrentamento do endividamento, ainda que com intensidades diferentes para os hospitais estudados. Ressalta-se, no entanto, que na implantação da política de modernização de gestão, foram deixadas de lado diretrizes de ensino e pesquisa, inovação tecnológica e educação continuada, questões consideradas fundamentais para um hospital de ensino. Pode-se concluir deste estudo que o contrato deve, preferencialmente, ser precedido por um processo de planejamento estratégico, sendo que os indicadores a serem acompanhados sejam vinculados à missão da instituição.

Ainda sobre a experiência de contratualização com hospitais de ensino, Lima (2009) analisou quatro hospitais de ensino e suas respectivas Secretarias de Saúde contratantes, com experiências de contratualização em diferentes graus de estruturação. Hospitais que apresentam sistemas de gestão mais organizados, normalmente apresentaram uma contratualização mais estruturada com a Secretaria. Na percepção dos dirigentes dos hospitais, os contratos trouxeram maior inserção na rede de atenção à saúde e um incremento na regulação e relacionamento com a secretaria. Também, como ambicionado pelo Programa de Reestruturação dos Hospitais de Ensino, houve um aumento de produção da média complexidade ambulatorial e uma diminuição dos procedimentos de atenção básica nos hospitais entre o período de 2004 a 2007. Embora tais resultados não possam ser diretamente relacionados à existência dos contratos, pois foram encontrados em hospitais com sistemas de contratualização mais e menos estruturados, podem ser entendidos como indício de resultado. A pesquisadora sugere alguns pontos de melhoria no processo de contratualização, de forma a trazer melhores resultados: apoio ao desenvolvimento gerencial e à estruturação organizacional das

secretarias de saúde e hospitais, com objetivo de melhoria contínua, por parte do Ministério de Saúde; revisão das estimativas de financiamento dos convênios/contratos e do sistema de incentivos, de forma a incluir as equipes assistenciais; revisão de práticas e mecanismos de prestação de contas; introdução de contratos internos entre equipes e dirigentes do hospital e ampliação dos contratos externos entre Secretarias e outras unidades de sua rede de serviços (Lima, 2009).

A literatura também traz diversos cuidados a serem tomados na implantação de um sistema de mensuração de resultados com vistas à contratualização. O propósito não é apresentar os pontos levantados de forma normativa, mas sim identificar os possíveis riscos aos quais estão sujeitas as organizações.

Boyne e Chen (2007) identificam quatro questões de pesquisa relacionadas à definição de metas e sua relação com o desempenho da organização. São elas: (i) clareza de metas, (ii) número ideal de metas, (iii) metas por imposição ou motivação e ainda (iv) elasticidade da meta. As questões identificadas pelos autores fornecem um bom modelo de análise e serão úteis para avaliar o caso de contratualização com os hospitais da Administração Direta em São Paulo.

Primeiramente, os autores investigam as consequências, em termos de resultados da organização, da definição de metas precisas ou aspirações vagas. A visão dos autores é favorável à clareza de metas, já que estas fazem com que os membros da organização foquem nos resultados em vez de processos, fornecem senso de direção e inspiram e motivam melhores resultados, principalmente quando combinadas com um sistema de gestão que forneça informação contínua sobre os resultados das ações, de forma a propiciar ações corretivas. Os autores contrários ao planejamento entendem que o desempenho é melhor se as metas são vagas, pois metas precisas deixam a ideia de uma missão específica e deixa-se de olhar para áreas mais importantes da organização (Mintzberg, 1994); ou ainda metas precisas podem desmotivar os funcionários que discordam das metas selecionadas (Smith P. , 1993). Em uma análise anterior, pensando mais especificamente em organizações públicas, (Lindblom, 1959) argumentou que quando os objetivos são vagos é mais fácil conseguir uma coalizão maior para atingi-los.

Em segundo lugar, pesquisadores discutem se é melhor a definição de metas por



imposição ou por negociação. O debate se dá em torno do fato de que as metas são improváveis de ser alcançadas quando impostas por unidades hierarquicamente superiores. A princípio existem duas maneiras de fazer com que as pessoas se motivem a atingir metas, a primeira sendo participação na determinação de metas e a segunda incentivos financeiros (Latham & Yuk, 1975). Para elaborar uma meta, Pacheco (2004) também destaca que é necessário saber ouvir todos os atores e partes interessadas, pois esta deve ser preferencialmente negociada e não imposta. O contrato de gestão não é uma relação hierárquica, mas sim um acordo entre as partes. O contrato substitui relações expressas por outras formas de poder, por relações em torno de metas e resultados a serem alcançados (Jann & Reichard, 2002).

Embora haja certa concordância em torno do fato de que incentivos financeiros afetam positivamente o desempenho de uma organização, tal conceito não é consenso para o setor público (Boyne G. , 2002). Niskanen (1971) mostra que burocratas são mais motivados por aumento no orçamento da organização do que por incentivos individuais, ao contrário do que normalmente acontece em organizações privadas. Ainda, alguns autores acreditam que as consequências não intencionais da mensuração de desempenho aparecem com maior frequência quando se vincula o alcance de resultados a recompensas financeiras (Johnsen & Vakkuri, 2006).

O terceiro ponto de análise na agenda de pesquisa sobre o tema diz respeito ao número ideal de metas. Pesquisadores argumentam que metas levam a um melhor desempenho quando são poucas, pois mobilizam recursos na direção desejada e trazem clareza de objetivos. Muitas metas podem trazer ambiguidade de objetivos (Boyne & Chen, 2007).

Finalmente, quanto à elasticidade das metas, entende-se que estas devam ser ambiciosas, porém alcançáveis, a fim de gerar melhores resultados. Metas impossíveis desmotivam pessoas, que não querem ser responsabilizadas por não conseguirem atingir os resultados esperados, em situações onde as chances de sucesso são mínimas. O contrário também é verdadeiro, pois as pessoas não se sentem motivadas a atingirem algo que parece já ter sido obtido ou considerado de facilidade extrema, uma vez que podem ser interpretadas como certa falta de compromisso com a tarefa (Boyne & Chen, 2007).

Pacheco (2004) ainda salienta que uma barreira para a implementação dos contratos de

gestão pode estar dentre os detentores do poder hierárquico, que “podem não querer definir a priori resultados a serem alcançados, requisito para que a agência possa planejar e gerenciar seus esforços; a centralização decisória muitas vezes combinou-se com as alterações frequentes ou repentinas de rota, capazes de acomodar aliados ou conflitos” (Pacheco, 2004, p. 3).

Outro ponto que suscita debate diz respeito ao quê contratar, se indicadores do tipo “*output*” ou de produção ou os “*outcomes*”, traduzidos como indicadores de impacto ou resultado. Trosa (2001 apud Pacheco, 2004) salienta que as duas formas de contratação são importantes. Os indicadores *outputs* são significantes para saber o que é de fato produzido pelo agente descentralizado. Esta pode ser considerada uma medida de eficiência. Já os *outcomes* trazem respostas sobre a eficácia do serviço prestado, porém não se pode afirmar ao certo se os resultados alcançados possuem relação de causalidade com a ação tomada. Muitas vezes não é possível isolar as diversas variáveis que afetam uma situação, de modo a definir por qual motivo houve variação no indicador. A saúde é um setor onde há uma mescla entre indicadores de produto e resultados, já que as relações causais entre produtos e impactos já estão mais bem aceitas e estabelecidas, por utilizarem-se indicadores razoavelmente padronizados mundialmente.

Vale ressaltar que o que diferencia um sistema de contratualização de resultados de um sistema de controle tradicional é seu foco estratégico. Uma revisão da literatura realizada pela Cranfield School of Management (2006) identifica diversas razões pelas quais é importante gerenciar os resultados de uma organização. Em primeiro lugar, no processo de negociação ou formulação da estratégia, identifica-se claramente quais são os objetivos da organização e planeja-se como alcançá-los.

No processo de gerenciamento, analisa-se se a estratégia formulada está sendo executada como planejado, avaliando-se continuamente se os resultados esperados estão sendo alcançados e certificando-se que os indicadores escolhidos ainda são válidos. Ainda, pode ser utilizada como ferramenta de comunicação, dando direção para todos os funcionários, informando quais os objetivos e metas os indivíduos precisam atingir, e como a organização está desempenhando em comparação à expectativa de resultados, encorajando a melhoria contínua e o aprendizado.

Entretanto, nem sempre a introdução de metas se traduz em resultados para a organização. Um estudo publicado sobre contratação em estatais em países em desenvolvimento ilustra a importância da governança em caso de contratos e das limitações de acordos formais (World Bank, 1995). Os resultados mostram que nem sempre há uma melhora significativa no desempenho das agências, e algumas vezes o desempenho chega a piorar após a adoção da contratação de resultados<sup>10</sup>. De acordo com esse estudo, analisando-se os casos onde a contratualização teve impacto positivo, existem três fatores que contribuem para bons resultados na contratação por desempenho – (i) a prestação de contas é aprimorada, a assimetria de informação para monitorar os resultados é reduzida; (ii) incentivos e políticas punitivas são introduzidas; e (iii) desenvolve-se a governança e a cooperação entre parceiros.

Com base na literatura exposta pode-se desenhar um modelo para análise do caso de contratualização nos hospitais da Administração Direta do Estado de São Paulo. O ponto de partida são as três etapas de contratualização sistematizada por Alcoforado (2005) – negociação, construção do instrumento e gerenciamento. A ilustração 6 sintetiza as questões até o momento levantadas pelos autores no que diz respeito ao estabelecimento de metas e contratualização de resultados.

---

<sup>10</sup> De doze organizações de seis países em desenvolvimento sujeitos a contratação por desempenho no estudo, três testemunharam melhora no desempenho, três das organizações desempenharam pior do que antes da contratação, e seis não perceberam diferença.

### Ilustração 6. Modelo de Análise de Contratualização.

Negociação	Construção do Instrumento	Gerenciamento
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Planejamento: Definição do Serviços e Padrão de Qualidade</li> <li>• Metas por Imposição ou Negociação</li> <li>• Elasticidade da Meta</li> <li>• Indicadores Outcome vs. Output</li> <li>• Clareza e Número ideal de Metas</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sistema de Punição e Recompensas</li> <li>• Incentivos financeiros</li> <li>• Sistema de prestação de contas</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Acompanhamento pelo Núcleo Estratégico</li> <li>• Foco em Melhoria Contínua</li> <li>• Comunicação</li> <li>• Governança e cooperação entre parceiros</li> </ul>

Fonte: Elaborado pela autora, com base em Boyne e Chen (2007) e Alcoforado (2005).

Como visto nesta seção, em diversas ocasiões a introdução de metas tem contribuído para melhorar o desempenho no setor público, além do alcance de outros objetivos como melhorias de coordenação, planejamento e disponibilidade de informação. Contudo, para os autores críticos à mensuração de desempenho no setor público, esta prática trata-se de uma adaptação imprópria do setor privado e pode gerar graves distorções quando aplicada. A próxima seção é dedicada a entender as consequências não-intencionais da mensuração de desempenho, com o objetivo de avaliar o caso de contratualização nos hospitais AD à luz dos problemas apresentados.

### 3.2. Consequências Não Intencionais da Mensuração de Desempenho

A assimetria de informação e a necessidade de alinhamento de interesses entre os atores são os principais pontos destacados pelo modelo agente-principal. Este modelo é útil para identificar com mais clareza as possibilidades de desvio por parte do agente e as medidas a serem tomadas pelo principal de forma a minimizar os riscos advindos do comportamento inadequado do agente. Estas constituem questões importantes para a contratualização na área da saúde, principalmente devido à natureza altamente

especializada do serviço e à discricionariedade exercida pelos profissionais da saúde, o que dificulta a mensuração e previsibilidade dos serviços.

Vale salientar que, quando os interesses do agente e do principal não forem semelhantes e quando o principal tiver um conhecimento limitado sobre o comportamento do agente, é alta a probabilidade de que haja desvios de conduta. A possibilidade do agente se afastar dos interesses do principal aumenta quanto maior essa assimetria e quanto mais conflituosos os interesses (Ferreira, 2005). A seguir destacam-se os principais desvios de comportamento identificados na literatura.

A experiência britânica de estabelecimento de metas para os serviços públicos traz algumas reflexões interessantes para o caso brasileiro. Hood (2006) identificou os três casos mais frequentes de desvios, o que o autor denomina *gaming*, nas instituições britânicas, pressionadas pela política de alcance de metas, que o autor exageradamente compara ao regime de terror soviético.

Hood (2007) descreve o *gaming* como uma consequência não intencional de um sistema de metas, definindo-o como “a forma deliberada de manipulação ou fabricação de dados, com a clara intenção de melhorar a posição de um indivíduo ou organização” (Hood, 2007, p. 100). O autor ainda argumenta que erros de mensuração nem sempre podem ser classificados como um tipo de fraude, pois podem ter origens diferentes, como simples falhas na compilação dos dados, erros de amostra ou categorização, que podem ocorrer ao compararem-se serviços com características muito diferentes, ou utilizando-se de séries históricas não significativas.

Conforme identificado por Hood (2006), o primeiro caso de *gaming* é o “*ratchet effect*”, quando as metas são estabelecidas por melhoria incremental do período anterior e ficam abaixo da capacidade de produção da instituição. Um segundo tipo seria o “*threshold effect*”, quando há uniformidade no estabelecimento de metas em todas as unidades, independente da capacidade de produção. Essa modalidade de *gaming* pode levar a organização a limitar seu desempenho de forma a atingir apenas o que a meta exige. A manipulação de resultados foi o terceiro tipo de *gaming* identificado, principalmente em instituições de saúde. As evidências de *gaming* foram identificadas em hospitais, como uma diferença entre o valor reportado e real de mais de 30% nas filas de atendimento ou ainda evidências de que ambulâncias dos serviços de emergência “corrigiram” seus

tempos de resposta de forma a atingir a meta estipulada.

As consequências não intencionais (*unintended consequences*) decorrentes da implementação de um sistema de avaliação de desempenho também são descritas por Smith (1995) (Smith P. , 1995), que as divide em oito tipos. São elas, (1) *tunnel vision*, que pode ser traduzida como visão afunilada, que ocorre quando os gestores, confrontados com muitas metas diferentes, escolhem aquelas que são mais fáceis de medir e ignoram as demais; (2) *sub-optimization*, ou comportamento sub-ótimo, quando os gestores escolhem para serem atingidos os resultados da sua própria operação, mas prejudicam o desempenho do sistema como um todo; (3) miopia, quando os gestores optam por buscar resultados de curto prazo em prejuízo da sustentabilidade de longo prazo; (4) fixação por metas, que ocorre quando o foco do gestor se fixa no alcance da meta, no lugar da melhoria do processo; (5) deturpação dos dados, é considerada uma forma de fraude e ocorre quando os dados de desempenho são reportados incorretamente ou distorcidos para criar uma boa impressão; (6) interpretação inadequada, já que dados estatísticos precisam muitas vezes de dados qualitativos para serem corretamente interpretados; (7) *gaming*, ocorre quando o gestor reporta um desempenho pior do que o realmente alcançado, de forma a garantir uma meta mais folgada na rodada seguinte; e finalmente a (8) fossilização, que acontece quando um indicador perde a relevância, mas ninguém tem a capacidade ou interesse de revê-lo.

Segundo Hood (2006), as chances de uma organização manipular os dados aumentam quando está submetida a algum sistema de ranking entre instituições, ou ainda quando há algum tipo de punição no caso de não cumprimento da meta. Este tipo de comportamento também é descrito pelo “*Public Administration Select Committee*” (2003)<sup>11</sup> que apresenta a diferença entre a cultura de “medição” e a cultura do “desempenho”, sendo a cultura da medição descrita como a busca pela meta a qualquer custo, e a cultura de desempenho preocupada com a construção da capacidade organizacional. O comitê argumenta que muitos serviços britânicos estavam mais preocupados com o alcance de metas do que propriamente com a melhoria do serviço, que pode ser representada pela famosa frase sobre o regime de metas no serviço de saúde, dita por um funcionário público britânico, “*hitting the target and missing the point*”.

---

<sup>11</sup> O “*Public Administration Select Committee*” (PASC) é um comitê indicado pelo Parlamento Britânico com o objetivo de avaliar os padrões de qualidade da administração pública.

Mesmo com tantos pontos contrários, Hood (2006) afirma que ainda assim há evidências de melhorias na prestação do serviço público da Inglaterra no período, que podem ser diretamente atribuídos à introdução do regime de metas. Uma das ponderações do autor é de que houve aumento no orçamento em todo o Reino Unido, mas apenas a Inglaterra, único país britânico submetido às metas, relatou uma melhoria considerável no desempenho dos indicadores. Acrescenta, ainda, que alguns indicadores não estão diretamente relacionados ao aumento de gasto público, como a redução do tempo de espera para atendimento em pronto socorro.

Em parte baseada nas tipologias criadas por Hood (2006) e Smith (1995), Radnor (2008) classifica matricialmente os tipos de *gaming*, de acordo com seu grau de impacto na organização e consequências nos usuários do serviço, em diferentes níveis (baixo e alto) e alcance (interno e externo), como ilustrado no Quadro 13 a seguir. Um baixo nível de *gaming* pode ser considerado quando uma informação é manipulada para atingir a meta. Porém, caso a organização mude atividades e processos com o único objetivo de atingir resultados, não com a finalidade de melhorar o serviço prestado, este é considerado um alto grau de *gaming*. Em relação ao seu impacto, o interno é quando afeta apenas a organização ou um departamento. Já o impacto externo seria quando afeta o cidadão, cliente ou paciente. Os casos mais extremos seriam, portanto, daquelas organizações que manipulam processos que impactam diretamente o cliente final, como é o caso de hospitais que recusam pacientes mais graves para evitar aumento nas taxas de mortalidade.

### Quadro 13. Tipologia de *Gaming* nas Organizações.

Grau de Gaming na Organização	Impacto do Gaming	
	Interno	Externo
Baixo	<i>Muddled</i>	<i>Massaging</i>
Alto	<i>Manouvering</i>	<i>Manipulated</i>

Fonte: Radnor (2008).

Segundo Van Doreen (2008), organizações sujeitas a maior pressão são mais suscetíveis ao *gaming* (vide Ilustração 7). Organizações que utilizam os indicadores para responder à alta administração e também aquelas que os utilizam apenas como forma de prestação de contas (a um ente externo, por exemplo), são mais propensas ao *gaming*. Em

organizações que buscam o aprendizado, onde há espaço para esclarecimentos, os indicadores servem para suscitar debates, levantar oportunidades de melhoria e acompanhar a evolução da organização. Dessa forma, os indicadores são menos ameaçadores para a organização, minimizando as chances de *gaming*.

**Ilustração 7. Pressão dos Sistemas de Mensuração de Desempenho e *Gaming*.**



Fonte: Traduzido de Van Doreen (2008).

Os países nórdicos são pioneiros na adoção de sistemas de avaliação de desempenho baseados no aprendizado e cooperação. Johnsen e Vakkuri (2006) defendem uma perspectiva nórdica de mensuração de desempenho, cujas orientações valorizam o diálogo, a visão dos diferentes atores do processo e o incrementalismo, diferentemente dos países anglo-saxões que valorizam reformas mais radicais e associam desempenho a incentivos financeiros individuais. É um sistema onde há auto-controle por todos aqueles que realmente vão intervir no processo e não apenas pela alta administração (Johnsen & Vakkuri, 2006). O modelo nórdico de desempenho vem sendo posto pela literatura como uma boa alternativa para as organizações brasileiras (Pacheco, 2004), porém um sistema baseado em aprendizado requer organizações mais maduras, realmente preocupadas com a melhoria contínua.

Parte dos comportamentos descritos nesta seção também podem estar relacionados à adoção isolada de uma política de desempenho, em organizações ainda imaturas,



desvinculada a outras mudanças necessárias para uma reforma organizacional, de forma que a organização esteja mais preocupada com as melhorias no serviço prestado do que necessariamente com os resultados nos indicadores. Nessas condições, segundo Pacheco (2004), são grandes as chances de insucesso e o risco é de que a mensuração se torne um fim em si mesmo, desvinculada do objetivo central, que é o de melhorar o serviço público prestado ao cidadão. Maneiras de reduzir o comportamento oportunista incluem o uso de incentivos, monitoramento focado no alinhamento de objetivos, a construção de confiança mútua e estabelecimento de acordos colaborativos (Hart & Moore, 1998) – os chamados contratos relacionais, que serão explorados na próxima seção.

### **3.3. Contratos Incompletos e Contratos Relacionais**

O uso de contratos colaborativos ou contratos relacionais tem sido discutido pela literatura como uma solução para gestão de contratos em serviços complexos. Os contratos relacionais são “baseados em confiança e reciprocidade [...] que especifica em detalhe quais as obrigações de ambas as partes. Constituem uma estrutura de governança que reconhece a necessidade de cooperação e adaptação, tanto espontânea quanto intencional, entre as partes do contrato *ex-post* no momento de implementação e no contexto de contingências inesperadas, tais como custos de transação, que nenhuma das partes conhece ou pode controlar unilateralmente”, (Skyle, 2009, pp. 145-146). Os termos explícitos do contrato são apenas um arcabouço, pois há termos implícitos e entendimentos que determinam o comportamento das partes.

A teoria do contrato relacional foi descrita originalmente por Ian Macneil em 1978. O autor alega que há basicamente dois tipos de contratos, o transacional, orientado por produtos e o relacional, orientado por processos. O contrato relacional fornece os meios para manter contratos de longo prazo em ambientes complexos, com um alto grau de flexibilidade, permitindo que as partes possam expressar o seu conhecimento em situações específicas e se adaptar a novas realidades. É geralmente mais recomendado quando a transação é de longa duração, a interação pessoal é um fator importante, há oportunidade para cooperação e há um grau de flexibilidade para lidar com assuntos imprevisíveis (Macneil, 1978); (Baker, Gibbons, & Murphy, 2002). Os contratos relacionais favorecem principalmente a confiança entre os atores. Questões como

tempo, custo e qualidade são geridos conjuntamente pelas duas partes e maior ênfase é colocada sobre o processo e não apenas sobre o produto.

Contratos relacionais dentro e entre empresas ajudam a contornar dificuldades na contratação tradicional (ou seja, aquela sujeita à imposição de um terceiro, como um tribunal). Em um contrato tradicional, os termos devem ser especificados *ex ante*, de forma que possam ser verificados *ex post* pelo terceiro. Por outro lado, um contrato relacional pode ser baseado em resultados que são observados *ex post* apenas pelas partes contratantes. Desta forma, um contrato relacional permite que as partes utilizem o conhecimento de suas especificidades, de forma a se adaptar a novas informações assim que estiverem disponíveis (Macneil, 1978). Por essa razão os contratos relacionais não podem ser impostos por um terceiro, mas devem ser implementados como uma forma de autocontrole, já que o valor gerado pelo cumprimento do contrato deve ser suficientemente grande para que nenhuma das partes queira renunciar a ele.

Um contrato tradicional tem o objetivo de ser tão completo quanto possível, prevendo uma variedade de situações e resultados a serem cumpridos. As penalidades e sanções por descumprimento do contrato também são amplamente detalhadas, o que traz um alto grau de aplicabilidade do contrato. Contratos relacionais por outro lado não possuem o mesmo grau de exequibilidade e não são, em teoria, aplicáveis por lei. O contrato relacional é em geral menos focado em produtos e metas a atingir e mais focado na gestão da colaboração e do diálogo entre os atores.

Segundo Jann e Reichard (2002) os contratos tradicionais estão mais relacionados à primeira geração de reformas, de inspiração anglo-saxã, para as quais o contrato é mais uma forma de controle para enfrentar o problema de maximização do auto-interesse. Nos contratos relacionais, de inspiração nórdica, o que está em jogo não é o controle e sim o resultado. Os contratos são instrumentos para proporcionar coordenação e aprendizado organizacional, visando melhoria do desempenho da organização prestadora dos serviços.

Contratos relacionais demandam flexibilidade para adaptações constantes durante sua vigência, o que altera a forma de interação entre os atores. Para o ente contratante, é necessário ter a capacidade de coordenação e profundo conhecimento do serviço contratado, para saber diferenciar uma alteração do processo de um comportamento

oportunista ou inadequado da outra parte. Aos atores envolvidos na gestão de um contrato relacional cabe a vontade de trabalhar em conjunto para identificar e resolver problemas, estabelecer bases de confiança em negociações e outros meios alternativos para resolver disputas. Contratos relacionais são mais flexíveis e dão espaço para renegociações. Isto é muito importante em contextos onde a contratação é um fenômeno recente, onde uma abordagem incremental é mais adequada. Ainda, permite estabelecer relações contratuais em contextos de incertezas político-econômicas (World Health Organization - WHO, 2008) (Baker, Gibbons, & Murphy, 2002) (Ferreira, 2005).

Contratos relacionais são muito utilizados nos casos de contratos incompletos, caracterizados pela existência de um ou mais dos seguintes fatores: a dificuldade em definir o objeto de contratação e mensurar seu desempenho, a longa duração do contrato e a dificuldade de substituição do contratante (Ferreira, 2005). Donahue (1989) chama atenção para problemas de ineficiência e comportamento oportunista, que tendem a aumentar quanto menos exato for o serviço a ser prestado, menos robustos os mecanismos de avaliação, menos competitivo o mercado, mais difícil a troca ou penalização do prestador e maiores as chances de contingências na duração do contrato.

Os contratos na área de saúde apresentam boa parte das características mencionadas. Contratos *ex ante* completos, definindo de forma exata o desempenho desejado para cada condição médica estão distantes da realidade, por isso faz mais sentido contratar alguns resultados, como o número de partos ou cirurgias realizadas, que podem modificar de acordo com contingências, como mudança do perfil do hospital, ou ocorrência de epidemias. Definir o escopo exato do contrato e estabelecer parâmetros adequados para mensuração do desempenho das partes envolvidas é uma tarefa bastante complexa e tende a se modificar ao longo do tempo.

Porém, nos casos de contratação na saúde com entidades privadas (“*contracting out*”), como é o caso dos contratos com OSS, por exemplo, os contratos tradicionais vêm sendo mais utilizados pelos governos. Este tipo de parceria tende a utilizar contratos tradicionais, pois envolve dois entes jurídicos distintos, o setor privado e o público, o que inevitavelmente traz certo grau de hesitação e desconfiança (World Health Organization - WHO, 2008). O contrato tradicional é escolhido no caso já que oferece, ao menos em teoria, um documento claro e com vinculação jurídica.

No contexto dos sistemas de saúde é difícil achar contratos puramente tradicionais ou relacionais, o que existe são contratos com diferentes graus de rigidez (World Health Organization - WHO, 2008). É o contexto e a forma pela qual o processo de contratualização é formatado que determina o tipo de contrato a ser utilizado.

Os contratos relacionais, no entanto, apresentam alguns limites. Um dos questionamentos levantados pela OMS (WHO, 2008) diz respeito à conveniência de aplicação de contratos relacionais em políticas públicas de larga escala ou em grandes organizações, ou ainda quando envolve organizações públicas e privadas. Nesses casos é necessário um controle maior, em volume e responsabilidades, o que nem sempre a organização está preparada para exercer.

Gibbons e Henderson (2011) argumentam ainda que os contratos relacionais são difíceis de implantar na prática, pois requerem a solução de dois problemas, o da credibilidade e o da clareza. Pelo problema de credibilidade, os autores entendem a dificuldade de uma organização em manter sua palavra, o que também pode ser chamado de confiança organizacional. Já em relação à clareza, significa traduzir e comunicar os termos do contrato relacional aos parceiros (Gibbons & Henderson, 2011). Portanto, além de perguntar aos parceiros se irão acreditar nos compromissos firmados, também se faz necessário saber se os termos do contrato estão claros entre todos os envolvidos. Estes são fatores que tornam os contratos relacionais complexos, pois como as metas são negociadas continuamente, pode haver confusão caso não comunicadas adequadamente.

Em resumo, os contratos relacionais apresentam-se como uma forma alternativa de formulação e gestão de contratos na área de saúde, que, apesar de suas limitações apresenta novas formas de relacionamento entre as partes. A opção apresentada busca minimizar um dos grandes problemas da relação agente-principal, a assimetria de informações, podendo inclusive trazer desvios de comportamento como o *gaming*, pela busca dos resultados a qualquer custo.

#### **4. CONTRATOS DE GESTÃO NA SAÚDE: A EXPERIÊNCIA DO ESTADO DE SÃO PAULO**

Este capítulo tem o objetivo de reconstituir a experiência do Estado de São Paulo com contratos de gestão na saúde, iniciada em 1998 com a gestão de contratos com as OSS e culminando com o objeto de análise deste trabalho, o Contrato Programa, dez anos depois. Inicialmente retomam-se as origens dos contratos de gestão na área da saúde no Brasil. Em seguida traça-se o histórico da contratualização com as OSS em São Paulo e seus resultados, já que essa experiência serviu de inspiração e embasamento para a implantação do Contrato Programa. Finalmente, descreve-se o Contrato Programa, experiência que será utilizada para análise à luz da teoria de contratualização explorada no capítulo anterior.

É através do SUS (Sistema Único de Saúde) que o Brasil proporciona atendimento à saúde universal para toda a população e este sistema passou a fazer parte da legislação a partir da Constituição Democrática, ou seja, a Constituição Federal de 1988. Essa conquista foi obtida depois de muitos anos de campanha pela saúde pública e traz o princípio da descentralização, o que implica ao governo federal o financiamento, enquanto os governos estaduais e municipais responsabilizam-se pela implementação do atendimento à saúde. Pode-se elencar como vantagens da descentralização a proximidade dos cidadãos, o alinhamento da política de saúde de acordo com as necessidades encontradas localmente e, ainda que em teoria, uma melhor prestação de contas. Entretanto, apesar das vantagens apresentadas, a descentralização exige capacidade de coordenação e gestão que nem sempre estão presentes nas esferas locais.

O principal componente do sistema de atendimento à saúde no Brasil são os hospitais, responsáveis por aproximadamente 70% dos custos com saúde do país (LaForgia & Couttolenc, 2008). No entanto, a agenda da política de saúde mantinha como orientação até recentemente a prestação descentralizada de serviços, a redução de disparidades financeiras e o acesso universal ao cuidado básico; problemas como capacidade governamental e desempenho hospitalar não eram prioridade na agenda. Dessa forma, os hospitais receberam até então pouca atenção de formuladores de políticas e pesquisadores, o que reflete em uma qualidade de prestação de serviços questionável na maior parte dos hospitais brasileiros, excluindo-se algumas ilhas de excelência.

No intuito de transformar essa realidade, experiências de reforma na gestão hospitalar estão sendo desenvolvidas por alguns estados e municípios, tais como São Paulo, Minas Gerais e Curitiba, introduzindo-se instrumentos de gestão por resultados, oferecendo maior autonomia aos hospitais e buscando-se melhorias nas áreas de recursos humanos, contratação e financiamento. Tais reformas também incluem muitas vezes a criação de novos formatos organizacionais, como as OSS (Organizações Sociais de Saúde), hospitais públicos com administração privada regidos por contratos de gestão.

Tendo em vista a forma como atualmente o processo de contratualização é compreendido, pode-se considerar o primeiro contrato de gestão assinado na administração pública do Brasil o celebrado entre o Ministério da Saúde e a Associação das Pioneiras Sociais, autorizado pela Lei nº 8.246, de 22 de outubro de 1991. Porém, as reformas na gestão hospitalar estão mais diretamente relacionadas ao Plano Diretor de Reforma do Aparelho do Estado (PDRAE) de 1995, que propôs uma nova forma de administração, tendo como características a descentralização dos serviços sociais nos estados e municípios; delimitação mais precisa da área em que o Estado atua; diferenciação entre as atividades do núcleo estratégico; maior autonomia para as agências executivas exclusivas do Estado e responsabilização (Araújo, 2010) e também distinção entre a formulação de políticas e sua execução.

O esforço do projeto desenvolvido pelo PDRAE, definindo indicadores de desempenho para atividades que até aquele momento eram de exclusividade do Estado, através da legitimação da Medida Provisória nº1.591/97, foi essencial para a implementação das agências autônomas e organizações sociais. Os países de origem anglo-saxônica foram a principal referência para que o Ministério da Administração Federal e da Reforma do Estado - MARE, no âmbito federal, criasse e regulamentasse as OS (Organizações Sociais), com a instituição da Lei nº 9.637, de 15 de maio de 1998. As OS foram, portanto, concebidas no contexto da Reforma da Administração Pública, liderada pelo então Ministro do MARE, Luiz Carlos Bresser Pereira, no primeiro governo do Presidente Fernando Henrique Cardoso. As OS foram caracterizadas como entidades de interesse social e de utilidade pública, associações civis sem fins lucrativos, com atividades nas áreas de ensino, pesquisa científica, desenvolvimento tecnológico, proteção e preservação do meio ambiente, cultura e saúde.

#### **4.1.A experiência com as OSS (Organizações Sociais de Saúde)**

Uma das experiências mais documentadas de contratualização na saúde e um dos primeiros Estados a se inspirar na lei federal das OS foi o de São Paulo. No início de 1998, o Executivo estadual encaminhou para a Assembleia Legislativa do Estado de São Paulo o Projeto de Lei Complementar nº 3/98, que dispunha sobre a criação de organizações sociais. Fazia referências à Medida Provisória nº 1.591/97, do Governo Federal, a fim de legitimar essa iniciativa, especialmente em serviços de saúde. A Lei Complementar nº 846/98 formalizou a criação das OSS (Organizações Sociais de Saúde) no estado de São Paulo, possibilitando a qualificação de entidades privadas sem fins lucrativos para administrar os hospitais estaduais através de contratos de gestão, cujas partes essenciais seriam de um lado o poder público e de outro a entidade qualificada como OSS (CONASS, Progestores, 2006).

A principal motivação para implementar este novo formato organizacional foi a possibilidade de alocar recursos humanos e capacidade de gestão em novos hospitais públicos, que haviam sido recentemente finalizados. Esses hospitais estavam inacabados quando o Governador Mário Covas assumiu o mandato, que prometeu em campanha colocá-los a serviço da população. Na época, o Estado de São Paulo não poderia contratar mais funcionários para alocar nos novos hospitais, já que havia atingido o teto orçamentário com despesa de pessoal, de acordo com a legislação vigente. A criação das OSS foi a saída para conseguir alocar capacidade de gestão e recursos humanos nos hospitais recentemente construídos e equipados.

A lei dispõe sobre uma série de atributos que uma organização precisa apresentar para ser qualificada como uma OSS. Primeiramente, ela precisa ser uma organização sem fins lucrativos com pelo menos cinco anos de experiência na prestação de serviços de saúde. Após ser qualificada como OSS, ela pode prestar serviços para diversos hospitais públicos, contanto que firme um contrato por cada hospital contratado com a Secretaria Estadual de Saúde do Estado de São Paulo (SES/SP). Inicialmente, as OSS somente poderiam oferecer atendimento à saúde para o SUS e não poderia dispor dos serviços de saúde ao mercado privado<sup>12</sup>.

---

<sup>12</sup> Houve uma tentativa de permitir que os hospitais administrados por OSS também admitissem pacientes de convênios privados, o que ficou conhecido como “dupla porta, pela lei complementar nº 1.131/2010 e regulamentada mediante o decreto nº 57.108/2011. Tal medida foi questionada pelo MPE (Ministério

Os indicadores contratados são baseados em um estudo realizado pela SES que especifica o que cada OSS precisa entregar de resultado para garantir as metas de atendimento à saúde para determinada população-alvo. Caso as metas do contrato sejam atingidas, as OSS recebem uma bonificação de 100% de seu orçamento. Caso negativo é repassado 90% do orçamento previsto para o atendimento contratado.

Para acompanhamento contínuo do contrato, também é criada uma comissão de avaliação dos contratos de gestão, responsável por analisar os resultados obtidos com a execução dos serviços, composta por representantes do Conselho Estadual da Saúde e da Comissão de Saúde e Higiene da Assembleia Legislativa, além dos profissionais especializados indicados pela Secretaria do Estado da Saúde. Adicionalmente, a SES possui uma equipe interna de acompanhamento dos contratos, a CGCSS, que acompanha detalhadamente todos os relatórios emitidos pela OSS. As OSS devem publicar o balanço e demais prestações de contas no Diário Oficial do Estado, através do Tribunal de Contas do Estado.

#### **4.2.Resultados das OSS**

Durante os mais de dez anos de funcionamento das OSS, vários estudos buscaram compará-las e avaliar seu desempenho frente aos hospitais da Administração Direta. Apesar da comparação entre OSS e AD não ser o foco deste trabalho, é importante salientá-los, pois é a partir desses estudos que a SES se mobiliza para iniciar a implantação do Contrato Programa nos hospitais da Administração Direta. Não se podem ignorar os estudos de eficiência já realizados sobre os hospitais da AD, mesmo que fuja um pouco do objetivo desta pesquisa, pois também serviram de inspiração para a fase metodológica deste trabalho. Tais estudos também podem servir futuramente de *benchmark* para a definição de metas para os hospitais da AD. As pesquisas estão resumidas a seguir.

Couttolenc et al (2004) utilizaram estatísticas DEA<sup>13</sup> para comparar 588 hospitais no

---

Público Estadual), que entrou com pedido de liminar contra a lei estadual, derrubando a lei em setembro de 2011.

<sup>13</sup> DEA é a sigla para Data Envelopment Analysis, uma técnica estatística utilizada para delimitar uma fronteira de eficiência com base na informação sobre insumos e rendimentos.



Brasil dentro de uma vasta gama de arranjos organizacionais (públicos e privados), incluindo AD, OSS, instituições e associações sem fins lucrativos, e corporações com fins lucrativos. Suas principais descobertas indicam que estabelecimentos públicos com gestão autônoma tais como as OSS, representam as entidades mais eficientes, seguidas daquelas com fins lucrativos, e finalmente apontando para os hospitais AD como os menos eficientes. A pesquisa também mostra que hospitais públicos têm custos operacionais quase 20% mais altos, em comparação com hospitais privados e hospitais escola, mesmo após o ajuste de tempo médio de internação e composição de casos. A diferença em custos pode ser explicada pelo fato de que hospitais públicos geralmente lidam com um número maior de casos sérios do que os privados, mas são também menos eficientes e apresentam menor padronização de processos e de procedimentos médicos.

Mendes Ribeiro & Costa (2005), em um relatório para o Banco Mundial, analisaram hospitais estaduais com gestão estatal (AD) e privada (OSS) considerando uma seleção de indicadores de qualidade (mortalidade) e eficiência (rotatividade dos leitos, taxa de ocupação, e tempo médio de internação). Os grupos foram equilibrados em termos de tamanho, complexidade, insumos e produtos. Os estabelecimentos administrados por OSS mostraram ter melhor desempenho em termos de qualidade, mesmo que as diferenças tenham sido insignificantes quanto aos indicadores de eficiência.

A Nota Técnica nº 17 divulgada pelo CONASS em 2006 menciona uma pesquisa denominada Estudo Comparativo do Desempenho de Hospitais em Regime de Organização Social realizada por Nilson do Rosário Costa e José Mendes Ribeiro, financiada pelo Banco Mundial e divulgada em 2004, comparando desempenho de 12 hospitais administrados pelas OS com 10 da administração direta em hospitais com mais de 100 leitos. A pesquisa mostra que os hospitais administrados por OSS possuem um desempenho superior em indicadores de eficiência alocativa – intervalo de substituição, taxa de ocupação de leitos e tempo médio de permanência – quando comparados a hospitais da Administração Direta, como podemos observar no Quadro 14 a seguir (CONASS, Progestores, 2006).

**Quadro 14. Quadro Comparativo de Indicadores de Eficiência Alocativa entre Hospitais administrados por OSS e AD (Dados de 2003).**

<b>Indicadores de Eficiência Alocativa</b>	<b>Descrição</b>	<b>AD</b>	<b>OSS</b>
<b>intervalo de substituição</b>	Tempo médio decorrido em dias (ou horas) entre a saída de um paciente e a admissão de outro	3,9 dias	28,4 horas
<b>taxa de ocupação de leitos</b>	% tempo em que o leito encontra-se alocado para um paciente	63,2%	80,5%
<b>tempo médio de permanência</b>	Tempo médio (em dias) que um paciente permanece na instituição	5,9 dias	4,8 dias

Fonte: (CONASS, Progestores, 2006).

Na mesma pesquisa, os indicadores de qualidade, representados pelos índices de mortalidade também apresentaram diferenças, sendo ligeiramente mais baixos nas OSS do que as unidades em regime de Administração Direta, com variações entre clínicas, conforme o Quadro 15 a seguir (CONASS, Progestores, 2006).

**Quadro 15. Quadro Comparativo de Índices de Mortalidade entre Hospitais administrados por OSS e AD (Dados de 2003).**

<b>Variáveis de Qualidade</b>	<b>Média nas OSS</b>	<b>Média na AD</b>	<b>Coefficiente de Variação - OSS</b>	<b>Coefficiente de Variação - AD</b>
<b>Mortalidade Geral</b>	3,8	5,3	34%	80%
<b>Mortalidade Cirúrgica</b>	2,61	3,6	22%	37%
<b>Mortalidade Clínica Médica</b>	11,64	11,96	13,5%	9,3%
<b>Mortalidade Clínica Pediátrica</b>	2,80	2,63	31%	45%

Fonte: (CONASS, Progestores, 2006).

Também foi feita uma comparação entre os hospitais dos tipos OSS e AD pela Secretaria Estadual de Saúde de São Paulo (SES), no período 2002-2004. Em primeiro lugar, foi analisada a capacidade de se atingir os rendimentos previstos no momento da contratação. De uma maneira geral, os hospitais OSS conseguiram atingir as metas de

produção no que diz respeito à qualidade da informação, qualidade de atendimento e satisfação do paciente em 2002 e 2004. Em um segundo estudo, utilizando dados de 2003, 12 hospitais AD foram comparados com 7 OSS (sem equilibrar tamanho e complexidade) no que diz respeito ao desempenho financeiro. De forma geral, os resultados apontam para uma maior eficiência (com um menor custo) por parte dos hospitais OSS na prestação de serviços de alta complexidade.

Outro estudo comparou 12 estabelecimentos de OSS e 12 de AD em termos de complexidade, analisando dados no período entre 2003 e 2004. As OSS tiveram melhor desempenho nas taxas de mortalidade e nas medidas de eficiência, demonstrando maior produtividade do que os hospitais AD quanto a altas por leito, custos por leito, rotatividade de leitos e taxas de substituição e ocupação (LaForgia & Couttolenc, 2008). Barradas Barata & Mendes (2006) também verificaram que, em 2003, a produção de hospitais OSS, medida segundo o número de altas, foi 35% mais alta do que aquela em hospitais AD.

Mais uma pesquisa comparativa de relevância foi feita por Quinhões (2009), que investigou os custos transacionais de implementação de governança OSS na SES em São Paulo, também comparando a eficiência das OSS e da AD utilizando dois grupos, cada um com três hospitais, e dados de 2006 e 2007. Os resultados da análise deste autor revelam que os hospitais OSS são mais eficientes do que aqueles sob AD, apresentando aproximadamente 20% a mais de altas por leito (60% mais altas por leito em casos de cirurgia), 21.4% a mais de ocupação e taxa de mortalidade estatisticamente igual. Além disso, os custos de governança das OSS somam somente 1% do total de custos com serviços, considerados insignificantes pelo autor quando comparados aos ganhos em eficiência.

Vale ressaltar que os estudos aqui apresentados utilizam dados dos anos 2003 a 2007, muitas vezes apenas comparando o desempenho de um ou dois anos. Os hospitais AD começaram a consolidar seus indicadores com o Programa de Modernização apenas em 2004 e de forma limitada, em alguns hospitais. Os indicadores começam a ser consolidados nos hospitais AD entre 2007-2008, quando se iniciam os estudos para implantação do Contrato Programa. Ainda, o Contrato Programa, que introduz o conceito de metas e desempenho nos hospitais AD, iniciou-se ao final de 2008.

Outro ponto que se observa nos estudos que comparam hospitais administrados por OSS e AD é que não são controladas variáveis importantes como infra-estrutura, ou existência de pronto socorro aberto ou referenciado. As OSS em geral são implantadas em hospitais novos, com uma infra-estrutura diferenciada em relação aos da AD, com pronto-socorro referenciado. Hospitais da AD possuem pronto socorro aberto, o que faz com que o perfil de morbidade seja distinto dos hospitais OSS. Portanto, novos estudos que comparem ambos os modelos são necessários, respeitando-se as ressalvas aqui colocadas.

Segundo o Secretário Adjunto da SES-SP, em entrevista realizada em 13/10/2011, um dos principais motivos dos bons resultados do modelo de OSS pode ser atribuído ao gerenciamento dos contratos realizado pela equipe da SES, através da CGCSS, que acompanha os relatórios mensais encaminhados e o cumprimento das metas, avaliando o desempenho da OSS e encaminhando questionamentos no caso do não cumprimento de alguma meta. Outro diz respeito à gestão de Recursos Humanos, que diferentemente dos hospitais da AD, não estão sujeitos ao regime estatutário, o que traz maior flexibilidade na contratação e demissão de funcionário, além de permitir alterações no perfil do hospital de forma ágil.

Para o dirigente de uma OSS, o Superintendente dos Hospitais Afiliados da SPDM (Associação Paulista para o Desenvolvimento da Medicina), em entrevista realizada em 19/09/2011, *“é obrigação das OSS serem mais eficientes que os Hospitais da AD, por dois motivos principais: a contratação e política de pessoal e a questão das ferramentas de gestão, incluindo suprimentos, modelos gerenciais, mecanismos motivacionais e acesso a dados. O concurso público não necessariamente escolhe os melhores perfis para determinada função. Também para as OSS há maior liberdade de compras, não é necessário seguir a burocracia da lei de licitação. Por conta da dificuldade de compra, muitas vezes os hospitais da AD fazem estoque para oito meses, enquanto que em um hospital de OSS o giro do estoque é de 15 dias.”*

Dos quatro itens mencionados pelos dois entrevistados – coordenação pela SES, modelos de gestão, gestão de RH e gestão de compras, o modelo do Contrato Programa apenas altera a forma de coordenação e introduz modelos de gestão de resultados nos hospitais da AD, como veremos mais adiante. A gestão de RH, item salientado como um problema para os hospitais da AD na maioria das entrevistas, também é em parte

modificada, pois passa a ser feita de forma centralizada ao invés de se dar por unidade hospitalar, como era anteriormente. O Contrato Programa, a ser descrito na próxima seção, é baseado na experiência com o contrato de gestão junto à OSS, com o princípio de introduzir nos hospitais da Administração Direta o mesmo componente de orientação a resultados presentes no modelo de gestão por OSS.

### 4.3. Objeto de Análise: O Contrato Programa

A descrição do Contrato Programa nesta seção é baseada no instrumento contratual, nas entrevistas semi-estruturadas realizadas com os gestores da SES e CSS e gestores de hospitais contratualizados e também no acompanhamento de reuniões trimestrais de avaliação do Contrato Programa. Com exceção dos contratos firmados, não há nenhuma documentação formal que descreva em que consiste o Contrato Programa.

O Contrato Programa, iniciativa de contratualização junto aos hospitais da Administração Direta, iniciou-se em dezembro de 2008, motivado em parte pelos resultados positivos conseguidos pelo contrato de gestão junto às OSS. De forma geral, o arcabouço de funcionamento é similar ao contrato de gestão – são estabelecidas metas para o hospital, essas metas são acompanhadas pela CSS e o hospital recebe uma bonificação de 1% do orçamento caso atinja a meta estabelecida. No entanto existem algumas diferenças sutis de conceito entre as duas formas de contratualização, que serão salientadas ao longo do texto, como o fato de ser um contrato em áreas internas à organização – ao contrário das OSS que são com parceiros externos –, não ser previsto mecanismos de punição, a prestação de contas se dar em reuniões de acompanhamento, não apenas em relatórios, entre outros.

Segundo descrito no documento contratual, o Contrato Programa busca “promover a implantação de sistemas e de mecanismos que visem à melhoria da qualidade da oferta de serviços de saúde para melhor atender às necessidades da população”. De forma detalhada, são “políticas de gestão orçamentária e de instrumentos de validação de propostas de incentivos que sejam ágeis e executivas em sua relação com os hospitais próprios, de tal maneira que se incentive e se assegure uma adequada cobertura de serviços à população e, ao mesmo tempo, favoreça a introdução de ações eficientes e eficazes por parte das instituições provedoras de serviços”. Ainda, mais adiante, “o Contrato Programa (CP) entre a SES e o Hospital, é o documento aonde se concretizam as obrigações específicas que possam ser assumidas”... “para facilitar o cumprimento”... “dos requerimentos de informação, de atividade e na obtenção das metas e objetivos qualitativos e quantitativos previstos”, (SES/SP, 2010).

Os contratos são celebrados entre a SES e a unidade hospitalar e gerenciados pela CSS (Coordenadoria de Serviços de Saúde), que coordena 38 unidades hospitalares de saúde, entre Hospitais Gerais, Centros Psiquiátricos e Centros de Reabilitação. O processo

iniciou-se com apenas 3 unidades hospitalares, e aos poucos se incorporaram novas unidades, a cada três ou quatro meses. Hoje já conta com 14 hospitais contratualizados, do total de 25 unidades do tipo “Hospital Geral” coordenados pela CSS<sup>14</sup>. Há ainda no Contrato Programa uma unidade do tipo “Centro de Reabilitação” contratualizada em março/2010.

A CSS planeja ter todas as unidades hospitalares contratualizadas, mas não estipula um prazo para que isso aconteça, pois depende muito da capacidade de absorção do processo de gestão por parte da equipe dos hospitais contratualizados. Como a equipe da CSS é reduzida, é preciso que alguns hospitais estejam mais maduros antes de assumir o compromisso com novas unidades. Todavia, a extensão do modelo está sendo cobrado em órgãos externos (a exemplo da Secretaria Estadual da Fazenda e do TCE - Tribunal de Contas do Estado), já que vem trazendo benefícios para as unidades que aderiram ao programa.

É importante salientar que o Contrato Programa é uma estratégia interna à CSS, uma tentativa de aprimorar a gestão dos hospitais, treinando os diretores e a equipe das unidades para melhorar a efetividade, trabalhar com indicadores e avaliar resultados alcançados. Não se trata de algo imposto aos hospitais, e sim um projeto de adesão voluntária, com um conjunto de iniciativas que visam melhoria contínua dos processos das unidades hospitalares.

Internamente à CSS, a discussão de implantar-se algo semelhante ao contrato de gestão nos hospitais da AD iniciou-se em 2004, com o surgimento de alguns estudos que demonstravam a superioridade dos hospitais OSS, principalmente no que diz respeito aos indicadores de produtividade e eficiência. Havia um debate entre os gestores da CSS, coordenadoria responsável pelo acompanhamento dos hospitais da AD, que eram contrários à comparação dos dois modelos de gestão (OSS e AD), pois estes partiam de condições distintas. Além das questões que diferenciam a gestão pública da privada, como gestão de recursos humanos e processos de compras menos burocráticos, os hospitais OSS têm território delimitado, tipo de atendimento definido e possuem previsibilidade orçamentária, ao contrário dos hospitais da AD.

Apenas em 2008, após algumas mudanças políticas na Secretaria e com a ascensão de

---

<sup>14</sup> No total são 15 unidades de saúde contratualizadas, sendo um centro de reabilitação. Portanto são 14 hospitais gerais com Contrato Programa.

Marcio Cidade à coordenadoria da CSS, é que a implantação do Contrato Programa foi finalmente concretizada. Porém, algumas importantes mudanças estavam em curso desde 2004, com o Programa de Modernização dos Hospitais, no que diz respeito à gestão de recursos humanos (RH), reorganização do orçamento e melhorias no sistema de informação, principalmente na conceituação e coleta de indicadores. Com a adoção de algumas flexibilidades na gestão, buscava-se constatar que, sob condições semelhantes, a AD poderia ser tão ou mais resolutiva que a OSS.

As despesas com pessoal são significativas para um hospital e gestão de RH é um dos principais desafios na gestão hospitalar, principalmente em hospitais da AD, nos quais o processo de demissão e contratação é complexo e demorado. A centralização no padrão de lotação de RH desburocratizou em parte o quadro de pessoal. Anteriormente, o quadro era delimitado por unidade, restringindo a contratação de novas pessoas no caso de um aumento de demanda em um determinado serviço, ou mudança de perfil de um hospital, por exemplo. Foram implantados critérios técnicos para dimensionamento do pessoal, com pessoal capacitado para avaliar o hospital como um todo, inclusive capacidade instalada e capacidade operacional, de forma a delinear a necessidade de recursos humanos daquela unidade.

Com a centralização houve a possibilidade de mudar o número de funcionários nas unidades hospitalares, sem a necessidade de realizar um novo concurso, até então realizado por hospital, garantindo maior mobilidade de recursos entre as diferentes unidades. O concurso tornou-se geral, para todas as unidades hospitalares, sem necessidade de vincular o indivíduo a uma unidade específica. No entanto ainda existem os problemas característicos da administração pública, como estabilidade funcional, dificuldade de ajustar o salário ao mercado e horários pouco flexíveis. Ainda, um bom instrumento de gestão, que seria a avaliação de desempenho existente para funcionários estatutários, hoje é usada como suplementação salarial, ou seja, todos os funcionários recebem nota máxima na avaliação como se o desempenho fosse exemplar. Portanto, mesmo com a iniciativa de centralização, o processo de contratação e de demissão de servidores segue com as características rígidas do regime estatutário e dificilmente pode ser comparado ao processo das OSS, que adota as regras da CLT (Consolidação das Leis de Trabalho).

Outra mudança de parâmetro diz respeito à centralização do orçamento na CSS, que



trouxe a possibilidade de implantar o incentivo de 1% do orçamento para as unidades que atingissem as metas do Contrato Programa. Um objetivo secundário foi o de controlar melhor o orçamento das unidades, acompanhando de forma mais próxima a prestação de conta dos hospitais. Um ponto importante do Contrato Programa foi o de oferecer previsibilidade orçamentária ao hospital, da mesma forma em que é feito com as OSS. O orçamento passa a ser estabelecido anualmente, previstas as despesas de pessoal e custeio e repassado em doze parcelas mensais (SES/SP, 2010). A forma de funcionamento do bônus por desempenho será descrita mais à frente.

Uma terceira alteração foi fundamental neste processo: a modificação na base de informação dos hospitais. O alinhamento de conceitos no cálculo de indicadores foi essencial para que as informações se tornassem mais confiáveis e com conceitos claros e compartilhados entre as diferentes instituições. Atualmente pode-se afirmar que todos os hospitais AD possuem as informações básicas e os hospitais que adotaram o Contrato Programa possuem bases de dados bem avançadas.

Os hospitais escolhidos para fazer parte do Contrato Programa precisam ter seus sistemas de informação preparados para o monitoramento contínuo de indicadores, além da definição de metas. Uma vez convidado para fazer parte do Contrato Programa, o hospital tem a opção de não aderir, mas segundo a CSS não houve caso em que isso tenha ocorrido. Todos os hospitais que foram convidados aderiram ao CP e se mantiveram no programa até o momento.

Os hospitais que são inseridos no Contrato Programa passam por reuniões periódicas junto à equipe da CSS, com o objetivo de apresentar os resultados do período, justificar um eventual desvio e negociar as metas para o próximo período. O acompanhamento do Contrato Programa pela equipe da CSS foi relatado como sendo essencial para manter a motivação dos hospitais e a busca pela melhoria contínua. É utilizado como um fórum de discussão do desempenho dos hospitais. No anexo V do instrumento contratual (SES/SP, 2010) constam os princípios que regem o processo de acompanhamento: “O acompanhamento do contrato não é uma finalidade em si mesmo. Pode-se considerar como uma parte do processo de direção do Contrato Programa, que inclui a identificação e avaliação de problemas, discussão e negociação com os representantes do Hospital e a tomada de decisões sobre as ações que precisam ser implementadas”. O acompanhamento é realizado através de uma Comissão Técnica de Acompanhamento e

### Avaliação do Contrato Programa (CTAA).

A CTAA é composta por cinco membros, sendo 3 indicados pela CSS e 2 indicados pelo Hospital. De acordo com o contrato, é função da comissão: “Programar e elaborar as ordens do dia das reuniões; realizar uma reunião trimestral de avaliação dos objetivos atingidos; sempre que necessário realizar reuniões extraordinárias; registrar em ata todas as reuniões realizadas que deverão ser assinadas pelos componentes da CTAA e participantes presentes; avaliar os parâmetros de produção, indicadores de qualidade e informação sobre o funcionamento dos serviços, assim como, dos aspectos econômico-financeiros da atuação do Hospital, analisando os desvios ocorridos em relação ao orçamento estabelecido no Contrato Programa; analisar as causas que originaram desvios e ocorrências no funcionamento dos serviços; observação direta, se for preciso, e discussões sobre o funcionamento e prestação dos serviços; estabelecer acordos e a implementação de medidas corretivas, quando necessárias; analisar preliminarmente propostas de implantação de novos serviços; elaborar relatórios à SES sobre os dados e resultados analisados; avaliar os resultados obtidos em cada trimestre e aplicar o sistema de incentivos estabelecido de acordo com os resultados atingidos; propor a CSS da SES o resultado do incentivo a aplicar”, (SES/SP, 2010).

No primeiro ano em que o hospital adere ao Contrato, as reuniões de acompanhamento são realizadas mensalmente, utilizando-se a planilha de acompanhamento detalhada no Anexo 6. A partir do segundo ano, observando-se evolução no desempenho, as reuniões passam a acontecer trimestralmente, exceto em unidades que não tenham atingido um padrão mínimo de resultados. Em unidades cujos resultados não são satisfatórios o acompanhamento ocorre mensalmente pela CSS, para que o diretor da unidade deficiente seja devidamente treinado e profissionalizado com ferramentas que permitirão o alcance dos resultados desejados. Sabe-se que nem todas as unidades respondem bem aos estímulos, contudo existe um trabalho mais intenso nas unidades que responderam menos, para que melhorem sua gestão.

A CSS prioriza a formação de diretores de hospitais através do Contrato Programa, trazendo a equipe de gestores do hospital até a SES, para discutir o desempenho obtido por cada unidade hospitalar. Cada gestor adota um estilo de gestão diferente, mas a coordenadoria tem o foco nos gestores que não obtiveram os resultados esperados e auxilia aqueles que têm mais dúvidas. A CSS estimula que os gestores das unidades

hospitalares acompanhadas possam trocar experiências com os demais diretores. Reconhece-se que em algumas situações há um clima de competição entre as unidades, mas normalmente o clima é colaborativo.

De acordo com o estabelecido em contrato, integram a equipe de acompanhamento, pelo hospital, duas pessoas, no entanto as reuniões de acompanhamento podem ter de dez a quinze pessoas do hospital discutindo seus indicadores e planos de ação. As reuniões duram em geral de duas a quatro horas. Os indicadores são todos discutidos individual e detalhadamente, afim de que se compreenda em quais aspectos foram obtidos erros e em quais foram obtidos acertos. Dessa forma, cada unidade realmente está envolvida na descoberta de uma estratégia para chegar aos resultados esperados, sendo esta experiência fundamental e considerada a principal diferença entre o Contrato Programa e o contrato de gestão com as OSS.

Para manter um clima de colaboração entre as unidades, são realizadas apenas reuniões de acompanhamento individualizadas, não se comparando um hospital a outro, ainda que sejam hospitais semelhantes. Reuniões de trabalho entre diferentes unidades podem ocorrer, mas não é algo sistemático. A maior parte dos hospitais em Contrato Programa faz reuniões trimestrais, e apenas algumas unidades inseridas entre 2009 e 2010 ainda precisam de reuniões mensais. Quinze dias antes das reuniões os hospitais devem enviar um relatório com os todos os indicadores contratualizados à CSS. O documento é avaliado pela Coordenadoria e as informações são analisadas para levantar os questionamentos necessários para a reunião de acompanhamento.

O Contrato Programa possui três fases distintas e progressivas. Assim, o nível de complexidade dos indicadores vai aumentando gradativamente, iniciando-se com atendimento de pré-requisitos básicos e, aos poucos, inserindo-se indicadores mais desafiadores de qualidade e aumento de produtividade (Anexo 6). Neste cenário os hospitais têm uma tarefa a cumprir e, caso não atinjam as metas, deixam de receber a bonificação a que teriam direito. Também é necessário apresentar um plano de ação para atingir a meta proposta, que será acompanhado pela CSS. A coordenadoria também acompanha, além dos indicadores e planos de ação, as comissões obrigatórias de infecção, óbito, prontuário e ética<sup>15</sup>.

---

<sup>15</sup> Para algumas unidades não faz sentido mensurar os indicadores clássicos, como o tempo médio de

Observando cada fase individualmente, pode-se afirmar que a 1ª fase é a de preparo da instituição, de levantamento da produção básica e aferição da informação, onde as metas são calculadas a partir da série histórica. Nesta etapa, é necessário que CSS chancela a informação, auditando-a para verificar se está correta. As reuniões de acompanhamento são mensais, para que os hospitais entendam a necessidade de produzir informações consistentes e de forma sistemática.

Na segunda fase, os hospitais precisam entregar a produção anterior e mais uma porcentagem adicional, buscando-se alcançar a produtividade máxima, dada a capacidade instalada do hospital. Incluem-se também indicadores de qualidade e humanização. Nesta fase pode-se alterar a meta, caso haja algum evento não programado, como quebra de equipamento, perda de equipe, etc. As reuniões de acompanhamento passam a ser trimestrais

Finalmente, na 3ª fase estabelece-se um pré-requisito de produção, pois não se discute mais produtividade, já que a orientação é de que se deve manter o máximo alcançado na fase anterior (torna-se, portanto, pré-requisito). Os indicadores de produtividade são apenas acompanhados e busca-se com mais afinco os indicadores de qualidade, através de indicadores clássicos, como tempo médio de permanência, taxa de rotatividade, dentre outros. São mantidas as reuniões trimestrais.

Em todas as fases há a preocupação de não desmotivar ou constranger a unidade avaliada. A proposta da coordenadoria é que esse programa de gestão motive as pessoas a melhorar seus serviços, e não estimule a busca da meta a qualquer custo, podendo resultar em *gaming* ou outros efeitos nocivos ao processo. As metas são negociadas entre as partes, estabelecidas de forma consensual, afinal cada hospital vive uma realidade diferente. Quando se percebe que há algum problema para alcance das metas acordadas, a perda de equipes de médicos ou mesmo a quebra de equipamentos, pede-se relatórios adicionais e fazem-se aditivos de contratos.

Nos Quadros 16 a 21 a seguir, detalham-se o exemplo de indicadores e processos acompanhados pelo CP em um hospital aleatório.

---

permanência ou taxa de mortalidade. Nestes casos, a meta é apenas entregar a informação para que se construa um indicador, como é o caso do Centro Especializado em Reabilitação Arnaldo Pezzuti, para internação de longa permanência de pacientes portadores de patologias crônicas, contratualizado em 2010 e que possui indicadores muito peculiares à sua operação. No caso, ainda não se construiu uma série histórica consistente, para que se possa estabelecer metas de produção.

### Quadro 16. Índices de Produção acompanhados pelo Contrato Programa

<b>Índices de Produção</b>	
Produzir um número de saídas hospitalares não inferior à	anual: 18.600 / trim: 4.650 / mensal: 1.550
Número de Cirurgias	1º trim: 443 / 2º, 3º e 4º trim: 481
Número de Cirurgias Ambulatoriais	anual: 2.724 / trim: 681 / mensal: 227
Número de Partos	anual: 2.160 / trim: 540/ mensal: 180
Número de Atendimento Ambulatorial	anual: 137.364 / trim: 34.341 / mensal: 11.447
Produzir um número de SADT externo	anual: 17.520 / trim: 4.380 / mensal: 1.460
Atendimentos de urg/emerg	anual: 348.588 / trim: 87.147 / mensal: 29.049

Fonte: Instrumento de Acompanhamento do Contrato Programa, fornecido ao autor como material de consulta em Reunião Trimestral de Acompanhamento, realizada em 24/11/2011.

### Quadro 17. Índices de Produtividade acompanhados pelo Contrato Programa

<b>Índices de Produtividade</b>	
Manter a Média de Permanência (dias)	não superior a 6,6 dias
Manter a relação consultas médicas subsequentes/ primeiras consultas	em 2,5.
Consulta / Sala / Dia Útil	não inferior a 19.
Cirurgia / Sala / Dias do mês	não inferior a 1,72.

Fonte: Instrumento de Acompanhamento do Contrato Programa, fornecido ao autor como material de consulta em Reunião Trimestral de Acompanhamento, realizada em 24/11/2011.

### Quadro 18. Índices de Qualidade acompanhados pelo Contrato Programa

<b>Índices de Qualidade</b>	
Manter a Taxa de Mortalidade Institucional	não superior a 6,21%
Manter a Taxa de Cesárea	inferior a 34,4%
Manter a percentagem de respostas ao atendimento das queixas	não inferior a 75 %

Fonte: Instrumento de Acompanhamento do Contrato Programa, fornecido ao autor como material de consulta em Reunião Trimestral de Acompanhamento, realizada em 24/11/2011.

### **Quadro 19. Processos de Melhoria da Informação acompanhados pelo Contrato Programa**

<b>Processo de Melhoria da Informação</b>	
Estabelecer o procedimento e registro para conhecer o número de cirurgias suspensas	Apresentar mensalmente os motivos de suspensão de cirurgias por especialidade
Estabelecer o procedimento e registro para conhecer e caracterizar a atividade ambulatorial cirúrgica hospitalar e ambulatorial dos 10 primeiros procedimentos	Apresentar o instrumento, o fluxo das informações e o relatório mensal.
Estabelecer o procedimento e registro para conhecer a pressão de urgência entendida como o número de internações num período determinado procedentes de urgência e declaração de dados	Apresentar o instrumento e o fluxo das informações.
Melhorar o controle de gestão do processo de hospitalização	Desenhar e elaborar as rotinas e fluxogramas do processo de internação com treinamento dos funcionários com cronograma.
Melhorar o controle de gestão das consultas ambulatoriais	Desenhar e elaborar as rotinas e fluxogramas do processo de consultas identificando primeiras consultas geradas pela própria instituição (interconsulta) e primeiras consultas encaminhadas pela rede básica e consultas subsequentes (retornos). Apresentar treinamento dos funcionários com cronograma.

**Fonte:** Instrumento de Acompanhamento do Contrato Programa, fornecido ao autor como material de consulta em Reunião Trimestral de Acompanhamento, realizada em 24/11/2011.

### **Quadro 20. Processos de Melhoria de Qualidade acompanhados pelo Contrato Programa**

<b>Processo de Melhoria de Qualidade</b>	
Garantir o funcionamento da Comissão de Óbitos, Comissão de Infecção Hospitalar, Comissão de Revisão de Prontuários, Comissão de Farmácia e Terapêutica, com no mínimo de 1 reunião mensal documentada.	Apresentar cópia da ATA com no mínimo 80% de comparecimento
Implantação da notificação de suspeita de reações adversas.	Apresentação do formulário e implantação.
Implementar consentimentos informados específicos dos procedimentos cirúrgicos e anestésicos.	Apresentação do formulário e implantação.
Fomentar a formação continuada através da existência de um Plano de Formação anual dirigido as diferentes categorias.	Apresentar mensalmente relatório com o programa dos cursos, nº de participantes e lista de presença.

**Fonte:** Instrumento de Acompanhamento do Contrato Programa, fornecido ao autor como material de consulta em Reunião Trimestral de Acompanhamento, realizada em 24/11/2011.

### **Quadro 21. Processos de Melhoria do Controle Financeiro acompanhados pelo Contrato Programa**

#### **Processo de Melhoria do Controle Financeiro**

Seguimento mensal e gestão dos itens Manter custeio trimestral previsto em orçamento de custeio

Fonte: Instrumento de Acompanhamento do Contrato Programa, fornecido ao autor como material de consulta em Reunião Trimestral de Acompanhamento, realizada em 24/11/2011.

Os incentivos financeiros para as unidades que atingem os resultados existem desde o primeiro mês de adesão ao CP. O valor do incentivo pode chegar a 1% do orçamento da unidade, previsto no instrumento contratual, dividido em quatro parcelas trimestrais de igual valor. Cada item apresentado nos Quadros 16 a 21 recebe uma pontuação específica, cuja somatória representa o percentual de incentivo a ser repassado à unidade. A pontuação segue critérios estabelecidos pelo instrumento contratual do Contrato Programa, reproduzido a seguir (SES/SP, 2010).

- Para os Indicadores de Produção e Produtividade, exceto a média de Permanência, o número de consultas ambulatoriais e o número de cirurgias eletivas, a pontuação seguirá o critério explicitado no Quadro 22.

### **Quadro 22. Processos de Melhoria de Qualidade acompanhados pelo Contrato**

<b>% Meta Atingida</b>	<b>Pontuação</b>
<b>≥98,0%</b>	100% pontos elencados para o item em análise
<b>≤ 97,9%</b>	Ausência de pontuação

Fonte: Anexo V do instrumento do Contrato Programa (SES/SP, 2010).

- A média de permanência, o número de consultas ambulatoriais e o número de cirurgias eletivas, serão pontuados somente ao atingir a meta na sua totalidade (100%).
- Os Indicadores de Qualidade serão pontuados somente ao atingir a meta na sua totalidade (100%).
- Para os itens pontuados através de Relatórios, os mesmos devem ser entregues dentro do prazo estipulado e de forma completa, para que a pontuação seja máxima; do contrário, a Instituição não obterá os pontos do item avaliado.

Ainda, o hospital poderá ter entre 01 a 10 pontos percentuais (%) descontados na pontuação geral do trimestre, quando não forem respeitadas as condições listadas abaixo (SES/SP, 2010):

- Se, por meio de visitas ao hospital e/ou relatórios e informações complementares solicitados, forem constatadas inconsistências com o informado no sistema web do Núcleo de Informação Hospitalar ([www.nih.saude.sp.gov.br](http://www.nih.saude.sp.gov.br));
- Não forem respeitados os prazos para entrega de relatório e ou documentação previamente solicitada;
- Os padrões básicos de apresentação, mensal e trimestral, apresentados previamente ao hospital não forem obedecidos,
- As demandas por informações complementares não forem atendidas no prazo definido.

A pontuação obtida pela instituição é multiplicada em percentual pelo valor do incentivo a ser recebido. Ou seja, se a instituição pontuou 70%, ela receberá apenas 70% do incentivo previsto (de no máximo 1% do valor do orçamento). O incentivo financeiro obtido só poderá ser usado em investimento na instituição (como reformas ou treinamentos). Este valor não pode ser revertido em remuneração financeira aos funcionários ou dirigentes, mas normalmente os diretores revertem parte desses bônus em benefícios para a equipe, como reforma dos refeitórios, troca de computadores, aquisição de máquina de café, capacitação ou outros. Normalmente as unidades discutem com seu corpo de funcionários, de forma coletiva, como usarão o bônus, e entende-se que esta tem sido a melhor maneira de incentivar o funcionário. Algumas unidades definem qual o percentual do bônus que será sempre gasto com melhorias para os funcionários e qual percentual será investido na instituição. O diretor de cada unidade tem autonomia para gastar o recurso como achar mais adequado, desde que siga as regras de licitação do Estado.

Na percepção dos entrevistados da CSS e dos dirigentes dos hospitais, que acompanham de perto a implantação do Contrato Programa, este traz resultados positivos, tais como a redução de gastos nas unidades, a otimização de recursos, o aumento de produtividade, aumento da cobertura populacional, redução da taxa de mortalidade, taxa de cesárea, além de atendimento às queixas de clientes e maior integração dos setores da coordenadoria (finanças, RH e humanização), comissões, agora mais representativas, dos hospitais - de infecção, prontuários, farmácia, óbito. O próximo capítulo trará a análise detalhada do caso e dos resultados apresentados.



## 5. ANÁLISE DE RESULTADOS

Este capítulo está dividido em duas partes principais. Inicia-se pela fase qualitativa da pesquisa, a análise da experiência do Contrato Programa frente aos pontos expostos na literatura de contratualização. Na segunda parte, são detalhados os resultados obtidos na fase quantitativa da pesquisa.

### 5.1. Gestão do Contrato Programa

O Contrato Programa trata-se de um caso de contratualização realizada entre o Estado e entidades da Administração Direta, sem personalidade jurídica própria. Tais formas de contrato não estão sujeitas aos controles contratuais clássicos, como os existentes no Direito Comercial ou no Direito Administrativo, conforme apontado por Di Pietro (1996). De forma resumida, cabe à unidade descentralizada apresentar resultados previamente acordados com o núcleo estratégico de governo, em troca de maior autonomia de gestão, no caso a liberdade de aplicar o acréscimo de 1% no orçamento com melhorias estruturais nos hospitais. Porém, percebe-se pelas entrevistas que a motivação para atingir resultados envolve também questões de outra natureza, não puramente racionais, como o gosto da equipe pelo desafio e o orgulho de apresentar melhores resultados à equipe do hospital e ao núcleo estratégico, no caso a equipe da CSS.

Esta etapa busca avaliar o processo de contratualização, a partir do debate contemporâneo sobre Contratualização de Resultados, apresentado no terceiro capítulo. Em seguida, será feita uma avaliação das consequências não intencionais da mensuração de desempenho e, finalmente, uma análise do grau de rigidez do contrato em si, buscando entender se o Contrato Programa encaixa-se nas características de um contrato relacional, de um contrato tradicional ou trata-se de uma forma híbrida de contrato. Durante as entrevistas foram feitas perguntas relacionadas a cada uma das fases do processo<sup>16</sup>.

De forma resumida, o processo de contratualização está dividido em três partes – a

---

<sup>16</sup> A análise descrita a seguir foi baseada nas entrevistas realizadas com a equipe da CSS, o acompanhamento da reunião periódica de avaliação do Contrato Programa e nas reuniões com os dirigentes dos hospitais contratualizados.

negociação, construção do instrumento e o gerenciamento, como visto na Ilustração 6.

A fase de negociação envolve o planejamento estratégico, a negociação das metas e o mix de indicadores (*outcomes* e *outputs*). Na construção do instrumento, avalia-se a clareza das metas, o sistema de punição e recompensas, incluindo-se os incentivos financeiros e a sistemática de prestação de contas. Já a fase de gerenciamento busca-se analisar a forma de acompanhamento do núcleo estratégico, o foco na melhoria contínua, o processo de comunicação e a existência de cooperação entre as partes.

Na primeira fase, de planejamento estratégico, define-se o nível de serviço a ser entregue pelas unidades. Os indicadores escolhidos para acompanhamento do Contrato Programa foram baseados nos indicadores existentes no contrato de gestão com as OSS. Essa escolha, segundo entrevista realizada em 18/10/2011 com a Coordenadora da CSS, *“foi proposital, para facilitar a comparação entre indicadores, que é planejado para ser realizado futuramente pela SES, com a maturidade do processo nos hospitais da AD”*. Reforçando essa declaração, a Assistente de Coordenador da CSS, entrevistada em 21/10/2011, afirma que *“os indicadores utilizados pelo contrato programa são um retrato dos indicadores utilizados pelas OSS. São os mesmos indicadores, com algumas variações. O objetivo futuramente é o de fazer um painel, para que a SES tenha a mesma informação dos dois modelos. Porém, os dados dos hospitais da AD ainda não são totalmente fidedignos, com exceção daqueles hospitais já inseridos no contrato programa”*.

Em relação à definição das metas, a assistente de coordenador da CSS afirma que *“inicialmente são construídas a partir da série histórica”* (Assistente de Coordenador da CSS, *idem*), mas é levada em consideração a demanda da região. *“Baseado nos indicadores apresentados pelo hospital podem ser tomadas decisões como a mudança de perfil do hospital. Por exemplo, caso uma especialidade apresente baixa taxa de ocupação, questionamos se aquele serviço é o que a região está precisando. Às vezes o diretor não percebe o que está acontecendo, pois está no dia-a-dia, e o papel da CSS é auxiliar no planejamento do hospital”*, (Assistente de Coordenador da CSS, *ib.*)

Quando questionados sobre o nível de negociação existente na definição de metas, a equipe da CSS afirma que *“as metas são todas negociadas, por consenso entre as partes, nada é imposto”*, (Analista Técnico da CSS, entrevistado em 21/10/2011). Na

visão do hospital, o Diretor Técnico do Hospital de Osasco também entende que a definição de metas seja feita em comum acordo, mas é uma negociação intensa, pois o hospital precisa apresentar dados muito consistentes para a CSS alterar a meta inicialmente proposta. “*os indicadores de produção são arduamente negociados, pois muitas vezes o que a CSS acredita ser uma meta razoável, não é possível de ser atendida com a estrutura existente*”, (Diretor Técnico do Hospital de Osasco, entrevistado em 02/12/2011).

Para problemas crônicos, como a falta de médicos de determinada especialidade, são solicitados relatórios explicativos ao hospital e é feito o aditamento do contrato, quando procedente. O Diretor Técnico do Hospital de Osasco afirma que no começo do contrato, até que a equipe do hospital entendesse o propósito de melhoria do Contrato Programa, as reuniões eram muito duras e tensas, mas hoje, passados dois anos, essa negociação ocorre de forma mais natural e há um clima de respeito mútuo e aprendizado entre as equipes.

Na fase inicial de contrato, apenas os indicadores de produção são acompanhados, como o número de atendimento por serviço (em Pronto Atendimento, Consulta Ambulatorial, Número de Partos, Número de Cirurgias, entre outros). A partir do segundo ano de acompanhamento, o *mix* de indicadores é balanceado entre os do tipo *output* e *outcome*. Na segunda fase, além dos indicadores de produção, são acrescidos os indicadores de processo, como o Tempo Médio de Permanência, Taxa de Rotatividade do Leito e Taxa de Ocupação, indicadores de resultado como a Taxa de Mortalidade Institucional, além de indicadores de qualidade, como Não Conformidade da Administração de Medicamentos pela Enfermagem ou Índice de Úlcera por Pressão. A CSS acompanha outras iniciativas, através do Contrato Programa, como a implantação das comissões hospitalares, como as de óbito e prontuários.

Em uma instituição onde o CP já está consolidado, são 20 a 30 itens acompanhados, entre indicadores de produção e produtividade, indicadores de qualidade, processo de melhoria da informação e processo de melhoria do controle financeiro (Anexo 6). A literatura indica que é preciso haver clareza nas metas e que os indicadores não podem ser muitos, de forma que fique claro à instituição quais objetivos a serem perseguidos. Quando questionado sobre a clareza e número de metas, o Diretor Técnico do Hospital de Osasco argumenta que “*os indicadores do contrato programa são clássicos no setor,*

*nada que seja novidade aos hospitais. O que o Contrato Programa trouxe foi um maior consenso na forma de mensuração dos indicadores e uma obrigatoriedade na sistematização dos mesmos. Hoje estão claros para minha equipe quais os objetivos que precisamos seguir*". Entende-se portanto que o Contrato Programa traduz claramente os objetivos à equipe.

Quanto ao sistema de punição e recompensas, a literatura indica que as organizações públicas respondem melhor às recompensas financeiras repassadas à organização como um todo e não individualmente. Por mais que a existência de incentivos financeiros esteja vinculada a presença de *gaming* em algumas situações (Johnsen & Vakkuri, 2006), entende-se que no caso do Contrato Programa, onde não existem sanções como a perda do contrato, como no caso das OSS, é importante haver algum incentivo externo para o alcance dos resultados. Como o incentivo é utilizado para melhorias estruturais no hospital, e muitas vezes revertido em benefício dos funcionários, há uma maior motivação para que os resultados do contrato sejam alcançados. *"No início, o CP era visto como algo restrito à alta administração, mas depois que renovamos nosso mobiliário de escritório e computadores com a primeira bonificação, há um interesse crescente de todos os funcionários em saber se estamos atingindo as metas acordadas"* (Diretor Técnico do Hospital de Osasco, idem).

Como a literatura alerta para o risco de comportamentos inadequados nos casos onde há incentivos financeiros envolvidos, foi perguntado na entrevista com a CSS se havia alguma chance de manipulação de dados por parte dos hospitais. Segundo as informações da CSS, os indicadores são acompanhados de forma muito próxima, são auditados e há espaço para debater os resultados dos indicadores e chegam inclusive a discutir formas de melhorar os processos internos de forma a alcançar os resultados desejados. O Diretor Técnico do Hospital Osasco é do mesmo o posicionamento, ele afirma que nos casos em que teve que alterar a meta, argumentou com a CSS, que aditou o contrato e procedeu com a alteração para o próximo período<sup>17</sup>.

Considerando a matriz apresentada por Van Doreen (2008), em que ele classifica os sistemas de mensuração de desempenho conforme sua propensão ao *gaming* (Ilustração

---

<sup>17</sup> O caso relatado diz respeito à redução do número de leitos operacionais, motivado por reforma da instituição. A redução no número de leitos afeta a taxa de mortalidade e a unidade não conseguiria atingir a meta estipulada. O Diretor argumentou com a CSS que o número de óbitos no hospital é constante, em torno de 50 óbitos por mês e está relacionado às características do pronto socorro da instituição.

9), indo do sistema de Aprendizado, com baixa pressão e baixa propensão ao *gaming*, passando pelo sistema de Gestão e culminando com o sistema de *Accountability*, onde há alta pressão e alta probabilidade de *gaming*, o Contrato Programa pode ser posicionado como um sistema mensuração de desempenho por “Gestão”, com média pressão e média propensão a *gaming*. Isso porque há uma preocupação com aprendizado e com a melhoria contínua, há espaço para debates, mas não é um sistema de auto-controle. Existe a necessidade e cobrança em responder continuamente para o núcleo central, representado pela equipe da CSS.

Vale salientar que a busca por melhores resultados nos hospitais da Administração Direta carrega um componente ideológico, presente nas entrelinhas das entrevistas, de defesa do modelo de AD, principalmente quando se busca comparação com as OSS. Portanto, é importante para a CSS acompanhar de perto os resultados dos hospitais contratualizados, introduzindo um componente de pressão no sistema, pois ao apresentarem melhores resultados o modelo AD como um todo se fortalece.

Já no caso das OSS, os casos de *gaming* são mais frequentes. Há um componente de desconfiança na relação entre Estado e OSS, característica de contratos feitos com terceiros, de um lado o Estado com receio de que a OSS não entregue o serviço ao qual se propôs e do outro a OSS temendo não receber o valor relativo ao seu orçamento. O sistema de mensuração de desempenho nas OSS pode ser classificado como do tipo “*Accountability*”, pois é utilizado para demonstrar para órgãos externos o que está sendo produzido. Em entrevista com o Secretário Adjunto de Saúde (realizada em 13/10/2011) e com a Assistente de Coordenador da CSS (entrevistada em 21/10/2011) ambos sugerem que é possível que exista a tentativa das OSS de atingir a meta a qualquer custo, pois sentem um aumento na demanda de alguns serviços que seriam de obrigação da Prefeitura, como nas consultas ambulatoriais, mas que estão sendo absorvidos pelos hospitais estaduais gerenciados por OSS que precisam cumprir a meta de consultas. Outro exemplo seria a recusa do atendimento por parte da OSS quando já atingiram a meta estipulada pelo contrato, “*desviando pacientes para hospitais da Administração Direta, que recebem muitos pacientes redirecionados das OSS, principalmente no final do mês*”, (Diretor Técnico do Hospital de Osasco, entrevistado em 02/12/2011).

É esperado que os hospitais da AD apresentem menor propensão a *gaming* em relação às OSS. A pressão para resultados no caso das OSS é maior e as sanções no caso de não

cumprimento das metas incluem a perda do contrato. O Superintendente da SPD (OSS), entrevistado em 19/09/2011 afirma que *“o contrato é exaustivo, traz uma série de regras a serem cumpridas pela entidade. Se a OSS não cumprir a meta, o Tribunal de Contas do Estado (TCE) aponta o resultado e aciona a SES imediatamente. O TCE também acompanha a execução das metas atua como um auditor do contrato, inclusive checando atas de reunião que deveriam ser realizadas. A gestão pelo ente estatal (TCE e SES) é muito importante para aferição e controle das atividades, inclusive o acompanhamento financeiro.”* Para os contratos de gestão com as OSS o sistema é de acompanhamento de execução de contrato.

No caso dos hospitais da AD, o clima de acompanhamento do contrato é de aprendizado, pois há interesse de ambas as partes em apresentar melhores resultados. O Contrato Programa é utilizado como uma ferramenta para avaliação de tomada de decisão. Porém, o contrato programa é bem extenso, explicita de forma detalhada cada aspecto a ser cumprido pelo hospital e a cada alteração de meta é feito um aditamento formal do contrato. *“O clima é de aprendizado, mas o hospital precisa sentir que tem um resultado a apresentar”*, (Assistente de Coordenador da CSS, ib.).

Como visto na literatura, nos casos em que o contrato é feito com terceiros, é mais comum o uso de contratos tradicionais mais rígidos, ou exaustivos, para seguir a palavra do Superintendente da SPD. É uma relação de troca de serviços por recursos, onde há pouco espaço para o aprendizado, e este não é um componente valorizado. Para os hospitais da AD, no Contrato Programa é possível identificar elementos tanto de um contrato tradicional quanto de relacional e, portanto, pode ser considerada uma forma híbrida de contrato. Assim como em um contrato relacional há um componente de confiança mútua e aprendizado entre as partes, ao mesmo tempo em que é muito detalhado e para qualquer alteração é feito aditamento formal, como ocorre em um contrato tradicional. É um sistema onde há um acompanhamento contínuo do núcleo estratégico de governo, o que poderia ser considerado uma imposição por “terceiros”<sup>18</sup>, mesmo porque ainda não está suficientemente maduro para o autocontrole. Porém, não apresentam sanções e não são aplicáveis por lei, mas o custo de renúncia ao contrato é suficientemente grande para que as partes não queiram interrompe-lo.

---

<sup>18</sup> A palavra “terceiros” aparece entre aspas, pois há cobrança de membros externos ao hospital, mas de mesma personalidade jurídica.

A Assistente de Coordenador da CSS (entrevistada em 21/10/2011) afirma que “*sem dúvida o Contrato Programa é uma estratégia que, associada às demais práticas da coordenação, trouxe ótimos resultados. O bom resultado da implantação do Contrato Programa deve-se a uma somatória de fatores, como, por exemplo, gestão de RH e sistema de informação confiável, que, juntamente com um preparo central, alcançou um resultado positivo e bem relevante, pois a percepção que temos é de que os hospitais produzem mais e são mais efetivos*”. Porém, há casos onde o Contrato Programa traz melhores resultados que outros, em geral onde os gestores conseguem envolver suas equipes no projeto. Nesses casos há um acompanhamento mais intenso por parte da CSS, pois há interesse que todos os hospitais apresentem melhor resultado. Este poderia ser tema de uma pesquisa futura, tentando entender as razões pelas quais alguns hospitais desempenham melhor que outros, dados os mesmos incentivos.

A próxima seção deste capítulo é dedicada a entender se a percepção da Assistente de Coordenador da CSS se confirma ao se analisarem os dados disponíveis, sem entrar no mérito do desempenho individual de cada unidade hospitalar. O objetivo será entender se o grupo de hospitais que aderiram ao Contrato Programa apresenta comportamento diferenciado em relação ao desempenho.

## 5.2. Análise Horizontal

Para a análise horizontal, foram avaliadas as médias anuais das variáveis: Índice de Satisfação; Taxa de ocupação mensal média; Tempo médio de permanência; Pacientes/dia; Taxa de rotatividade, e Taxa de mortalidade, no período entre 2007 e 2011. O sentido das variáveis está indicado no Quadro 23 abaixo:

**Quadro 23. Sentido das variáveis**

<b>Indicador</b>	<b>Sentido</b>
Índice de Satisfação	↑ <b>Maior, Melhor</b>
Taxa de ocupação mensal média	↑ <b>Maior, Melhor</b>
Tempo médio de permanência	↓ <b>Menor, melhor</b>
Pacientes/dia	↑ <b>Maior, melhor</b>
Taxa de rotatividade	↑ <b>Maior, melhor</b>
Taxa de mortalidade	↓ <b>Menor, melhor</b>

Fonte: Elaborado pela autora.

O estudo se inicia pelo Quadro 24, a partir de uma avaliação geral – sem diferenças entre os grupos. Essa avaliação busca se observar como foi o comportamento das médias das variáveis.

**Quadro 24. Comportamento das variáveis em dos dois grupos considerados conjuntamente entre 2007 e 2011.**

<b>Comportamento dos dois grupos entre 2007 e 2011</b>			
<b>Variáveis</b>	<b>Média em 2007</b>	<b>Média em 2011</b>	<b>Variação</b>
satisfação	7.29	7.40	1.46%
taxa de ocupação mensal média	77.91	76.96	-1.22%
tempo médio de permanência	6.86	6.17	-10.11%
pacientes/dias	4646.98	4355.46	-6.27%
taxa de rotatividade	3.83	3.94	-2.57%
taxa de mortalidade	5.03	4.46	-11.32%

Fonte: Elaborado pela autora.

O Quadro 24 indica uma melhora em todas as variáveis, com exceção da taxa de satisfação. Dentre elas, a maior variação é verificada na taxa de mortalidade (-11,32%



de variação). A partir da análise dos grupos – com contrato e sem contrato – pode-se avaliar se existe algum grupo que guia o comportamento observado das variáveis na análise conjunta. Pode-se observar a diferença entre os grupos nos Quadros 25 e 26.

**Quadro 25. Comportamento das variáveis do grupo sem contrato entre 2007 e 2011.**

Comportamento do grupo sem contrato entre 2007 e 2011			
Variáveis	Média em 2007	Média em 2011	Variacao
satisfação	7.29	7.63	6.13%
taxa de ocupação mensal média	77.91	71.75	-7.91%
tempo médio de permanência	6.86	6.78	-1.18%
pacientes/dias	4646.98	3879.41	-16.51%
taxa de rotatividade	3.83	3.09	-19.45%
taxa de mortalidade	5.03	5.02	-0.17%

Fonte: Elaborado pela autora.

**Quadro 26. Comportamento das variáveis do grupo com contrato entre 2007 e 2011.**

Comportamento do grupo com contrato entre 2007 e 2011			
Variáveis	Média em 2007	Média em 2011	Variacao
satisfação	6.98	7.07	1.16%
taxa de ocupação mensal média	80.53	81.42	1.10%
tempo médio de permanência	6.31	5.64	-10.65%
pacientes/dias	4776.86	4763.50	-0.27%
taxa de rotatividade	4.18	4.66	11.27%
taxa de mortalidade	4.37	3.98	-9.10%

Fonte: Elaborado pela autora.

O Quadro 25 descreve o comportamento no grupo dos hospitais que não possuem contrato, enquanto o Quadro 26 analisa o grupo dos hospitais com contrato. Pode-se observar que, com exceção à taxa de satisfação, todas as demais variáveis tiveram maior variação de desempenho nos grupos contratualizados. As maiores variações de desempenho entre os dois grupos dizem respeito à taxa de rotatividade, com um decréscimo de quase 20% nos hospitais sem contrato, e um acréscimo de mais de 11% nos hospitais contratualizados, além de uma redução de quase 10% na taxa de mortalidade nos hospitais que aderiram ao CP, enquanto se manteve estável nos demais hospitais. Houve ainda um decréscimo de mais de 10% no tempo médio de permanência nos hospitais contratualizados, enquanto que nos demais se manteve praticamente estável. O Quadro 27 abaixo resume a variação de desempenho nos dois grupos.

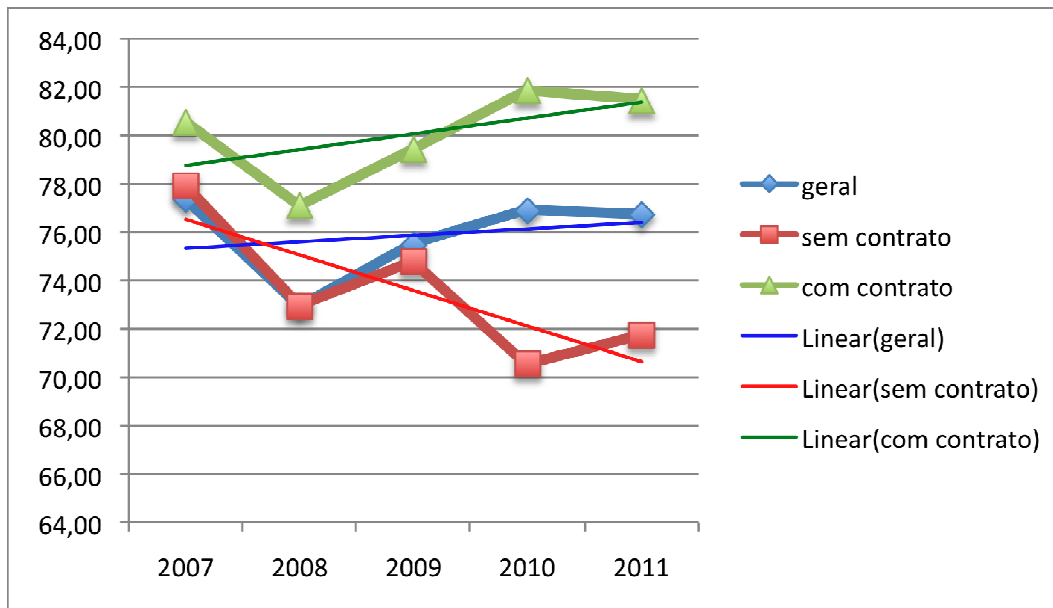
**Quadro 27. Variação de desempenho nos grupos com e sem contrato**

<b>Indicador</b>	<b>Sem Contrato</b>	<b>Com Contrato</b>	<b>Sentido</b>
Satisfação	<b>6.13%</b>	<b>1.16%</b>	↑
Taxa de ocupação mensal média	<b>-7.91%</b>	<b>1.10%</b>	↑↓
Tempo médio de permanência	<b>-1.18%</b>	<b>-10.65%</b>	↓
Pacientes/dia	<b>-16.51%</b>	<b>-0.27%</b>	↑
Taxa de rotatividade	<b>-19.45%</b>	<b>11.27%</b>	↑↓
Taxa de mortalidade	<b>-0.17%</b>	<b>-9.10%</b>	↓

**Fonte: Elaborado pela autora.**

A variação dos indicadores de cada hospital está detalhada no Anexo 3. Cabe ressaltar que não é objetivo deste trabalho uma análise individual dos hospitais, pois busca-se entender como foi a evolução estatística dos grupos. Recomenda-se um novo estudo, a partir das diferenças observadas individualmente, para entender as razões pelas quais um determinado hospital possui variações de desempenho diferente do comportamento do grupo.

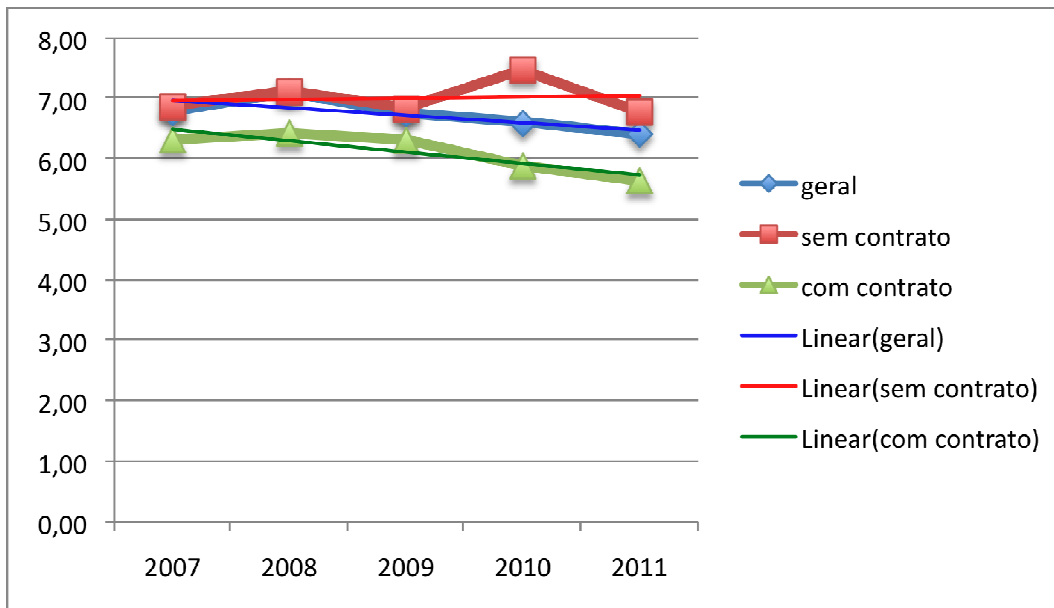
Para se analisar cada variável apresentada utilizam-se os Gráficos 1 a 7. Dessa forma é possível entender como os indicadores variaram no período 2007 a 2011, observando-se um padrão de comportamento dos grupos com e sem contrato.

**Gráfico 1. Comportamento da taxa média de ocupação mensal entre 2007 e 2011.**

Fonte: Elaborado pela autora.

Os Quadros 24, 25 e 26 mostram que a variável taxa média de ocupação apresenta variações de -1,22% (geral ou grupos analisados conjuntamente), -7,91% (grupos sem contrato) e 1,10% (grupo com contrato) entre 2007 e 2011. Já o Gráfico 1 mostra o comportamento ao longo da série e a tendência de cada um dos grupos. Observa-se que o grupo dos hospitais sem contrato apresenta uma tendência de queda e o grupo dos hospitais contratados tende a uma taxa de ocupação média crescente com o passar do tempo. Observa-se ainda que ambos os grupos apresentam pontos de partida próximos, porém há um distanciamento entre os grupos a partir de 2009, ano em que os contratos passam a entrar em vigor.

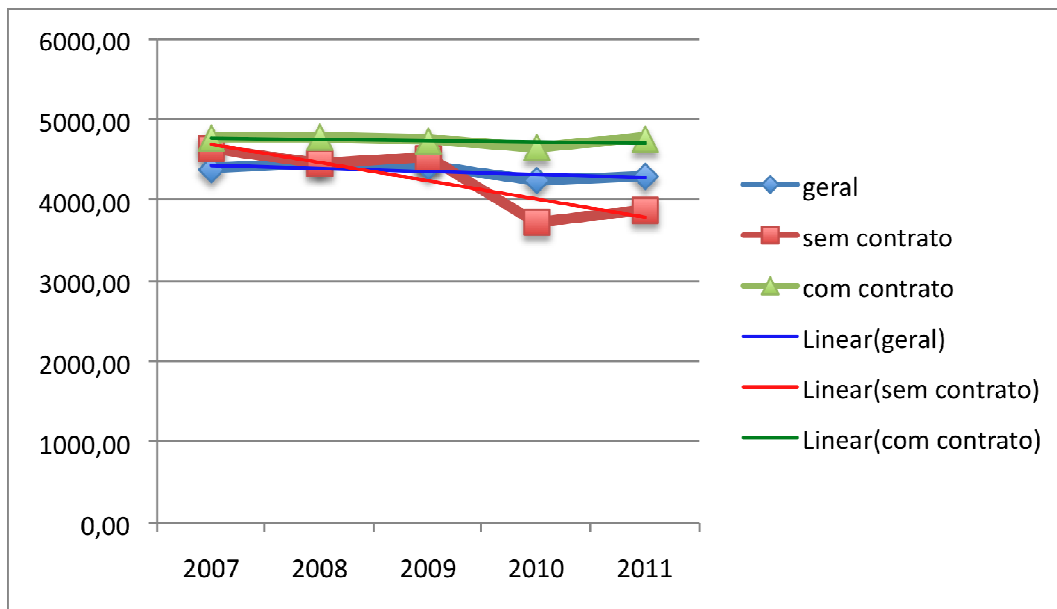
**Gráfico 2. Comportamento do tempo médio de permanência entre 2007 e 2011.**



Fonte: Elaborado pela autora.

Os Quadros 24, 25 e 26 mostram que a variável tempo médio de permanência apresenta variações de -10,11% (geral ou grupos analisados conjuntamente), -1,18% (grupos sem contrato) e -10,65% (grupo com contrato) entre 2007 e 2011. Já o Gráfico 2 mostra o comportamento ao longo da série e a tendência de cada um dos grupos. Embora graficamente não se observe diferença significativa entre as variáveis, existe diferença na tendência. Enquanto o grupo sem contrato, refletindo a pequena variação observada no Quadro 25, apresenta estabilidade no comportamento do tempo médio de permanência, o grupo com contrato apresenta queda. Novamente, é importante notar que os grupos partem de um ponto comum e se distanciam com o passar do tempo.

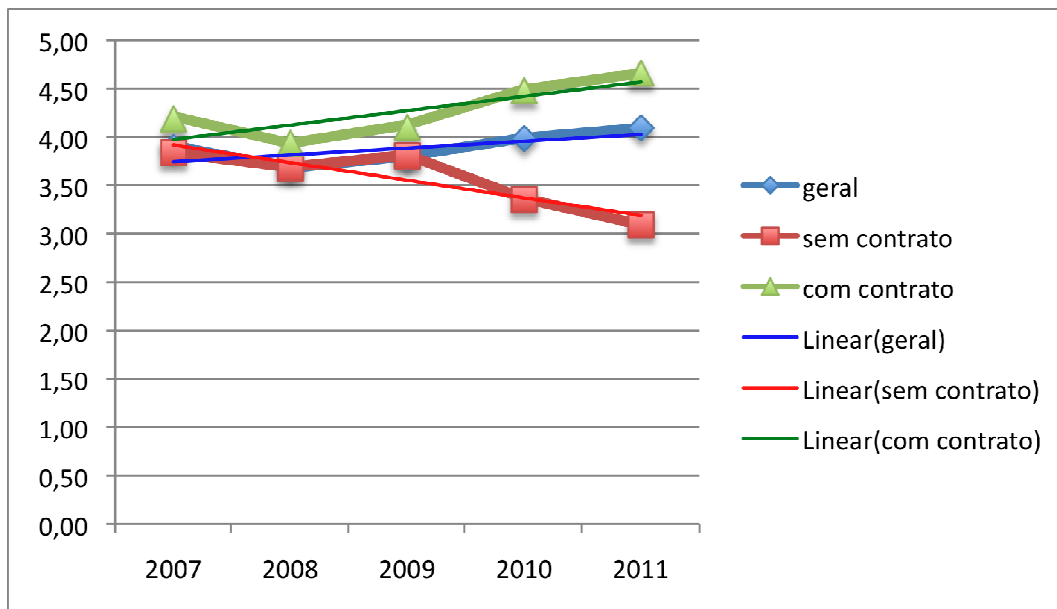
**Gráfico 3. Comportamento do número de pacientes/dia entre 2007 e 2011.**



Fonte: Elaborado pela autora.

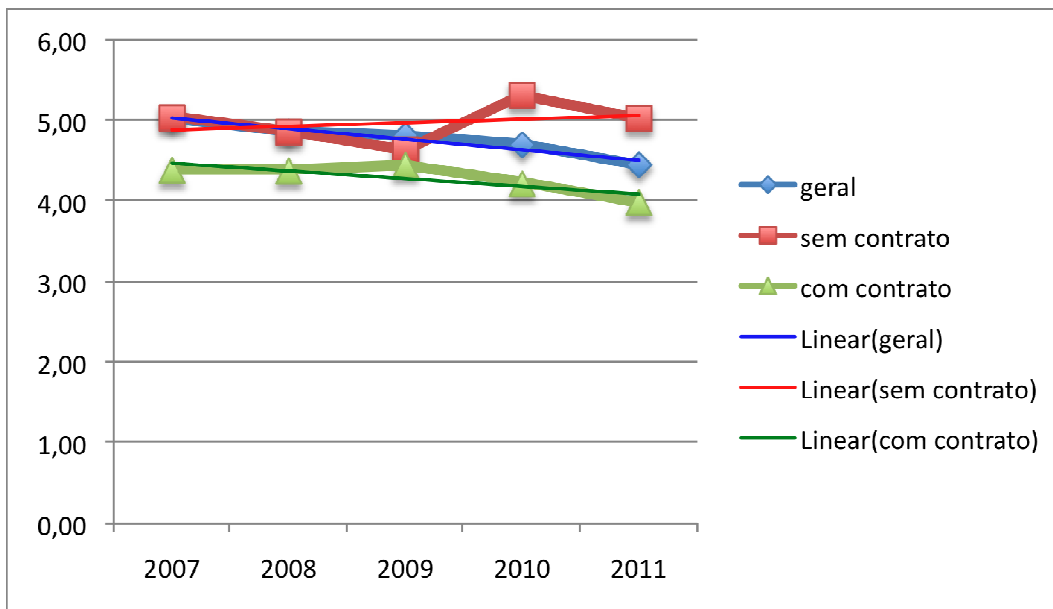
Os Quadros 24, 25 e 26 mostram que a variável pacientes/dia apresenta variações de -6,27% (geral ou grupos analisados conjuntamente), -16,51% (grupos sem contrato) e -0,27% (grupo com contrato) entre 2007 e 2011. Já o Gráfico 3 mostra o comportamento ao longo da série e a tendência de cada um dos grupos. Os grupos com contrato mostram estabilidade no comportamento da série, embora o último tenha um viés negativo. Todavia, o grupo sem contrato indica tendência de queda na variável, justificada pela queda de 16,51% entre 2007 e 2011.

**Gráfico 4. Comportamento da taxa de rotatividade entre 2007 e 2011.**



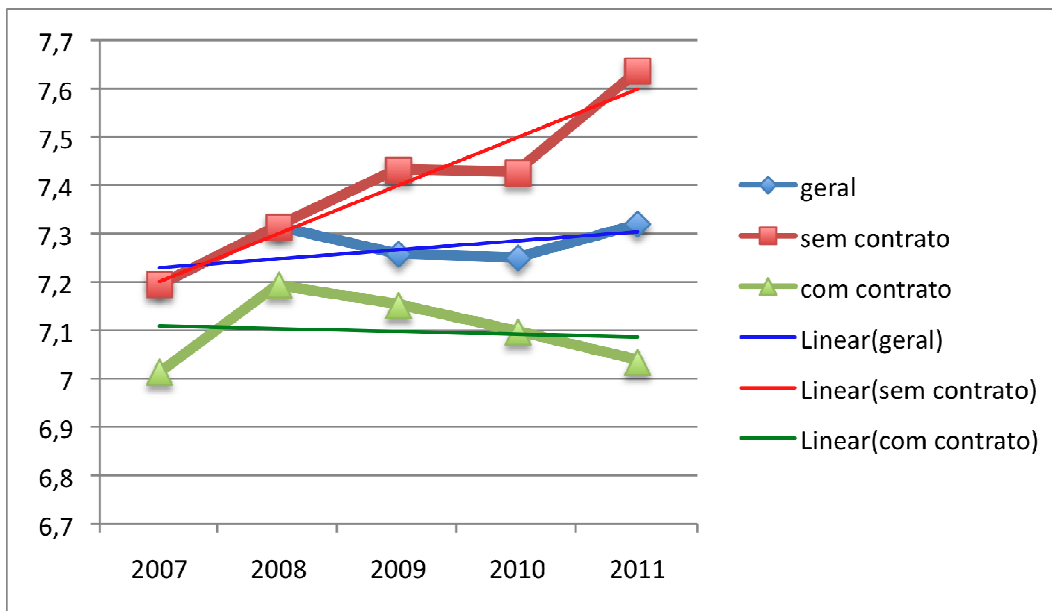
Fonte: Elaborado pela autora.

As Quadros 24, 25 e 26 mostram que a variável taxa de rotatividade apresenta variações de -11,32% (geral ou grupos analisados conjuntamente), -19,45% (grupos sem contrato) e 11,27% (grupo com contrato) entre 2007 e 2011. Já o Gráfico 4 mostra o comportamento ao longo da série e a tendência de cada um dos grupos. O grupo com contrato apresenta tendência de crescimento entre 2007 e 2011. Já o grupo sem contrato – que apresenta a maior variação observada entre todos os grupos para todas as variáveis – tem forte tendência de queda na variável. Novamente, a separação entre os dois grupos coincide com a adesão ao Contrato Programa.

**Gráfico 5. Comportamento da taxa de mortalidade entre 2007 e 2011.**

**Fonte:** Elaborado pela autora.

As Quadros 24, 25 e 26 mostram que a variável taxa de mortalidade apresenta variações de -2,57% (geral ou grupos analisados conjuntamente), -0,27% (grupos sem contrato) e -9,10% (grupo com contrato) entre 2007 e 2011. Já o Gráfico 5 mostra o comportamento ao longo da série e a tendência de cada um dos grupos. O grupo sem contrato apresenta estabilidade na taxa de mortalidade, graças a variação quase nula – menor entre todos os grupos e todas as variáveis – observada entre 2007 e 2011. Já grupo com contrato apresenta queda na taxa de mortalidade no período analisado.

**Gráfico 6. Comportamento da satisfação mensal entre 2007 e 2011.**

Fonte: Elaborado pela autora.

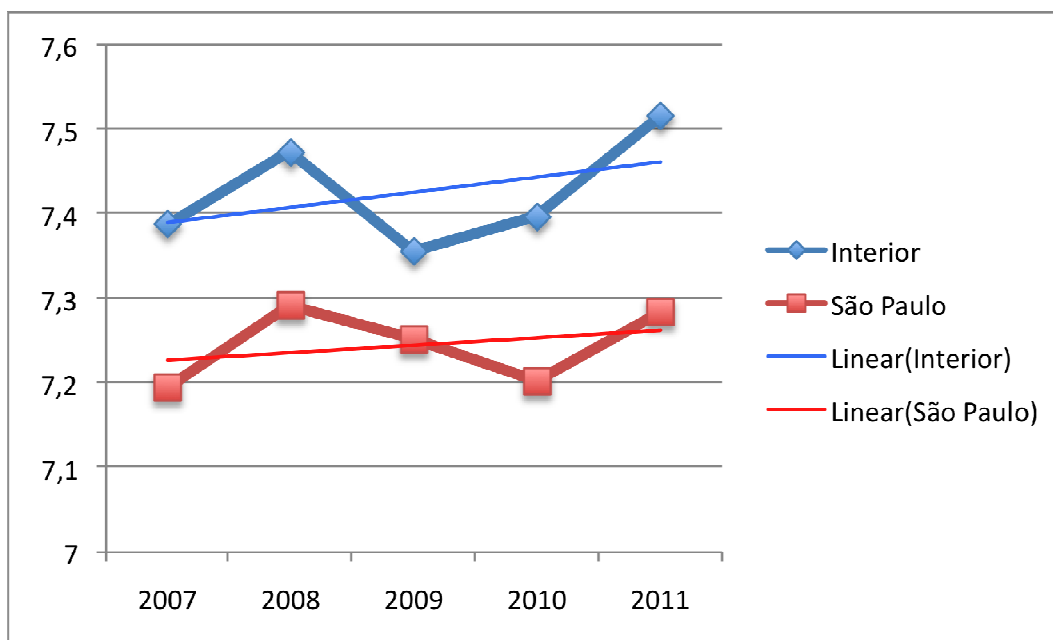
Os Quadros 24, 25 e 26 mostram que a variável satisfação apresenta variações de 1,46% (geral ou grupos analisados conjuntamente), 6,13% (grupos sem contrato) e 1,16% (grupo com contrato) entre 2007 e 2011. Já o Gráfico 6 mostra o comportamento ao longo da série e a tendência de cada um dos grupos. Observa-se que o grupo dos hospitais sem contrato mostra tendência de crescimento da satisfação. Já o grupo dos hospitais contratados mostra uma tendência de maior estabilidade. Entretanto é importante considerar que as diferenças de níveis entre os grupos não são elevadas, o que minimiza as especificidades de cada um deles.

Também fez-se diferentes testes de diferença de médias. Tais testes permitem confirmar estatisticamente se as tendências observadas no Gráfico 6 são iguais ou diferentes entre si, já que visual e numericamente elas são parecidas. Para o teste de diferenças de medias envolvendo os grupos com e sem contrato a estatística t foi de 1,93. Esses valores indicam que a 1% de significância todas as tendências/médias são estatisticamente iguais; a 5% de significância as tendências/médias dos grupos com e sem contrato são iguais, assim como as tendências/médias dos grupos geral e sem contrato; a 10% de significância apenas a média/tendência dos grupos geral e sem contrato são iguais. Dessa forma, percebe-se que estatisticamente as tendências/médias caminham para a igualdade.



Porém este seria um ponto que merece um estudo mais aprofundado, pois é o único indicador onde o grupo de hospitais com contrato se diferencia dos demais. Uma hipótese levantada pela analista técnica do Programa Conte Comigo (em entrevista realizada em 21/12/2011), diz respeito à diferença de satisfação observada nos hospitais do interior, que em geral apresentam maior satisfação em relação aos localizados na região metropolitana. Para verificar essa suposição, levantou-se o comportamento dos dois grupos (interior e região metropolitana), que será apresentado a seguir.

**Gráfico 7. Comportamento da satisfação mensal para o interior e para a região metropolitana de São Paulo entre 2007 e 2011.**



**Fonte:** Elaborado pela autora.

O Gráfico 7 retrata o comportamento da satisfação dentro da região metropolitana de São Paulo e no interior do estado entre 2007 e 2011. Ambas apresentam tendência de crescimento, embora os hospitais do interior estejam em um nível mais elevado. Como em sua maioria, os hospitais contratualizados encontram-se localizados na região metropolitana, é possível que tenha enviesado a amostra.

Ainda, os dados de satisfação são muito particulares de cada hospital e dependem muito

do público atendido, nem sempre vinculados à qualidade técnica do hospital. Segundo informações obtidas pela analista técnica do Programa Conte Comigo (idem), os hospitais do interior, por exemplo, nem sempre apresentam qualidade técnica satisfatória, mas apresentam um alto índice de satisfação. Esse fenômeno ocorre basicamente por dois motivos – falta de opção e proximidade dos funcionários (parentes, vizinhos, etc). Portanto, o índice de satisfação será utilizado apenas para a análise horizontal.

Por fim é feita uma análise da taxa de infecção por cateter central. Essa análise é feita separadamente porque diferentemente das outras variáveis a taxa de infecção está disponível para o período entre 2007 a 2010. É importante destacar que, no período 2004 a 2010, segundo levantamento realizado pela CVE, não houve redução nas taxas de infecção de corrente sanguínea associada a cateter venoso central, e tampouco há a correta coleta de dados para aferição do indicador. Porém, como os dados de infecção foram enviados pela equipe da CVE, é importante mencioná-los, por mais que a análise esteja prejudicada pelos motivos expostos.

A medida tomada pela SES foi a implantação, em março de 2011, do Projeto Estadual de Redução de ICS associada à CVC em uma amostra de UTI de hospitais voluntários. O projeto visa reduzir as taxas com a aplicação de indicadores de processo e medidas de intervenção (Assis, Madalosso, Ferreira, & Yassuda, 2011). O processo ainda é muito recente para trazer resultados concretos na taxa de infecção, mesmo porque os dados de infecção utilizados são do período 2007-2010, pois os dados de 2011 ainda não estão disponíveis.

O Quadro 28 a seguir apresenta os indicadores enviados pela CVE. Conforme solicitação da CVE, os nomes dos hospitais foram suprimidos e a sequência alterada, pois não é política do órgão divulgar dados individualmente, com a identificação do hospital. Sabemos apenas quais unidades fazem parte do Contrato Programa.

**Quadro 28. Taxa de Infecção de Corrente Sanguínea por Cateter Central em hospitais com e sem contrato**

Unidade	Contrato-Programa	Taxas agregadas anuais			
		IPCS2007	IPCS2008	IPCS2009	IPCS2010
<b>Hospital A</b>	Contratado	5.56	4.61	4.86	5.07
<b>Hospital B</b>	Contratado	12.1	3.7	7.48	1.07
<b>Hospital C</b>	Não contratado	25.52	12.54	15.19	27.52
<b>Hospital D</b>	Não contratado	6.42	5.16	5.37	6.65
<b>Hospital E</b>	Não contratado	3.44	9.34	7.47	1.04
<b>Hospital F</b>	Não contratado		5.95	5.79	6.87
<b>Hospital G</b>	Não contratado	15.71	16.95	11.06	10.15
<b>Hospital H</b>	Contratado	14.59		41.25	13.45
<b>Hospital I</b>	Contratado	8.57	10.8	11.53	14.8
<b>Hospital J</b>	Contratado	24.03	16.52	29.5	27.52
<b>Hospital K</b>	Não contratado	4.43	1.32	1.5	3.63
<b>Hospital L</b>	Contratado				
<b>Hospital M</b>	Não contratado	0	0.6	1.64	1.98
<b>Hospital N</b>	Contratado				
<b>Hospital O</b>	Contratado	4.38	5.28	6.24	10.21
<b>Hospital P</b>	Não contratado				
<b>Hospital Q</b>	Contratado	7.41	7.02	5.89	6.87
<b>Hospital R</b>	Contratado	28.99	27.05	42.46	27.07
<b>Hospital S</b>	Contratado	4.77	14.86	7.66	12.93
<b>Hospital T</b>	Não contratado				
<b>Hospital U</b>	Não contratado			3.08	7.26
<b>Hospital V</b>	Contratado	3.87	1.46	9	6.84
<b>Hospital W</b>	Contratado	14.78	13.7	13.84	12.64
<b>Hospital X</b>	Não contratado	3.55	1.05	2.68	3.52
<b>Hospital Z</b>	Contratado	12.94	44.41	21.25	24.08

Fonte: Arquivo disponibilizado pela CVE por email em 04/01/2012.

Como pode ser observado, não há padrão de comportamento desta variável na maioria dos hospitais. Muitas vezes os dados são inexistentes (Hospitais F, H,U) e chegam a triplicar de um ano para outro, voltando ao patamar anterior no ano seguinte (Hospitais B, E, H, J, K, R, S, Z). Este seria um tema para um estudo futuro, após um período de maturação do Projeto Estadual de Redução de ICS, para avaliar não só se há diferença entre grupos contratados e não contratados, mas também para aferir o resultado do projeto.

### 5.3. Análise de Regressão

O principal objetivo desta fase é testar, através de uma análise econométrica, se a variável de tratamento Contrato Programa (CP) é significativa para explicar variações no resultado de impacto, representado pela taxa de mortalidade. Os demais indicadores são variáveis de controle (número de leitos, taxa de ocupação, tempo médio de permanência e índice de rotatividade).

$$Resultados_{it} = a_0 + a_1 Estrutura_{it} + a_2 Processo_{it} + a_3 Contrato Programa_{it} + e$$

Ou ainda,

$$Taxa de Mortalidade_{it} = b_0 + b_1 Número de Leitos_{it} + b_2 Taxa de Ocupação_{it} + b_4 Tempo Médio de Permanência_{it} + b_5 Índice de Rotatividade_{it} + b_4 Contrato Programa_{it} + e$$

Depois do teste de todas as combinações possíveis das variáveis, o modelo que apresentou resultados mais consistentes foi o seguinte:

$$Taxa de Mortalidade = 5,14 + 0,01 Número de Leitos - 0,03 Taxa de Ocupação + 0,42 Tempo Médio de Permanência - 0,7 Índice de Rotatividade + 0,85 CP + e$$

O Quadro 29 a seguir resume os resultados conseguidos com a regressão. O quadro mostra o coeficiente de cada variável e seu desvio padrão, assim como o R2 do modelo.

O Quadro 30 apresenta a estatística descritiva das variáveis analisadas.

### Quadro 29. Resultados da Análise de Regressão

	<b>Taxa de mortalidade</b>
<b>Taxa de ocupação</b>	<b>-0.0379**</b> <b>(0.0185)</b>
<b>Leitos</b>	<b>0.0108***</b> <b>(0.0002)</b>
<b>Índice de rotatividade</b>	<b>-0.7064***</b> <b>(0.2082)</b>
<b>Tempo médio de permanência</b>	<b>0.4243***</b> <b>(0.0805)</b>
<b>Contrato Programa (CP)</b>	<b>0.8467*</b> <b>(0.4616)</b>
<b>Constante</b>	<b>5.1404***</b> <b>(1.6682)</b>
<b>Observações</b>	<b>125</b>
<b>R2 ajustado</b>	<b>0,54</b>
Sendo que:	(*) Significante a 10% (**) Significante a 5% e 10% (***) Significante a 1%, 5% e 10%

Fonte: Elaborado pela autora.

### Quadro 30. Estatística Descritiva das Variáveis

	CP	OCUP	ROT	TMP	MORT
<b>Mean</b>	0.269231	76.39903	3.801237	6.660833	4.768590
<b>Median</b>	0.000000	77.00000	3.861250	6.242083	4.482500
<b>Maximum</b>	1.000000	97.53250	6.860000	23.42333	17.98333
<b>Minimum</b>	0.000000	38.92833	0.000000	0.000000	0.000000
<b>Std. Dev.</b>	0.445276	11.37133	1.269356	3.066502	3.206696
<b>Skewness</b>	1.040532	-0.732179	-0.152935	2.122081	0.903732
<b>Kurtosis</b>	2.082707	3.811006	3.537505	11.07060	4.420037
<b>Jarque-Bera</b>	28.01638	15.17790	2.071700	450.3818	28.61858
<b>Probability</b>	0.000001	0.000506	0.354925	0.000000	0.000001
<b>Sum</b>	35.00000	9931.874	494.1608	865.9083	619.9167
<b>Sum Sq. Dev.</b>	25.57692	16680.64	207.8531	1213.043	1326.494
<b>Observations</b>	125	125	125	125	125

Fonte: Elaborado pela autora.

O modelo foi considerado satisfatório, pois a variável de interesse, o Contrato Programa é altamente significativo, assim como as variáveis de controle (todas as variáveis são significativas a 10% de significância). Os sinais se comportam como esperado e o  $R^2$  foi o mais alto alcançado. Os critérios de informação de Akaike (4,43) e Schwarz (4,56) deste modelo estiveram entre os mais baixos dos modelos observados, o que é positivo. Os critérios de informação se baseiam no princípio da parcimônia, ou seja, o melhor modelo é o modelo mais simples (Wooldridge J. , 2009). Na comparação dos diversos modelos testados, valores mais baixos para uma mesma amostra indicam que o modelo é o mais simples possível e aderente à realidade.

O principal resultado desta fase do estudo é que a variável CP é significativa para explicar a mortalidade, que representa o resultado de impacto (*outcome*) de um hospital, com um alto coeficiente.

.

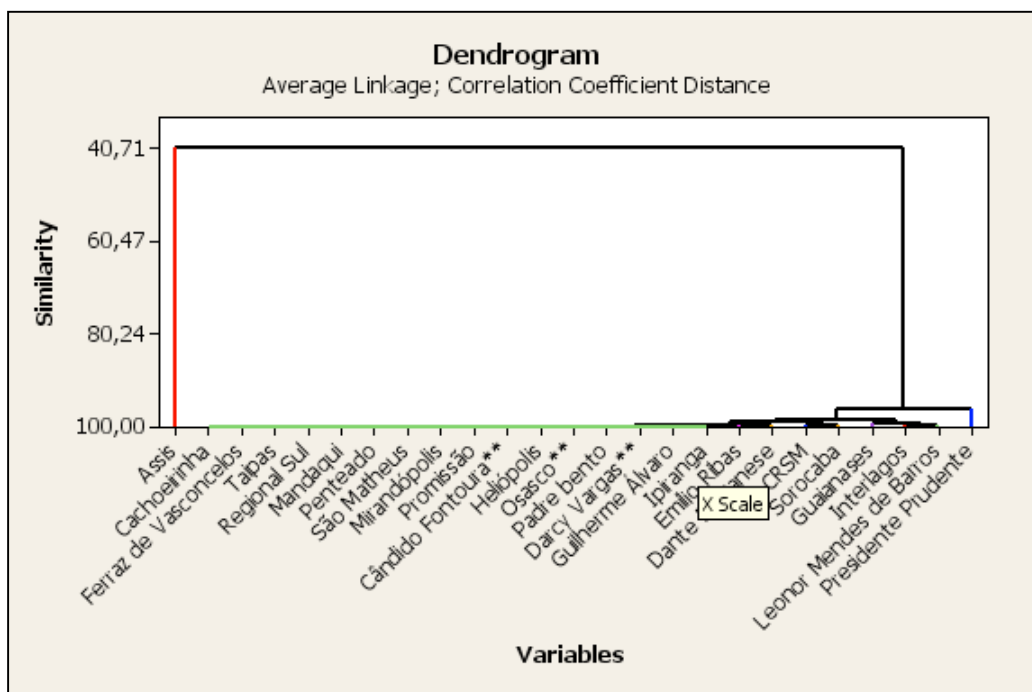
.

#### 5.4. Análise de Eficiência

Antes de iniciar a análise de eficiência, se faz necessário homogeneizar a amostra, buscando identificar hospitais com perfil de internação e porte semelhantes. Para a identificação dos *clusters* foi utilizada a representação gráfica do tipo dendrograma, e foram utilizados os indicadores de volume de internação por tipo de serviço (cirurgia, emergência, pronto atendimento, entre outros), classificação hospitalar do SUS e número de leitos, conforme descrito no capítulo de metodologia.

O Gráfico 8 representa a análise de clusters com todos os hospitais da amostra. Foram identificados dois *outliers*, os hospitais de Assis e Presidente Prudente, ou seja, são unidades cujo perfil e porte são muito díspares do restante da amostra.

**Gráfico 8. Dendrograma para análise de Clusters**

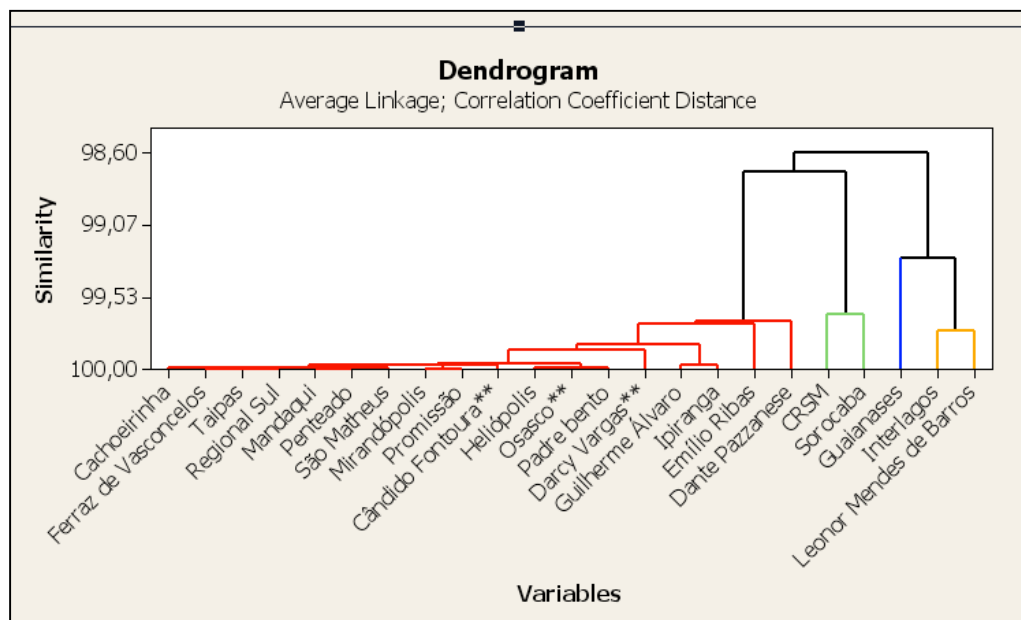


Fonte: Elaborado pela autora.

Retirando-se esses hospitais da amostra, é possível observar no Gráfico 9 a seguir, que todos os hospitais restantes possuem um grau de semelhança de 98,6%. Porém, um grupo se destaca, por possuir semelhança de quase 99,5%, que inclui os 18 hospitais, que vão de Cachoeirinha a Dante Pazzanese no Gráfico 9. Um segundo grupo incluiria

os hospitais de Sorocaba e CRSM e um terceiro, os de Guaianases, Interlagos e Leonor Mendes de Barros, sendo que os dois últimos são ainda mais próximos<sup>19</sup>. Vale salientar que eles são semelhantes tomando por base os indicadores inseridos na análise, de perfil de atendimento e porte, e caso sejam inseridas outras variáveis na análise é possível encontrar outros resultados.

**Gráfico 9. Dendrograma para análise de *Clusters*, excluindo-se *outliers***



**Fonte:** Elaborado pela autora.

Identificados os clusters, para executar a análise da eficiência para os períodos de 2007-2009 e de 2010-2011 foi utilizada a análise envoltória de dados (DEA). Para tanto é utilizada como variável de insumos, um índice construído a partir da taxa de ocupação média mensal; o tempo médio de permanência mensal; o número de pacientes/dia; e a taxa de rotação de leitos mensal. A construção do índice está detalhada no capítulo de metodologia. Como variável de produto é utilizada a taxa de mortalidade mensal.

Nesta etapa foram utilizados apenas os 18 hospitais mais semelhantes entre si segundo a

<sup>19</sup> Um bom indicativo para o resultado da análise de clusters é a de que os hospitais de Interlagos e Leonor Mendes de Barros são hospitais gerais com Ginecologia e Obstetrícia, e foram agrupados como semelhantes entre si e diferentes dos demais.



análise de clusters. São eles Cachoeirinha, Ferraz de Vasconcelos, Taipas, Regional Sul, Mandaqui, Penteado, São Matheus, Mirandópolis, Promissão, Cândido Fontoura, Heliópolis, Osasco, Padre Bento, Darcy Vargas, Guilherme Álvaro, Ipiranga, Emílio Ribas e Dante Pazzanese. Desses hospitais 11 possuem contrato e 7 não possuem.

O Quadro 31 mostra a média da eficiência calculada via análise envoltória de dados para os anos de 2007 e 2009. Já o Quadro 32 mostra como foi a média da eficiência calculada via análise envoltória de dados para os anos de 2010 e 2011, quando já há efeito do contrato nos hospitais contratualizados, onde os hospitais com asterisco representam os contratados e os sem asterisco os não contratados.

**Quadro 31. Média da eficiência calculada via análise envoltória de dados para os anos de 2007 e 2009**

Hospital	Média 2007-2009
Dante Pazzanese	0,93
Regional Sul*	0,93
São Matheus*	0,92
Osasco*	0,92
Emílio Ribas	0,90
Taipas*	0,90
Cândido Fontoura*	0,89
Ferraz de Vasconcelos*	0,88
Ipiranga	0,87
Penteado*	0,87
Mandaqui*	0,86
Mirandópolis	0,86
Promissão	0,85
Cachoeirinha*	0,84
Darcy Vargas	0,83
Padre Bento*	0,82
Heliópolis	0,80
Guilherme Álvaro*	0,80

Fonte: Elaborado pela autora.

**Quadro 32. Média da eficiência calculada via análise envoltória de dados para os anos de 2010 e 2011**

Hospital	Média 2010-2011
Penteado*	0,99
Ferraz de Vasconcelos*	0,99
Osasco*	0,98
Mandaqui*	0,98
Taipas*	0,95
Dante Pazzanese	0,92
São Matheus*	0,91
Regional Sul*	0,90
Guilherme Álvaro*	0,89
Ipiranga	0,87
Cachoeirinha*	0,86
Darcy Vargas	0,86
Cândido Fontoura*	0,86
Emílio Ribas	0,86
Heliópolis	0,86
Mirandópolis	0,86
Padre Bento*	0,86
Promissão	0,86

Fonte: Elaborado pela autora.

O Quadro 32 mostra o avanço dos hospitais contratados em relação ao apresentado no Quadro 31. Nela os 8 primeiros hospitais – sendo que 7 são contratados – alcançaram um índice de eficiência igual ou superior a 90% - considerando que essa porcentagem é baseada no comportamento da amostra. Já o avanço dos hospitais não contratados não foi tão impactante, mesmo assim a média dos dois grupos ficou muito próxima. Os contratados atingiram 0,92 (92% de eficiência relativa) e os não contratados 0,87 (87% de eficiência relativa). Dessa forma a diferença entre ambos foi de 5 pontos percentuais (ou 6,3%) a favor dos hospitais contratados. Como essa diferença não é tão ampla fez-se um teste de diferença de médias para confirmar ou rejeitar a tese de que o grupo dos hospitais contratados foi de fato estatisticamente superior entre os anos de 2010 e 2011.

Como mostra o Quadro 33 a diferença observada é estatisticamente válida. Além da comparação nos anos de 2010 e 2011 entre os dois grupos, também é importante

observar o que aconteceu com cada um deles antes e depois da existência dos contratos. O grupo dos contratados obteve um aumento de 6,3%, saltando de 0,87 (87%) para 0,92 (92%) em termos de eficiência relativa (exatamente a mesma diferença encontrada entre os grupos nos anos de 2010 e 2011) e o Quadro 34 mostra que a 10% de significância essa diferença é estatisticamente válida. Já o grupo dos não contratados apresentou um aumento de 1,16%, saltando de 0,86 (86%) para 0,87 (87%) de eficiência relativa. Entretanto, como mostra o Quadro 35, essa diferença não é estatisticamente relevante.

**Quadro 33. Teste de diferença de médias para os dois grupos analisados**

Teste de diferença de médias
H0: os dois grupos têm a mesma média H1: a média do grupo contratatado é maior
estatística t: 6.68 p-valor: 0%

Fonte: Elaborado pela autora.

**Quadro 34. Teste de diferença de médias para o grupo dos contratados nos períodos 2007-2009 e 2010-2011.**

Teste de diferença de médias
H0: não houve mudança no grupo dos contratados H1: houve mudança
estatística t: 1.83 p-valor: 9%

Fonte: Elaborado pela autora.

**Quadro 35. Teste de diferença de médias para o grupo dos não contratados nos períodos 2007-2009 e 2010-2011**

Teste de diferença de médias
H0: não houve mudança no grupo dos não contratados H1: houve mudança
estatística t: 0.56 p-valor: 59%

Fonte: Elaborado pela autora.

Pode-se então afirmar que houve diferença na eficiência do grupo de hospitais que aderiram ao Contrato Programa, em um curto espaço de tempo, enquanto que no grupo dos hospitais não contratualizados não houve mudança no padrão de desempenho. Como se observa na comparação entre os quadros 33 e 34, a maior parte dos hospitais contratualizados melhorou sua eficiência relativa, enquanto que os demais melhoraram pouco ou mantiveram-se estáveis.

Com os diferentes métodos estatísticos aqui apresentados foi possível avaliar o impacto do Contrato Programa em diferentes aspectos: (1) com a análise horizontal, verificou-se individualmente cada indicador, observando-se o comportamento dos hospitais contratados frente aos não contratados. Para o grupo de contratados, houve melhoria nos indicadores de Taxa de ocupação mensal média; Tempo médio de permanência; Pacientes/dia; Taxa de rotatividade, e Taxa de mortalidade; (2) a regressão multivariada mostra que o Contrato Programa é significativa para explicar variações na taxa de mortalidade, controlando-se pelas demais variáveis, e (3) é possível observar mudanças no padrão de eficiência entre os grupos, sendo que o grupo dos hospitais contratualizados apresentou maior variação de desempenho entre os períodos antes e depois do contrato, considerando-se hospitais semelhantes em perfil e porte. Desta forma, conclui-se que há correlação entre a implantação do Contrato Programa e os resultados apresentados pelos hospitais, pois houve alteração no padrão de comportamento de um dos grupos, justificado pelo tratamento “Contrato Programa, mantendo-se as demais condições constantes entre os dois grupos.

## 6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O principal objetivo desta pesquisa era o de analisar se o contrato de gestão, representada aqui pelo Contrato Programa, impacta positivamente no desempenho da organização, estimulando o aprendizado organizacional, aumentando a coordenação do núcleo estratégico de governo e promovendo incentivos para a melhoria contínua. Nos casos analisados, o processo de contratualização trouxe melhores resultados tanto para os indicadores de processo (*output*), quanto para os de impacto (*outcome*), considerando-se os dados e período analisados. Há evolução positiva de desempenho entre os hospitais contratados quando comparados aos não contratados, sendo que antes da adesão ao contrato todos os hospitais apresentavam desempenho semelhante: eles se diferenciam após o início da vigência do Contrato Programa. Todas as demais condições dos hospitais permanecem constantes, ou seja, não houve outra alteração significativa que tenha afetado apenas um dos grupos, que justifique tal mudança na *performance*.

Como objetivo secundário, buscava-se entender se contratos relacionais, baseados no aprendizado mútuo poderiam minimizar os efeitos não intencionais resultantes da adoção da mensuração de desempenho e da contratualização. O Contrato Programa, da forma como está estabelecido, possui algumas características que o tornam semelhante a contratos do tipo relacional, principalmente por ser utilizado como ferramenta para aprendizagem organizacional; no entanto, outras características o distanciam de um contrato relacional típico, o que leva a considerá-lo preferencialmente como um contrato de tipo híbrido que pelo visto na literatura, tem sido utilizado para os contratos na área de saúde. Este não pode ser considerado um contrato relacional puro, pois o instrumento contratual é bem detalhado e se assemelha ao instrumento utilizado para a contratação das Organizações Sociais de Saúde (OSS) – tradicionalmente mais extenso, por se tratar de contrato com uma terceira parte. O Contrato Programa tampouco é um instrumento de autocontrole, como nos casos mais difundidos de contratos relacionais: os hospitais da administração direta submetidos a este tipo de contratualização devem prestar contas periodicamente dos resultados obtidos ao núcleo estratégico de governo.

Há ainda um fortalecimento do núcleo estratégico de governo, que passa a ter maior controle sobre o planejamento e execução das ações de saúde junto ao ente

descentralizado, no caso o hospital. O vínculo entre os hospitais e a CSS aumenta, na medida em que se reúnem periodicamente para debater os resultados obtidos e negociar metas para o próximo período e a CSS passa a ser um órgão normatizador, difundindo o modelo de gestão por resultados nos diversos hospitais da Administração Direta (AD). Porém, como há uma necessidade de provar que o modelo é eficiente, há uma possibilidade, ainda que remota e não identificada no caso estudado, de que o *gaming* ocorra tanto pelo ente contratado quanto pelo contratante. Nesse caso, tanto o agente como o principal teriam interesse em manipular resultados para que se mostrassem favoráveis ao modelo de contratualização nos hospitais próprios do Estado. Este fator é mencionado aqui como uma pista ou alerta para pesquisas futuras; não foi identificado no caso em análise, mesmo porque há formas de auditar resultados por outros órgãos externos à CSS, como a própria Secretaria Estadual de Saúde e o Tribunal de Contas do Estado.

Outro aspecto a ressaltar diz respeito ao tema da concessão de flexibilidades. É interessante notar que, diferentemente da experiência internacional de contratualização de resultados, que é atualmente baseada na concessão de flexibilidades às unidades descentralizadas, no caso aqui em estudo houve antes um reforço das competências do núcleo estratégico, ou até mesmo uma maior centralização de competências. A única flexibilidade concedida para os hospitais é a relativa autonomia para utilização da bonificação de 1% do orçamento no caso do cumprimento das metas, desde que a bonificação seja utilizada coletivamente e em prol da missão do hospital. Comparada à experiência internacional, esta quase nem se configura como flexibilidade de gestão, pois é concedida *ex post*, após o alcance das metas, e não *ex ante*, como uma condição para a melhoria de desempenho. Não se pode afirmar, portanto, que esta seja uma alavanca direta para o desempenho, mas funciona como uma possibilidade de premiar e reconhecer desempenho alcançado, o que mobiliza e contribui para melhores resultados. Quando tais recursos são parcialmente utilizados pelo gestor do hospital para premiar funcionários, esta premiação é feita de forma indireta, em infra-estrutura, de forma que beneficie a todos, o que é compatível com as melhores práticas da experiência internacional. O gestor pode ainda mobilizar os funcionários para que decidam sobre a utilização destes recursos, ou parte deles – neste caso, este espaço ainda que pequeno de autonomia e flexibilidade, permite abrir processos participativos na gestão. Apesar de limitado, abre-se um campo de exercício de autonomia para os dirigentes dos hospitais –

fato que merece destaque, dada a rigidez das normas e a ausência de incentivos às funções de direção pública que prevalece no conjunto da administração pública no Brasil.

Outro aspecto a considerar diz respeito à expansão dos espaços de aprendizado que poderiam ser explorados pela Secretaria da Saúde, a partir desta experiência de contratualização com os hospitais próprios do Estado. Como apontado, a experiência vem sendo vivenciada como espaço de aprendizagem entre a Secretaria e cada hospital contratualizado. No entanto, não há troca ou aprendizagem cruzada entre os diversos hospitais, de forma sistemática. Neste sentido, a CSS poderia abrir o processo de acompanhamento e gestão do Contrato Programa para a difusão de ideias e aprendizado coletivo dentre os hospitais, como sugerido por Charles Sabel em suas pesquisas sobre *learning organizations*. Boas ideias podem ser transferidas e inspirar outros hospitais.

Após o estudo, é possível afirmar que a contratualização de resultados com os hospitais próprios do Estado desenvolve-se a partir da experiência da Secretaria da Saúde com as OSS. Nas entrevistas ficou evidente que o modelo de contrato com as OSS serviu de inspiração para que o Contrato Programa fosse implantado nos hospitais da administração direta. Isso também é um forte indício de que a SES entende que o fator “contrato” foi importante no caso das OSS. O contrato, neste sentido, é visto como instrumento de coordenação e implementação da política de saúde. Está implícito na atuação da SES perante os hospitais geridos por organizações sociais ou submetidos ao Contrato Programa, que autonomia sem coordenação não parece ser a solução no caso da saúde. Tais experiências contrastam com o formato tradicional do convênio, onde a autonomia nunca foi acompanhada de um direcionador de ação, causando diversos desvios de comportamento. O caso analisado demonstra também que a coordenação é um fator importante para que o contrato seja efetivo. É preciso um núcleo estratégico fortalecido para ter condições de auditar resultados, acompanhar processos e sugerir mudanças nas unidades, com foco em melhoria contínua e aprendizagem. O contrato é o fator que fortalece a necessidade por coordenação do núcleo estratégico de governo e dela necessita para que seja efetivamente implantado.

Apesar do modelo de contrato com organizações sociais servir como inspiração para os hospitais da administração direta, existem algumas diferenças entre ambos. No caso dos hospitais administrados pelo Estado, o contrato é realizado entre núcleo estratégico e

unidade descentralizada, enquanto que nas organizações sociais o contrato é feito com um terceiro. Essa diferença faz com que as chances de *gaming* sejam maiores no caso das OSS em relação aos hospitais próprios do Estado. Ao mesmo tempo, o grau de exequibilidade do contrato com OSS é maior, por ser um contrato tradicional, e a penalidade no caso de não cumprimento das metas pode chegar à perda do contrato. Quanto aos hospitais AD, não há penalidade prevista: no caso de não cumprimento reiterado das metas, o hospital apenas deixaria de receber o bônus. Este fator poderia enfraquecer a figura da CSS e o próprio modelo do Contrato Programa em longo prazo.

Apesar de apresentar algum impacto nos resultados, o Contrato Programa é uma estratégia limitada, pois existem outros aspectos que impactam o desempenho de uma organização e são tratados de forma superficial pelo contrato, como aspectos relacionados remuneração, autonomia financeira e decisória, agilidade nos processos internos, como compras e licitações, gestão de compras e ativos. Nas entrevistas fica claro que há outros entraves para o desempenho que não são superados pelo contrato, como a gestão de RH, o que dificulta políticas de motivação de pessoal ou ainda a gestão de compras e licitações, que gera ineficiências e traz morosidade ao processo. É necessário acompanhar a evolução da experiência de contratualização com os hospitais da administração direta para entender se haverá melhoras futuras decorrentes do contrato, como a ampliação das flexibilidades de gestão, a concessão de espaço para a gestão dos recursos humanos ou para a simplificação das compras, e seus possíveis desdobramentos em termos de melhorias de desempenho.

A gestão de RH, que foi tratada superficialmente neste estudo, é um tema importante a ser discutido e merece um estudo específico. Contrariando a experiência internacional, de descentralização das atividades e autonomia às unidades e gestores, a CSS optou pela centralização da política de RH – por meio da centralização do processo de recrutamento e alocação de quadros par todos os hospitais da administração direta. A iniciativa da CSS, nesse aspecto, pode ser considerada uma racionalização de processos, uma otimização do modelo burocrático, mais do que um avanço na concessão de autonomia e gestão aos hospitais.

Outro ponto que merece ser explorado em pesquisas futuras consiste em analisar em quais condições o contrato é realmente efetivo, o que requer desenvolver um estudo comparado entre os diversos hospitais submetidos ao Contrato Programa. Quais



hospitais apresentaram melhores resultados e quais os motivos? Para os hospitais onde o Contrato Programa não teve ou teve pouco impacto no desempenho, quais seriam as alternativas? Futuros trabalhos podem também explorar os resultados contraditórios obtidos com o indicador de satisfação dos usuários. Será que nos hospitais contratados houve piora dos serviços na percepção do usuário? Por mais que a qualidade do serviço hospitalar seja algo intangível e difícil de ser avaliada pelo usuário, é necessário explorar mais a fundo quais os pontos são levantados na pesquisa de satisfação, para entender se aumentaram os casos de reclamação do paciente, em qual momento e em quais hospitais tais pioras ocorreram. São pontos que fogem do escopo desta pesquisa, que apenas oferece subsídios para explorá-los.

É importante ressaltar que os modelos de organização social e administração direta são faces da mesma moeda, pois ambos os formatos constituem hospitais públicos prestando serviço de saúde dentro do SUS à população do estado. Os hospitais da administração direta são do tipo “porta aberta”, não têm território delimitado e não sabem ao certo qual será a demanda por serviços. Assim, a expertise da rede de hospitais próprios do Estado é o volume de atendimentos, em serviços que não requeiram muita especialização. Já os hospitais geridos por organizações sociais possuem território e demanda delimitados, e são mais ágeis nos processos de RH e compras; podem dedicar-se ao atendimento de maior complexidade, combinando planejamento e especialização. Desta forma, a melhoria de desempenho é salutar e desejável tanto na rede de próprios como nas organizações sociais de saúde: é importante para a Secretaria Estadual de Saúde contar com diferentes modelos de administração de hospitais que sejam efetivos e usar a complementaridade entre os diversos modelos como um recurso, aprimorando o planejamento e a coordenação de toda a rede. A implementação de políticas de saúde ganhará mais com a complementaridade do que com a oposição entre os formatos de organização social e administração direta.

Distanciando-se da polêmica que tende a opor os dois formatos de hospitais, este estudo buscou analisar o desempenho dos hospitais da administração direta e o impacto da contratualização de resultados na melhoria de sua eficiência. Entendemos assim contribuir para o aprimoramento da experiência, ao fornecer argumentos e evidências que apontam para a potencialidade do instrumento de contratualização. Mais do que sustentar o debate ideológico, o estudo aponta para os mecanismos por meio dos quais pode ser alcançado um melhor desempenho nos hospitais da rede pública.

Por fim, cabe ressaltar a especificidade do caso em estudo. Tendo por referência as lições da experiência internacional recente, foi possível sublinhar especificidades do caso paulista, reforçando a tese de que não há um caminho único a seguir, para a melhoria de desempenho das organizações prestadoras de serviços públicos, mas que a comparação e a análise sistemática de casos podem ajudar a promover avanços.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Alcoforado, F. C. (2005). Contratualização e eficiência no setor público: as organizações sociais. *X Congreso Internacional del CLAD sobre a Reforma del Estado y de la Administración Pública*. Santiago, Chile.

Araújo, M. A. (2010). *Responsabilização na reforma do sistema de saúde: Catalunha e Brasil*. Rio de Janeiro: Editora FGV.

Assis, D. B., Madalosso, G., Ferreira, S. A., & Yassuda, Y. (2011). *Análise dos dados do Sistema de Vigilância de Infecção Hospitalar do Estado de São Paulo – Ano 2010*. Acesso em 20 de 12 de 2011, disponível em CVE - Centro de Vigilância Epidemiológica: [http://www.cve.saude.sp.gov.br/htm/ih/pdf/ih11\\_dados10.pdf](http://www.cve.saude.sp.gov.br/htm/ih/pdf/ih11_dados10.pdf)

Baker, G., Gibbons, R., & Murphy, K. (2002). Relational Contracts and the Theory of the Firm. *The Quarterly Journal of Economics*, 117 (1), 39-84.

Barradas Barata, L. R., & Mendes, J. D. (2006). *Organizações Sociais de Saúde: a experiência exitosa de gestão pública do Estado de São Paulo*. São Paulo: Secretaria do Estado de Saúde.

Bazzoli, G., Clement, J., Lindrooth, R., Chen, H.-F., Aydede, S., Braun, B., et al. (2007). Hospital Financial Condition and Operational Decisions Related to the Quality of Hospital Care. *Medical Care Research and Review*, 64 (148), 148-168.

Bogue, R., Hall, C., & LaForgia, G. (2007). *Hospital Governance in Latin America: Results from a Four Nation Survey*. The World Bank.

Boyne, G. A., & Chen, A. A. (2007). Performance Targets and Public Service Improvement. *Journal of Public Administration Research and Theory*, 17 (3), 455-477.

Boyne, G. (2002). Public and private management: What's the difference? *Journal of Management Studies* (39), 97-122.

BRASIL. Ministério da Saúde. (2002). *Portaria nº 312 de 02 de Maio de 2002*. Brasília.

Camillus, J. (1975). Evaluating the benefits of formal planning systems. *Long Range Planning*, 8 (3), 33-40.

Carrick, P. (1988). New Evidence on Government Efficiency. *Journal of Policy Analysis and Management*, 7 (3), 518-528.

Charnes, A., Cooper, W., & Rhodes, E. (1978). Measuring the efficiency of decision making units. *European Journal of Operational Research* (2), 429-444.

Chioro, A. (2011). *Entre a Intenção e o Ato: Uma análise da política de contratualização dos hospitais de ensino (2004 – 2010)*. São Paulo: Universidade Federal de São Paulo.

- Christensen, T., Lie, A., & Laegreid, P. (2007). Still Fragmented Government or Reassertion of the Centre? In: T. Christensen, & P. Laegreid, *Transcending New Public Management: The Transformations of Public Sector Reforms* (pp. 17-41). Hampshire, England: Ashgate.
- CONASS, Progestores. (2006). *As Organizações Sociais como Alternativa de Gerência para Estabelecimentos Públicos de Saúde*. Brasília: Nota Técnica nº 17/2006.
- Couttolenc, B., Nicolette, A. C., Machado, C. A., Zapparoli, P., & Dias, L. H. (2004). *Estudo sobre gasto hospitalar no Brasil. Em busca da excelência: Fortalecendo o desempenho hospitalar no Brasil. Consultant Report*. São Paulo, SP: World Bank.
- Cranfield School of Management. (2006). *Literature Review on Performance Measurement and Management*. Centre for Business Performance.
- Di Pietro, M. S. (Janeiro/Dezembro de 1996). Contratos de Gestão. Contratualização do Controle Administrativo sobre a Administração Indireta e sobre as Organizações Sociais. *Revista Procuradoria Geral do Estado de São Paulo (PGE-SP)* (45-46), p. 173.
- Donabedian, A. (1988). The quality of care: How can it be assessed? *Journal of American Medical Association (JAMA)*, 260 (12), 1743-1748.
- Dyson, R., Allen, R., Camanho, A., Podinovski, V., Sarrico, C., & Shale, E. (2001). Pitfalls and protocols in DEA. *European Journal of Operational Research*, 132 (2), 245-259.
- Escrivão, A. J. (2004). *Uso de Indicadores de Saúde na Gestão de Hospitais Públicos da Região Metropolitana de São Paulo*. São Paulo: FGV-EAESP/GVPESQUISA.
- Ferreira, F. M. (2005). *Regulação por Contrato no Setor de Saneamento: O Caso de Ribeirão Preto*. São Paulo: Fundação Getúlio Vargas (FGV-EAESP).
- Fundação Getulio Vargas. (2008). *Estudos de Contratualização de Hospitais no âmbito do SUS (UNESCO)*. São Paulo: Fundação Getulio Vargas.
- Gibbons, R., & Henderson, R. (2011). Relational Contracts and Organizational Capabilities. *Organization Science*, 32.
- Goldsmith, S., & Eggers, W. D. (2006). *Governar em rede: o novo formato do setor público*. Brasília, DF: ENAP.
- Granha, E. (2009). *Gestão por Resultados e eficiência na Administração Pública: uma análise à luz da experiência de Minas Gerais*. São Paulo: Fundação Getúlio Vargas (FGV-EAESP).
- Hart, O., & Moore, J. (1998). *Foundations of Incomplete Contracts*. Cambridge, MA: National Bureau of Economic Research.
- Hood, C. (July/ August de 2006). Gaming in a Targetworld: The Targets Approach to Managing British Public Services. *Public Administratio Review*, 515-521.

Hood, C. (April de 2007). Public service management by numbers: why does it vary? Where has it come from? What are the gaps and the puzzles? *Public Money and Management* , 95-102.

Ibanez, N., & Vecina Neto, G. (2007). Modelo de Gestão e o SUS. *Ciência e Saúde Coletiva* , 12 (Sup), 1831-1840.

Ibanez, N., Bittar, O., Sá, E., Yamamoto, E., Almeida, M., & Castro, C. (2001). Organizações Sociais de Saúde: O Modelo de São Paulo. *Ciência e Saúde Coletiva* , 6 (2), 391-404.

Jann, W., & Reichard, C. (2002). Melhores práticas na modernização do Estado. *Revista do Serviço Público* , 53 (3), 31-50.

Johnsen, A., & Vakkuri, J. (2006). Is there a Nordic Perspective on Public Sector Performance Measurement? *Financial Accountability & Management* , 22 (3), 291-308.

LaForgia, G. M., & Couttolenc, B. F. (2008). *Hospital Performance in Brasil: The search for Excellence*. Washington D.C.: The World Bank.

Latham, G., & Yuk, G. (1975). Assigned versus participative goal setting with educated and uneducated wood workers. *Journal of Applied Psychology* (60), 299–302.

Li, J. (2006). A multi-period analysis of a carbon tax including local health feedback: an application to Thailand. *Environment and Development Economics* .

Lima, S. M. (2009). *Possibilidades e limites da contratualização no aprimoramento da gestão e da assistência em hospitais: o caso dos Hospitais de Ensino no Sistema Único de Saúde brasileiro*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ - Fundação Oswaldo Cruz.

Lindblom, C. (1959). The science of muddling through. *Public Administration Review* (19), 78–88.

Macneil, I. (1978). Contracts: Adjustments of long-term economic relations under classical,. *Northwestern University Law Review* , LCCII, 854-906.

Marinho, A. (2001). *Estudo de eficiência em alguns hospitais públicos e privados com a geração de rankings*. Rio de Janeiro, RJ: IPEA.

Martins, H., & Levy, S. L. (2011). Limitações à flexibilidade de entes de cooperação parcerizados com o poder público. *XVI Congreso Internacional del CLAD sobre la Reforma del Estado y de la Administración Pública*, 8 - 11 Nov. 2011 (p. 11). Asunción, Paraguay: CLAD.

Mendes R., J., & Costa, N. R. (2005). *Mecanismos de Governança e Modelos Alternativos de Gestão Hospitalar no Brasil*. . Rio de Janeiro, RJ: FIOCRUZ/ ENSP. Consultant Report for World Bank.

Mintzberg, H. (1994). *The rise and fall of strategic planning*. London: Prentice Hall.

Niskanen, W. A. (1971). *Bureaucracy and representative government*. Chicago: Aldine-

Atherton.

OECD. (2005). *Modernising Government - the way forward*. OECD Publishing.

OECD. (2005). *Performance Related Pay Policies for Government Employees*. Paris: OECD.

OECD. (2004). *Public Sector Modernisation: Governing for Performance*. OECD (Organisation for Economic Co-operation and Development).

Pacheco, R. (2006). Brasil: avanços da contratualização de resultados no setor público. *XI Congreso Internacional del CLAD sobre la Reforma del Estado y de la Administración Pública*, 7 - 10 Nov. 2006. Ciudad de Guatemala.

Pacheco, R. (2004). Contratualização de resultados no setor público: a experiência brasileira e o debate internacional. *IX Congreso Internacional del CLAD sobre la Reforma del Estado y de la Administración Pública*. Madrid: CLAD.

Pacheco, R. (2004). Contratualização de resultados no setor público: a experiência brasileira e o debate internacional. *IX Congreso Internacional del CLAD sobre la Reforma del Estado y de la Administración Pública* (p. 12). Madrid, España: CLAD.

Pahim, M. L. (2009). *Organizações Sociais de Saúde no Estado de São Paulo: inserção privada no SUS e gestão financeira do modelo pela Secretaria de Estado da Saúde*. Faculdade de Medicina. São Paulo: Universidade de São Paulo - USP.

Perdicaris, P. R. (2009). *Gestão de Resultados como Política Pública: Uma análise da Formação da Agenda e Formulação de Alternativas em Municípios Brasileiros*. São Paulo: Fundação Getúlio Vargas (FGV-EAESP).

Perdicaris, P. R. (2009). *Gestão Para Resultados como Política Pública: Uma análise da Formação da Agenda e Formulação de Alternativas em Municípios Brasileiros*. São Paulo: Fundação Getúlio Vargas - FGV/EAESP.

Peters, G., & Wright, V. (1998). Public Policy and Administration, Old and New. In: R. E. Goodin, & H.-D. Klingemann, *A New Handbook of Political Science* (pp. 628-644). Oxford: Oxford University Press.

Pietro, M. S. (s.d.). *Contratos de Gestão: Contratualização do Controle Administrativo sobre a Administração Indireta e sobre as Organizações Sociais*. Acesso em 2011, disponível em PGE - Procuradoria Geral do Estado:  
<http://www.pge.sp.gov.br/centrodeestudos/revistaspge/revista2/artigo9.htm>

Pimentel, C. (30 de 06 de 2011). *Jornal do Brasil*. Acesso em 01 de 12 de 2011, disponível em <http://www.jb.com.br/pais/noticias/2011/06/30/governo-adota-novo-modelo-de-gestao-na-area-de-saude/>

Pollitt, C., & Dan, S. (2011). THE IMPACTS OF THE NEW PUBLIC MANAGEMENT IN EUROPE: A META-ANALYSIS, ; PAPER SUBMITTED FOR THE ). *European Group of Public Administration*

(EGPA), 7-10 September 2011. Bucharest, Romania.

Quinhões, T. A. (2009). *O Modelo de Governança das Organizações Sociais de Saúde e a Qualidade do Gasto Público Hospitalar Corrente*. Brasília, DF: Prêmio Tesouro Nacional Euclides da Cunha.

Radnor, Z. (2008). Muddled, massaging, manoeuvring or manipulated? A typology of organisational gaming. *International Journal of Productivity and Performance Management (IJPPM)*, 57 (4), 316-328.

Ribeiro, J., & Costa, N. R. (2005). *Mecanismos de Governança e Modelos Alternativos de Gestão Hospitalar no Brasil*. The World Bank.

Rowen, M. (1999). The Theory and Practice of Managed Competition. *Government Finance Review*.

Sano, H., & Abrucio, F. (2008). Promessas e Resultados na Nova Gestão Pública no Brasil: O caso das Organizações Sociais de Saúde em São Paulo. *RAE*, 48 (3), 64-80.

Savas, E. S. (November/ December de 1977). An Empirical Study of Competition in Municipal Service Delivery. *Public Administration Review*, 717-724.

Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (SES/SP). (2010). *Contrato Programa*. São Paulo: SES/SP.

SES/SP. (2004). *Projeto de Desenho e Plano de Ação para o Fortalecimento e Modernização dos Hospitais de Gestão Direta. Relatório de Trabalho*. São Paulo: Secretaria Estadual de Saúde - SES/SP.

Skelcher, C. (2005). Public-Private Partnerships and Hybridity. In: E. Ferlie, L. Lynn Jr., & C. Pollitt, *The Oxford Handbook of Public Management* (pp. 347-370). New York: Oxford University Press.

Skyle, D. M. (2009). Collaboration and Relational Contracting. In: R. O'Leary, & L. Bingham, *The Collaborative Public Manager: New Ideas for the Twenty-first Century* (pp. 137-156). Washington D.C.: Georgetown University Press.

Smith, P. (1995). On the unintended consequences of publishing performance data in the public sector. *International Journal of Public Administration*, 18 (2-3), 277-310.

Smith, P. (1993). Outcome-related performance indicators and organizational control in the public sector. *British Journal of Management*, 4, 135-151.

Smith, S. R. (2005). NGOs and Contracting. In: E. Ferlie, L. Lynn Jr., & C. Pollitt, *The Oxford Handbook of Public Management* (pp. 591-614). New York: Oxford University Press.

Solucient, LCC. (2005). *Solucient 100 Top Hospitals®: National Benchmarks for Success 2004*. Evanston, IL: Solucient, LCC.

Spink, P. (2004). A inovação na perspectiva dos inovadores. *IX Congreso Internacional del CLAD sobre la Reforma del Estado y de la Administración Pública* .

The World Bank. (2006). *Enhancing Performance in Brazil's Health Sector: Lessons from Innovations in the State of São Paulo and Curitiba*.

Van Dooren, W. (2008). Performance indicators: a wolf in sheep's clothing? *Changing Educational Accountability in Europe, International Conference, 24 e 25 de junho 2008* (p. 16). Berlin, Germany: Social Science Research Center.

Wooldridge, J. (2003). Cluster-sample methods in applied econometrics. *The American Economic Review* , 93 (2), 133-138.

Wooldridge, J. (2009). *Introductory Econometrics: A Modern Approach* (4th ed.). South-Western College.

World Bank. (1995). *Bureaucrats in Business: The Economics and Politics of Government Ownership*. New York: Oxford University Press.

World Health Organization - WHO. (2008). *Strategic Contracting in Health Systems*. Geneva: WHO Press.



**ANEXO 1. Relação de Entrevistados****• SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE SÃO PAULO (SES-SP)**

CARGO: Secretário Adjunto da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (SES-SP)

NOME: José Manoel de Camargo Teixeira

Entrevista realizada presencialmente em 13/10/2011

CARGO: Coordenador da Coordenadoria de Gestão de Contratos dos Serviços de Saúde (CGCSS)

NOME: Nilson Pasqua

Entrevista realizada presencialmente em 18/10/2011

CARGO: Coordenadora da Coordenadoria de Serviços de Saúde (CSS)

NOME: Regina Marta Pereira

Entrevista realizada presencialmente em 18/10/2011

CARGO: Assessoria para Acompanhamento dos Hospitais de Ensino no Estado de São Paulo

NOME: Olímpio Nogueira Bittar

Entrevista realizada presencialmente em 01/09/2011

- **COORDENADORIA DE SERVIÇOS DE SAÚDE (CSS/SES-SP)**

CARGO: Assistente de Coordenador da Coordenadoria de Serviços de Saúde (CSS)

NOME: Débora Rita Burjato Santana

Entrevista realizada presencialmente em 21/10/2011

CARGO: Analista Técnico da Coordenadoria de Serviços de Saúde (CSS)

Responsável pelo acompanhamento do Contrato Programa junto aos hospitais.

NOME: Elaine de Moraes Kraus

Entrevista realizada presencialmente em 21/10/2011

CARGO: Analista Técnico da Coordenadoria de Serviços de Saúde (CSS)

Responsável pelo acompanhamento do Contrato Programa junto aos hospitais.

NOME: Rodrigo Gouveia Ferrão

Entrevista realizada presencialmente em 21/10/2011

CARGO: Analista Técnico da Coordenadoria de Serviços de Saúde (CSS)

Responsável pelo acompanhamento do Contrato Programa junto aos hospitais.

NOME: Cynthia Tissot Tamer

Entrevista realizada presencialmente em 21/10/2011

- **HOSPITAL DE OSASCO**

CARGO: Diretor Técnico do Hospital Regional de Osasco “Dr. Vivaldo Martins Simões”

NOME: Maurizio Dana

Entrevista realizada presencialmente em 02/12/2011

- **CENTRO DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA (CVE/SES-SP)**

CARGO: Diretora Técnica da Divisão de Infecção Hospitalar – CVE

NOME: Denise Brandão de Assis

Entrevista realizada por *email* em 04/01/2012

- **PROGRAMA CONTE COMIGO (SES-SP)**

CARGO: Analista Técnica do Núcleo Técnico de Humanização

Responsável pelo Programa Conte Comigo (Pesquisa de Satisfação)

NOME: Monica Lima Carvalho

Entrevista realizada presencialmente em 21/12/2011

- **HOSPITAIS DA SPDM (OSS)**

CARGO: Superintendente de Hospitais Afiliados da SPDM (Associação Paulista para o Desenvolvimento da Medicina)

NOME: Nacime Mansur

Entrevista realizada presencialmente em 19/09/2011

- **PARTICIPAÇÃO EM REUNIÕES E SEMINÁRIOS:**

- **Reunião Trimestral de Avaliação do Contrato Programa do Hospital Regional de Osasco**, realizada em 24/11/2011, com a presença da equipe de acompanhamento da CSS e hospital.

## ANEXO 2. Classificação SUS dos Hospitais Analisados






Hospital	N. Leito	LeitoUTI	Tipo UTI	UTI Neo	Alta complex.	Urgência/ Emerg.	Salas Cirúrgica	TOTAL
Dante Pazzanese	226	85	III	Não	sim	sim	11	Porte IV
	3	4	4	0	3	3	4	21
Emilio Ribas	216	163	II	Não	sim	sim	4	Porte III
	3	4	2	0	3	3	2	17
Guainases	227	36	II	II	sim	sim	6	Porte IV
	3	4	2	3	3	3	3	21
Cachoerinha	165	28	I	Não	não	sim	4	Porte II
	3	3	0	0	0	3	2	11
Candido Fontoura	81	34	III	III	sim	sim	4	Porte IV
	2	4	4	3	3	3	2	21
Darcy Vargas	79	16	III	III	sim	sim	4	Porte IV
	2	3	4	3	3	3	2	20
Ferraz de Vasconcelos	193	44	II	II	sim	sim	5	Porte IV
	3	4	2	3	3	3	3	21
CRSM	138	6	i	Não	sim	sim	13	Porte III
	2	2	0	0	3	3	4	14
Heliopolis	330	34	ii	Não	sim	sim	8	Porte III
	4	4	2	0	3	3	3	19
Interlagos	97	58	i	ii	sim	sim	1	Porte III
	2	4	0	3	3	3	1	16
Ipiranga	223	40	ii	I	sim	sim	7	Porte IV
	3	4	2	2	3	3	3	20
Leonor Mendes de Barros	117	14	não	ii	sim	sim	6	Porte III
	2	3	0	3	3	3	3	17
Osasco	202	10	ii	não	sim	sim	5	Porte III
	3	3	2	0	3	3	3	17
Taipas	188	43	i	i	sim	sim	5	Porte III
	3	4	0	2	3	3	3	18
Luzia Pinho de Melo	263	19	ii	ii	sim	sim	6	Porte IV
	3	3	2	3	3	3	3	20

<b>Hospital</b>	<b>N. Leito</b>	<b>LeitoUTI</b>	<b>Tipo UTI</b>	<b>UTI Neo</b>	<b>Alta complex.</b>	<b>Urgência/ Emerg.</b>	<b>Salas Cirúrgica</b>	<b>TOTAL</b>
<b>Mandaqui</b>	<b>362</b>	<b>100</b>	<b>iii</b>	<b>iii</b>	<b>sim</b>	<b>sim</b>	<b>7</b>	<b>Porte IV</b>
	<b>4</b>	<b>4</b>	<b>4</b>	<b>3</b>	<b>3</b>	<b>3</b>	<b>3</b>	<b>24</b>
<b>Padre Bento</b>	<b>126</b>	<b>20</b>	<b>ii</b>	<b>Não</b>	<b>sim</b>	<b>sim</b>	<b>3</b>	<b>Porte III</b>
	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>2</b>	<b>0</b>	<b>3</b>	<b>3</b>	<b>2</b>	<b>15</b>
<b>Pedreira</b>	<b>182</b>	<b>31</b>	<b>iii</b>	<b>iii</b>	<b>sim</b>	<b>sim</b>	<b>9</b>	<b>Porte IV</b>
	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>4</b>	<b>3</b>	<b>3</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>24</b>
<b>Penteado</b>	<b>162</b>	<b>45</b>	<b>i</b>	<b>i</b>	<b>sim</b>	<b>sim</b>	<b>2</b>	<b>Porte III</b>
	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>0</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>3</b>	<b>1</b>	<b>16</b>
<b>Regional Sul</b>	<b>201</b>	<b>48</b>	<b>ii</b>	<b>ii</b>	<b>sim</b>	<b>sim</b>	<b>3</b>	<b>Porte IV</b>
	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>3</b>	<b>3</b>	<b>2</b>	<b>20</b>
<b>Assis</b>	<b>115</b>	<b>18</b>	<b>II</b>	<b>Sim</b>	<b>sim</b>	<b>Não</b>	<b>4</b>	<b>Porte III</b>
	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>3</b>	<b>3</b>	<b>3</b>		<b>2</b>	<b>16</b>
<b>Guilherme Alvaro</b>	<b>226</b>	<b>45</b>	<b>II</b>	<b>Sim</b>	<b>sim</b>	<b>Sim</b>	<b>6</b>	<b>Porte III</b>
	<b>3</b>	<b>4</b>		<b>3</b>	<b>3</b>		<b>3</b>	<b>16</b>
<b>Mirandópolis</b>	<b>96</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>Não</b>	<b>nao</b>	<b>sim</b>	<b>2</b>	<b>Porte II</b>
	<b>2</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>3</b>	<b>1</b>	<b>6</b>
<b>Presidente Prudente</b>	<b>394</b>	<b>52</b>	<b>ii</b>	<b>Sim</b>	<b>sim</b>	<b>sim</b>	<b>13</b>	<b>Porte IV</b>
	<b>4</b>	<b>4</b>	<b>3</b>	<b>3</b>	<b>3</b>		<b>8</b>	<b>25</b>
<b>Promissao</b>	<b>78</b>	<b>8</b>	<b>ii</b>	<b>0</b>	<b>sim</b>	<b>sim</b>	<b>3</b>	<b>Porte II</b>
	<b>2</b>	<b>2</b>	<b>3</b>		<b>3</b>		<b>2</b>	<b>12</b>
<b>Sorocaba</b>	<b>426</b>	<b>72</b>	<b>III</b>	<b>Sim</b>	<b>sim</b>	<b>sim</b>	<b>3</b>	<b>Porte IV</b>
	<b>4</b>	<b>4</b>	<b>4</b>	<b>3</b>	<b>3</b>	<b>3</b>		<b>21</b>

### ANEXO 3. Variação Percentual dos Indicadores – Antes e Depois do CP

Variação (%) entre antes e depois do contrato em cada hospital do grupo com contrato						
Variáveis	satisfação	taxa de ocupação mensal média	tempo médio de permanência	pacientes/dias	taxa de rotatividade	taxa de mortalidade
Cachoeirinha	-1,99	6,38	-16,27	1,44	28,24	-2,66
Cândido Fontoura	0,43	-0,06	-6,59	2,79	7,50	-5,17
Ferraz de Vasconcelos	-2,24	2,97	-12,72	10,14	16,42	-6,46
Guaianases	7,27	-9,03	-3,32	3,07	-7,76	5,81
Guilherme Álvaro	-7,69	7,34	-12,28	-22,63	21,79	5,34
Interlagos	-2,13	8,82	-1,46	1,54	9,98	-20,80
Leonor Mendes de Barros	-0,17	16,27	0,36	9,27	14,98	20,00
Mandaqui	-5,05	-0,80	6,28	-1,35	-7,07	0,94
Osasco	-7,26	13,01	-13,48	-3,06	31,04	-16,64
Padre Bento	-0,96	-2,61	-19,49	-9,62	22,16	-15,54
Penteado	-4,44	0,80	-13,00	-10,10	16,64	-12,47
Regional Sul	8,49	-10,97	-1,28	-3,44	-2,30	-1,31
São Matheus	8,80	-1,31	0,97	3,66	-2,38	11,20
Taipas	12,76	7,60	1,69	2,14	4,82	9,52
Média	0,23	2,47	-6,79	-1,52	10,32	-2,68

## ANEXO 4. Pesquisa de Satisfação dos Usuários – Programa Conte Comigo

		<b>CONTE COMIGO</b>				
<b>SUA OPINIÃO É MUITO IMPORTANTE PARA A MELHORIA DE NOSSOS SERVIÇOS.</b>						
<b>UNIDADE DE INTERNAÇÃO</b>						
CLÍNICA: _____		QUARTO: _____		LEITO: _____		
PERÍODO DE INTERNAÇÃO DE: _____			ATÉ: _____			
Coloque um "X" na opção que melhor representa a sua satisfação com relação a estes serviços.						
SERVIÇOS	 MUITO BOM	 BOM	 REGULAR	 RUIM	NÃO TEVE CONTATO	
ATENDIMENTO NA RECEPÇÃO						
ACOMODAÇÕES NA ESPERA						
TEMPO DE ESPERA PARA INTERNAÇÃO						
ATENDIMENTO MÉDICO						
ATENDIMENTO NA ENFERMAGEM						
SERVIÇO SOCIAL						
LIMPEZA DO QUARTO						
ALIMENTAÇÃO FORNECIDA						
INSTALAÇÕES DO BANHEIRO						
ROUPAS DE CAMA						
HORÁRIO DAS VISITAS						
INFORMAÇÕES DADAS AO PACIENTE OU FAMILIARES						
RUÍDO NO AMBIENTE						
CONSERVAÇÃO DO PRÉDIO E MÓVEIS						
JOVENS ACOLHEDORES						
<b>CONTE COMIGO</b>						
VOCÊ INDICARIA ESTE HOSPITAL PARA OUTRAS PESSOAS?					SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>
Se você quiser saber como a sua sugestão ou crítica foi encaminhada, deixe seu telefone ou endereço que entraremos em contato.						
NOME:			E-mail:			
ENDEREÇO:						
BAIRRO:			CEP:			
TELEFONE:			DATA:			
POR FAVOR UTILIZE O ESPAÇO NO VERSO DA FOLHA PARA EXPOR SUA OPINIÃO, SUGESTÕES, CRÍTICAS E COMENTÁRIOS SOBRE NOSSO SERVIÇO.						



## ANEXO 5. Contrato Programa – Anexo sobre Indicadores de Produtividade e Qualidade

### OBJETIVOS, INDICADORES DE PRODUTIVIDADE E QUALIDADE, PARA O ANO \_\_\_\_\_

#### Hospital .....

##### 1. indicadores de Produtividade

Indicador Objetivo ano 2010

1.1 Média de Permanência (dias)

##### 2. Indicadores de Qualidade

Indicador Objetivo ano 2010

2.1.1 Taxa de Mortalidade Institucional

2.1.2 Não conformidade na administração de medicamentos pela enfermagem

2.1.3 Índice de Úlcera por Pressão

2.1.4 Comissões Hospitalares

##### 2.2 Relatórios

\_ Apresentar no terceiro trimestre as ações realizadas pela equipe de enfermagem com o objetivo de aumentar o número de notificações.

\_ Apresentar Relatório do perfil dos pacientes que desenvolvem Úlcera por Pressão.

\_ Apresentar relatório trimestral dos exames anátomo-patológicos realizados nas cirurgias hospitalares eletivas, relacionando com o diagnóstico pré-operatório e a cirurgia realizada nos meses de competência.

\_ Com relação ao item 12 do anexo V (tabela), Satisfação do Usuário: apresentar relatório no 1º trimestre com um plano de ação para as três principais queixas da internação, ambulatório e pronto socorro ( Diagrama de Pareto ) baseado no 1º trimestre de 2010 e no 3º trimestre avaliar a execução do Plano de Ação.

\_ Apresentar no primeiro trimestre o protocolo das visitas técnicas realizadas pela Comissão de Infecção Hospitalar, nas áreas: Central de Material, Unidade de Terapia Intensiva e Centro Cirúrgico. Apresentar o relatório com as não conformidades encontradas na visita técnica e cronograma para atuação. Apontar os indicadores de esterilização utilizados pela instituição. Destacar as ações passíveis de serem realizadas.

\_Garantir o funcionamento de, no mínimo, quatro **Comissões de Qualidade no ano 2010.**

Tipologia	Objetivo ano 2010
Comissão de Controle de Infecção hospitalar	1 reunião mensal documentada com ata e com presença de no mínimo 80% dos membros.
Comissão de Óbitos	1 reunião mensal documentada com ata e com presença de no mínimo 80% dos membros. Relatório específico.
Comissão de Revisão de Prontuários	1 reunião mensal documentada com ata e com presença de no mínimo 80% dos membros. Relatório específico.
Comissão de Farmácia e Terapêutica	1 reunião mensal documentada com ata e com presença de no mínimo 80% dos membros. Relatório específico.

No 1º trimestre, a Comissão de Controle de Infecção Hospitalar apresenta os resultados referentes ao período de 2009 e 1º semestre de 2010 .

No 2º trimestre, a Comissão de Revisão de Óbitos apresenta os resultados referente ao período de 2010.

No 3º trimestre a Comissão de Revisão de Prontuários apresenta os resultados referente ao período de 2010 e 1º trimestre de 2011.

No 4º trimestre a Comissão de Controle de Infecção Hospitalar apresenta os resultados referentes ao período de 2010 e 1º semestre de 2011.

\_ Apresentar à Comissão Técnica de Acompanhamento e Avaliação (CTAA):

As atas das reuniões, das referidas comissões.

A lista de presença das reuniões mensais, apontando pelo menos 80% dos membros presentes.

Os relatórios específicos.

\_ Apresentar relatório trimestral das cirurgias ambulatoriais, demonstrando o tempo decorrido entre a indicação cirúrgica e a data da realização da cirurgia. Neste relatório deverá constar: idade, sexo, diagnóstico, tipo de cirurgia, data da indicação cirúrgica e a data da realização da mesma com o respectivo intervalo de tempo.

\_ Fomentar a **formação continuada** dos profissionais do hospital através da existência de um Plano de Formação Anual dirigido aos diferentes perfis profissionais do hospital. Deverão ser apresentados:

Cronograma anual: apresentação no primeiro trimestre;

Apresentar a relação: número de horas de treinamento/número médio de funcionários;

Apresentar trimestralmente a relação completa dos cursos/treinamentos realizados conforme a categoria profissional, com listas de presença e cargas horárias correspondentes.

### 3. Processos de Melhoria da Informação

3.1. Apresentar Planilha mensal do Berçário Externo.

3.2. Manter o cadastro e o relatório hospitalar e ambulatorial do Núcleo de Informação

Hospitalar (NIH) atualizado mensalmente e com informações pertinentes para que os indicadores possam refletir a realidade da Instituição. Caso seja necessária a correção, a mesma deverá ser realizada no prazo de 02 (dois) dias úteis e enviada ao NIH.

### 4. Processos de Melhoria do Controle Financeiro

#### 4.1. Faturamento:

\_ Atualização permanente do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), no que se refere a estrutura física, equipamentos, serviços credenciados e funcionários da instituição.

\_ Acompanhamento da composição do Faturamento Hospitalar entregue ao Departamento Regional de Saúde (DRS), verificando a quantidade de AIHs de referências anteriores que compõem o faturamento apresentado (apresentação x referência).

\_ Acompanhamento das AIHs rejeitadas por meio do relatório fornecido pela Coordenadoria de Regionais de Saúde (CRS), instância responsável pelo processamento do faturamento hospitalar de todas unidades subordinadas a esta SES.

\_ Acompanhamento da quantidade de AIHs apresentadas para faturamento frente a quantidade de saídas hospitalares informadas no NIH.

#### 4.2. Seguimento mensal e gestão dos itens de custeio:

Manter custeio trimestral previsto em orçamento.

\_ Apresentar Custos:

Apresentar custo do paciente dia por clínica.

Apresentar custo do paciente por hora cirúrgica.

Apresentar custo do paciente por hora obstétrica.

Apresentar custo do paciente por consulta ambulatorial.

Apresentar custo do paciente por consulta no Pronto Socorro.

**Todos os itens elencados no presente anexo serão de acompanhamento trimestral.**

## ANEXO 6. Planilha de Acompanhamento do Contrato Programa

**Contrato Programa - Ano I**  
**Hospital xxxx**

ITEM	META	Observações	Pontuação			
			1º Trim.	2º Trim.	3º Trim.	4º Trim.
1	Produzir um número de saídas hospitalares não inferior à: <b>anual: 18.600 / trim: 4.650 / mensal: 1.550</b>	Acompanhar mensalmente e repactuar no 2º trimestre. 3º trim: será avaliado o nº de saídas dos últimos 9 meses (pontuar) 4º trim: será avaliado o nº de saídas dos últimos 12 meses (pontuar)			10	10
2	Número de Cirurgias: <b>1º trim: 443 / 2º, 3º e 4º trim: 481</b>	Incluir cirurgias de ginecologia, quando realizadas no C.O.  Excluir as cirurgias ambulatoriais realizadas no C.Cirurgico Hospitalar	10	10	5	10
3	Número de Cirurgias Ambulatoriais: <b>anual: 2.724 / trim: 681 / mensal: 227</b>	3º trim: será avaliado o nº de cirurgias dos últimos 9 meses (pontuar) 4º trim: será avaliado o nº de cirurgias dos últimos 12 meses (pontuar)			5	5
4	Número de Partos: <b>anual: 2.160 / trim: 540/ mensal: 180</b>	3º trim: será avaliado o nº de partos dos últimos 9 meses (pontuar) 4º trim: será avaliado o nº de partos dos últimos 12 meses (pontuar)			5	5
5	Número de Atendimento Ambulatorial : <b>anual: 137.364 / trim: 34.341 / mensal: 11.447</b>	Será avaliado o número de consultas médicas realizadas.	10	5	5	5
6	Produzir um número de SADT externo: <b>anual: 13.596 / trim: 3.399 / mensal: 1.133 (Grupo)</b> <b>(R)essonância: 464 / (T)omo: 309 / (U)SG: 360</b>	Repactuar 2º trim. 3º trim: total de exames de SADT EXT. no período de 9 meses (pontuar) 4º trim: total de exames de SADT EXT. no período de 12 meses (pontuar)			5	5
7	Atendimentos de urg/emerg: <b>anual: 348.588 / trim: 87.147 / mensal: 29.049</b>	Acompanhar mensalmente.				
			20	15	35	40
<b>Índices de Produtividade</b>						
8	Manter a Média de Permanência (dias) <b>não superior a 6,6 dias</b>	3º trim: será avaliada a média do indicador dos últimos 9 meses (pontuar) 4º trim: será avaliada a média do indicador dos últimos 12 meses (pontuar)			10	10
9	Manter a relação consultas médicas subsequentes/ primeiras consultas em <b>2,5</b> .	3º trim: será avaliada a média do indicador dos últimos 9 meses (pontuar) 4º trim: será avaliada a média do indicador dos últimos 12 meses (pontuar)			5	5
10	Consulta / Sala / Dia Útil <b>não inferior a 19.</b>	3º trim: será avaliada a média do indicador dos últimos 9 meses (pontuar) 4º trim: será avaliada a média do indicador dos últimos 12 meses (pontuar)			5	5
11	Cirurgia / Sala / Dias do mês não inferior a 1,72. <b>Repactuação mar/10: 2,29. Incluir cir.Gineco no C.O.</b> Considerar 7 salas.	Incluir as cirurgias ambulatoriais e procedimentos quando realizadas em Centro Cirúrgico e Centro Obstétrico. 3º trim: será avaliada a média do indicador dos últimos 9 meses (pontuar) 4º trim: será avaliada a média do indicador dos últimos 12 meses (pontuar)			5	5
			0	0	25	25

**Contrato Programa - Ano I**  
**Hospital xxxxx**

ITEM	META	Observações	Pontuação			
			1º Trim.	2º Trim.	3º Trim.	4º Trim.
<b>Índice de Qualidade</b>						
12	Manter a Taxa de Mortalidade Institucional não superior a 6,21%	Repactuar no 2º trimestre.	10	10	10	5
13	Manter a Taxa de Cesarea inferior a 34,4%		10	10	5	5
14	Relatório de indicação de cesarianas.	Mensalmente. 2º Trim. Plano para diminuição da taxa.	5	5		
15	Manter a percentagem de respostas ao atendimento das queixas e sugestões não inferior a 75 %.	Relatório mensal com as principais queixas das unidades: P. socorro, Internação e Ambulatório.				
16	Manter o cadastro e o relatório e ambulatorial do NIH atualizado mensalmente e com informações pertinentes para que os indicadores possam refletir a realidade da Instituição.	Caso seja necessário a correção a mesma deverá ser realizada no prazo de 5 dias úteis.	10	5	5	5
			35	30	20	15
<b>Processo de Melhoria da Informação</b>						
17	Estabelecer o procedimento e registro para conhecer o número de cirurgias suspensas.	Apresentar o instrumento, e o fluxo das informações . Apresentar mensalmente os motivos de suspensão de cirurgias por especialidade.	5	5		
18	Estabelecer o procedimento e registro para conhecer e caracterizar a atividade ambulatorial cirúrgica hospitalar e ambulatorial dos 10 primeiros procedimentos .	Apresentar o instrumento, o fluxo das informações e o relatório mensal.	5	5		
19	Estabelecer o procedimento e registro para conhecer a pressão de urgência entendida como o número de internações num período determinado procedentes de urgência e declaração de dados.	Apresentar o instrumento e o fluxo das informações.		5		
20	Melhorar o controle de gestão do processo de hospitalização: Desenhar e elaborar as rotinas e fluxogramas do processo de internação de pacientes, atendimentos de usuários e registro de internações e altas.	Apresentar o instrumento, fluxo das informações e proposta de treinamento dos funcionários com cronograma. Nas avaliações posteriores apresentar a lista de presença.	5			
21	Melhorar o controle de gestão das consultas ambulatoriais: Desenhar e elaborar as rotinas e fluxogramas do processo de registro das consultas identificando primeiras consultas provenientes de solicitações geradas pela própria instituição (interconsulta) e primeiras consultas encaminhadas pela rede básica e consultas subsequentes (retornos).	Apresentar o instrumento, fluxo das informações e proposta de treinamento dos funcionários com cronograma. Nas avaliações posteriores apresentar a lista de presença.		5		
			15	20	0	0

**Contrato Programa - Ano I**  
**Hospital xxxx**

ITEM	META	Observações	Pontuação			
			1º Trim.	2º Trim.	3º Trim.	4º Trim.
<b>Processo de Melhoria de Qualidade</b>						
22	Garantir o funcionamento da Comissão de Óbitos, Comissão de Infecção Hospitalar, Comissão de Revisão de Prontuários, Comissão de Farmácia e Terapêutica, com no mínimo de 1 reunião mensal documentada com ata e comparecimento de 80% dos membros da comissão.	Apresentar cópia da ATA com no mínimo 80% de comparecimento dos membros da comissão e relatório específico.	10	10	10	5
23	Implantação da notificação de suspeita de reações adversas.	Apresentação do formulário e implantação.		5		
24	Implementar consentimentos informados específicos dos procedimentos cirúrgicos e anestésicos.	Apresentação do formulário e implantação.		5		
25	Fomentar a formação continuada através da existência de um Plano de Formação anual dirigido as diferentes categorias.	Apresentação do plano e cronograma. Apresentar mensalmente relatório com o programa dos cursos, nº de participantes e lista de presença.	5			
			15	20	10	5
<b>Processo de Melhoria da Estrutura</b>						
26	Prestar assistência técnica e manutenção preventiva e corretiva de contínua aos equipamentos e instalações através de: plano de manutenção preventiva dos equipamentos, ficha de histórico de manutenção dos equipamentos e inventário dos equipamentos médicos.	1º trim: apresentação do inventário dos equipamentos medico-hospitalar. 2º trim: relação dos equipamentos que possuem contrato de manutenção. 4º trim: ficha de histórico dos equipamentos.	5	5		5
			5	5	0	5
<b>Processo de Melhoria do Controle Financeiro</b>						
27	Seguimento mensal e gestão dos itens de custeio: manter custeio trimestral previsto em orçamento.		10	10	10	10
<b>Total</b>			<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>
Valor Total do Incentivo por Trimestre:			R\$ 308.366,00		100 pontos.	