4242

Os hospitais Filantrópicos do Século XXI e o SUS

SECRETARIA DA SAÚDE

GOVERNO DO ESTADO DE SÃO PAULO
RESPEITO POR VOCÊ

s.d
WA525
B226h
ex.01

SECRETARIA DA SAÚDE

GOVERNO DO ESTADO DE SÃO PAULO
RESPEITO POR VOCÊ

INDEXADO LILACS

SECRETARIA DA SAÚDE CENTRO DE DOCUMENTAÇÃO CD T 4242

Os Hospitais Filantrópicos do Século XXI e o SUS

Luiz Roberto Barradas Barata[1]
José Dínio Vaz Mendes[2]

Breve histórico da assistência filantrópica de saúde no Brasil

A história da prestação de assistência à saúde pelas entidades filantrópicas no Brasil e no mundo é secular. As Santas Casas de Misericórdia são as mais antigas e tradicionais entidades que atendem aos problemas de saúde dos brasileiros e estão presentes nas capitais e em mais de mil cidades do interior do país.

De fato, a Ordem das Santas Casas da Misericórdia foi instituída em Portugal pela Rainha Leonor de Lancastre, no ano de 1498, objetivando as obras de caridade em 4 grandes áreas: tratar os enfermos, cuidar dos presos, socorrer os necessitados e amparar os órfãos. No Brasil, a primeira Santa Casa foi fundada na cidade de Santos por Brás Cubas, no ano de 1543 (*Santa Casa de Misericórdia de São Paulo*, 2005).

As Santas Casas foram construídas e mantidas com recursos arrecadados pelas comunidades e o auxílio das entidades mantenedoras. Primordialmente com caráter de caridade e amparo, com o avanço das ciências médicas, os serviços foram se tornando progressivamente, verdadeiros hospitais, responsáveis pela quase totalidade da assistência médica hospitalar à população até o início do século passado.

O desenvolvimento, a partir do século passado, de novos equipamentos e insumos médicos responsáveis pelo grande avanço dos

INDEXADO
BD/LILACS
2714
WA525
B226h
s.d
ex 1

serviços de saúde e o conseqüente encarecimento da prática médica, exigiram que as Santas Casas procurassem a ampliação e modernizações de suas instalações e novas fontes de financiamento para seu custeio.

Em 1957, o Prof. Jairo Ramos, então Presidente das Associações Paulista de Medicina e Paulista de Hospitais, observava em conferência, a necessidade de profissionalização das equipes das Santas Casas e do modo de atendimento dos pacientes, a insuficiência dos recursos financeiros para o atendimento exclusivamente gratuito, a busca do necessário financiamento das Caixas e Institutos, cujos previdenciários também eram atendidos nos hospitais, a importância do Estado assumir o papel de subsidiar os atendimentos públicos e o risco dos hospitais filantrópicos passarem a ter um caráter puramente comercial e lucrativo (Ramos, 1957). Assim, bem antes da criação do Sistema Único de Saúde – SUS em 1988, as Santas Casas iniciaram a prestação de serviços de saúde para o sistema previdenciário, recebendo recursos por estes atendimentos da Previdência Social (INPS, depois INAMPS), tornando-se gradativamente, na grande rede assistencial da população.

Além das ações assistenciais, pode-se destacar também o papel histórico que as Santas Casas cumpriram e cumprem até hoje na formação de recursos humanos para a saúde, a começar pela criação das primeiras escolas de Medicina e de Enfermagem nesses hospitais.

Entre as entidades filantrópicas de saúde no Brasil, criadas a partir do final do século XIX e início do século XX, estão os hospitais beneficentes, que foram construídos com recursos e doações das comunidades de migrantes, para realizarem atendimento médico específico à seus integrantes.

Destacam-se entre eles, alguns dos mais importantes hospitais do país, que possuem a mais moderna infra-estrutura médica, como por exemplo, entre outros:

- o Hospital da Beneficência Portuguesa de São Paulo (construído pela Real e Benemérita Associação Portuguesa de Beneficência, fundada em 1859);

- o Hospital Sírio-Libanês que iniciou suas atividades oficiais em 1965 (precedido por atividades assistenciais da Sociedade Beneficente de Senhoras Hospital Sírio-Libanês fundada em 1921) e;

- o Hospital Israelita Albert Einstein, inaugurado em 1971 (obra da Sociedade Beneficente Israelita Albert Einstein, fundada em 1955).

Os hospitais filantrópicos e beneficentes são portanto, os verdadeiros hospitais de comunidade no país e juntamente com a escola e a igreja são os símbolos cardeais das cidades nas quais se localizam, representando um patrimônio público que precisa ser preservado e ampliado.

Finalmente lembramos que as entidades filantrópicas foram reconhecidas pela Constituição Brasileira como parceiras fundamentais do Estado na assistência prestada pelo Sistema Único de Saúde – SUS:

"Art. 199. A assistência à saúde é livre à iniciativa privada.

§ 1º - As instituições privadas poderão participar de forma complementar do sistema único de saúde, segundo diretrizes deste, mediante contrato de direito público ou convênio, tendo preferência as entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos."

A assistência filantrópica no Brasil

Segundo informações da Confederação das Santas Casas de Misericórdia, Hospitais e Entidades Filantrópicas - CMB, o setor se constitui atualmente de mais de duas mil e quinhentas entidades em todo o território nacional, responsáveis por cerca de 50% dos leitos hospitalares existentes no País. O setor filantrópico gera 450 mil empregos diretos além de contar com a participação de cerca de 140 mil médicos autônomos (*CMB, 2005*).

Os serviços de saúde prestados pelas entidades filantrópicas são fundamentais para o SUS e sua magnitude demonstra a importância do setor.

Dos hospitais que prestam serviços ao SUS no Brasil, 26 % (1.627 hospitais) são entidades filantrópicas que representam cerca de 31% (122 mil leitos) do total de leitos do SUS.

No Estado de São Paulo os hospitais filantrópicos representam 47 % (396 hospitais) do total de hospitais, possuindo 54% (35 mil leitos) do total de leitos SUS existente no Estado (dados do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES/MS).

No Brasil, segundo as informações do Sistema de Internação Hospitalar – SIH/SUS do Ministério da Saúde, os hospitais filantrópicos foram responsáveis por 40% do total de internações do SUS em 2004. Estas internações representaram cerca de 43% do valor total pago pelo sistema para as internações (*DATASUS, 2005*).

No Estado de São Paulo os hospitais filantrópicos realizaram cerca de 57% das internações do SUS em 2004, totalizando 57% do total pago pelas internações no Estado. *(DATASUS, 2005).*

Todos estes dados estão resumidos no Quadro 1.

Quadro 1: Produção hospitalar do setor filantrópico no SUS Brasil e Estado de São Paulo – 2004

Região	Internações Filantrópicas no SUS (milhões	% das internações totais do SUS	Valor Pago pelas Internações Filantr. no SUS *(milhões R$)*	% do valor total das internações do SUS
Brasil	4,6	40	2.836,6	43
Estado de São Paulo	1,3	57	928	57

Fonte: SIH/SUS/DATASUS/MS.

Com relação à produção ambulatorial, as entidades filantrópicas representam no Brasil cerca de 21% (ou R$ 1,5 bilhão) do valor total pago pelo sistema e no Estado de São Paulo este valor sobe para 28% (ou R$ 681 milhões) do total (*DATASUS, 2005*).

Os Serviços Públicos e Privados em Saúde

Cabe fazer uma distinção fundamental entre serviços públicos e privados em saúde.

O senso comum considera que os serviços públicos de saúde são aqueles estatais (pertencentes à administração pública direta ou indireta de qualquer esfera de governo, municipal, estadual ou federal) e, todos os demais serviços que atuam na saúde são considerados privados, sejam lucrativos (como os hospitais da Medicina de Grupo) ou filantrópicos (como as Santas Casas).

Na verdade, para a saúde pública, o correto é considerar os serviços de saúde segundo a relação das entidades com a sociedade civil (isto é, a lógica e os objetivos que orientam seus serviços, bem como a forma de financiamento e de controle sobre os mesmos).

Neste contexto, podemos dividir os serviços de saúde em públicos e privados.

Um serviço de saúde será público (governamental ou não governamental) quando prestar serviços de saúde de interesse público e com os objetivos comuns com os gestores do sistema, sem objetivar o lucro e portanto, sem se reger estritamente pelas regras de livre mercado,

recebendo financiamento público e estando sob controle e regulação das autoridades competentes do SUS.

Esta é a situação dos hospitais filantrópicos e de outras entidades sem fins lucrativos, que prestam serviços de saúde para o SUS. Esta condição foi reconhecida pela Constituição Federal que prevê expressamente a preferência que deve ser dada às instituições filantrópicas em relação às demais instituições privadas. Cabe aos gestores do SUS reconhecer os hospitais públicos não governamentais como seus parceiros preferenciais conforme o disposto na Constituição e garantir a este parceiro o tratamento condizente com sua situação peculiar.

No sistema de saúde brasileiro, tal como em outras atividades sociais relevantes (como a assistência social, a proteção ambiental, entre outras), a utilização de organizações não governamentais para a prestação de serviços, é perfeitamente legítima (e prevista na Constituição Federal, como já descrevemos) desde que sejam garantidos os princípios do SUS, o controle por parte dos gestores do sistema e o atendimento dos interesses e necessidades da população de forma, universal, equânime e integral.

Além disso, conforme o amadurecimento das relações entre as entidades e os gestores do sistema, a utilização das organizações não governamentais na prestação de serviços de saúde, pode colaborar efetivamente na melhoria da eficiência do sistema, na ampliação de sua cobertura e na consecução de seus objetivos, uma vez que essas entidades podem aliar agilidade da gestão privada aos interesses públicos, aumentando muito a eficiência dos serviços prestados.

Portanto é essencial que neste início de século sejam criados no Brasil, novos mecanismos de parceria e formas de relacionamento, que permitam ao poder público estabelecer convênios e acordos com as entidades filantrópicas objetivando a manutenção de sua participação no SUS e a ampliação da oferta de serviços de saúde à população.

As relações atuais entre as entidades filantrópicas e o SUS

Desde a segunda metade do século passado, com o aumento do custo das atividades médicas, os hospitais filantrópicos passaram a encontrar dificuldades para sobreviverem unicamente com o auxílio da comunidade e tornaram-se gradativamente mais dependentes dos recursos públicos para sua manutenção.

A Constituição Federal, ao incluir a assistência à saúde como direito universal, modificou completamente o quadro de prestação de serviços. A população tem assegurado seu direito à saúde e estendido para todos os

níveis de complexidade da atenção (o SUS deve atender das vacinas ao transplante), garantindo assim a integralidade da assistência.

Com o estabelecimento do SUS em 1988, os hospitais filantrópicos, para cumprir os objetivos para os quais foram criados, devem cada vez mais oferecer serviços ao SUS e, passam a depender progressivamente mais do financiamento do sistema e dos recursos públicos para sua existência.

Esta dependência cada vez maior de recursos públicos, apresenta conseqüências para os hospitais filantrópicos, na medida em que o SUS não conseguia dispor de um sistema de financiamento estável, que retribuísse com justiça a assistência oferecida pelos hospitais:

- em 1992 os hospitais filantrópicos prestadores de serviços do SUS enfrentam uma grande crise financeira, devido à atrasos de pagamento pelo sistema, quase resultando na insolvência no setor;

- em 2004, uma nova crise se manifesta no setor, pois embora não exista atraso nos pagamentos, os valores das tabelas do SUS que remuneram os procedimentos dos hospitais filantrópicos são insuficientes para cobrir seus custos (ver Quadro 2):

Quadro 2: Comparação entre custos (R$) dos procedimentos, a tabela SUS e a Tabela AMB - 2005

Procedimento	Custo (1)	Tabela SUS	Tabela AMB
Parto	724,1	356,6	408 (2)
Consulta ambulatoria	27,8	7,5	42
Rx	13,3	9,5	28,9
Ultrassom	19,31	12,4	97,4

(1) Custo médio apurado em 15 hospitais estaduais administrados por OSS.
(2) Valor sem analgesia.

Atualmente a grande maioria das entidades não dispõe de formas de manutenção de suas atividades somente com os recursos repassados pelo SUS.

Tal fato decorre não só da insuficiência e redução de aporte de recursos obtidos tradicionalmente por estas instituições da comunidade, sob a forma de contribuições sociais, doações, etc., mas também porque parte daqueles hospitais que também atendem convênios privados para complementar sua receita, tem tido redução significativa dos valores recebidos do mercado privado de medicina, decorrentes da difícil situação econômica dessas empresas, que tem procurado reduzir seus custos, cortando despesas inclusive o pagamento de serviços prestados a seus segurados.

Por outro lado, dependendo do tamanho e da condição social dos municípios nos quais se encontram os hospitais, não há possibilidade de complementação de receitas privadas pelos hospitais, pois este mercado inexiste no município ou tem expressão insignificante para merecer maior atenção.

Podemos afirmar ainda que o SUS não pode prescindir dos prestadores filantrópicos para garantir o atendimento das necessidades de saúde da população.

A atual forma de remuneração do SUS e os valores pagos estão ocasionando a "morte lenta" das entidades filantrópicas prestadoras de serviços para o sistema e provocará prejuízos irreparáveis para a assistência à saúde no país, caso não seja encontrada solução rápida para a modificação desse quadro que vem se desenhando nos últimos anos.

A solução do problema do financiamento das entidades filantrópicas prestadoras de serviços para o SUS depende da capacidade do sistema de encontrar um ponto de equilíbrio, que não ponha a perder o investimento histórico da sociedade nos hospitais e ao mesmo tempo garanta os recursos para assistência da população dependente do sistema.

Uma nova proposta de relacionamento das entidades filantrópicas e o SUS

As soluções para a crise de financiamento das entidades filantrópicas que apontamos anteriormente, podem ser encontradas em três eixos de ação:

I – Modificações no modelo gerencial e assistencial praticado pelos hospitais filantrópicos

Embora reconhecendo que os recursos pagos pelo SUS são insuficientes, não podemos deixar de apontar a necessidade de modernizar

a gerência dos serviços de saúde: diante do alto e crescente custo dos procedimentos médicos na área da saúde, a busca da gestão eficiente é uma tendência mundial, sendo preocupação mesmo em países desenvolvidos, que apresentam gastos muito maiores que o brasileiro em saúde (Freeman e Moran, 2002; Costa, Silva e Ribeiro, 2001).

A modernização gerencial envolve pelo menos três aspectos distintos:

a) Profissionalização dos serviços hospitalares: não é mais possível permitir que segmentos de um hospital sejam administrados por médicos ou grupo de profissionais com objetivos distintos da instituição, conduzindo um negócio e assim prejudicando o desempenho da entidade como um todo, reduzindo a eficiência e a qualidade da assistência produzida.

Muitas vezes é justamente o serviço mais superavitário que é "repassado" para este tipo de gestão. Outras vezes não existe sequer integração entre os serviços de um mesmo hospital, que torna-se a reunião de "repúblicas" independentes, inviabilizando a prestação dos serviços necessários ao SUS e dificultando o relacionamento com os gestores do sistema;

b) Modificação do perfil assistencial da entidade: é preciso levar em conta que no passado, quando da constituição dos serviços de saúde, os parâmetros de necessidade de leitos ou procedimentos médicos eram muito diferentes daqueles utilizados no planejamento atual da saúde pública.

Assim, por exemplo, graças aos avanços técnicos e terapêuticos que permitiram a ampliação dos atendimentos realizados ambulatorialmente, não existe mais necessidade do número de leitos anteriormente preconizados pela Organização Mundial de Saúde, de 3 a 5 leitos/mil habitantes que produz estimativas muito superiores às necessidades reais da população.

De fato, o Ministério da Saúde por meio da Portaria GM/MS n.º 1101, de 12 de junho de 2002, ao estabelecer os parâmetros de cobertura assistencial no âmbito do SUS, fixou a necessidade de leitos hospitalares totais em 2,5 a 3 leitos/1000 habitantes.

A Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo estima que para o adequado atendimento médico hospitalar da população de pequenas e médias cidades do interior o parâmetro que deve ser utilizado é de 1 leito para cada mil habitantes.

Confirmando as afirmativas anteriores, podemos ver no Quadro 3, que o número de internações do SUS no Brasil e no Estado de São Paulo por 100 habitantes/ano, reduziu-se cerca de 20 % entre 1995 e 2004, não havendo notícia de desassistência em nenhuma região do Estado.

Quadro 3: Número de Internações por 100 habitantes/ano Brasil e Estado de São Paulo – 1995 e 2004

Região	1995	2004	Variação% 95/2004
Brasil	8,12	6,42	- 21%
Estado de São Paulo	6,82	5,62	- 18%

Fonte: SIH/SUS/DATASUS/MS

Nestas circunstâncias muitas entidades precisam se adaptar às novas concepções de assistência médica: substituindo enfermarias por hospitais-dia ou novas unidades ambulatoriais, especializando serviços de internação, transformando pequenos hospitais (com baixa resolutividade) em unidades voltadas para suporte da atenção básica (internações de curta permanência, estabilização de urgências) ou maternidades com atendimento ao parto normal humanizado, sempre a partir da discussão e do planejamento conjunto com os gestores do sistema, conforme as necessidades e peculiaridades de sua população.

c) Necessidade de aumentar o poder de participação da sociedade civil na instituição: uma vez que a entidade foi constituída com recursos da sociedade civil e é mantida com financiamento público do SUS, os princípios do SUS tornam imprescindível a participação do usuário (controle social) nos destinos da instituição. Há necessidade portanto de revisão da mesa diretora da entidade, com ampliação e inserção de variadas lideranças da sociedade local, de forma que a administração torne-se mais transparente e permita a avaliação das ações desenvolvidas.

O modelo da tradicional mesa provedora da Santa Casa eleita por seus pares deve ser revisto e substituído por um novo modelo de conselho diretor que represente os interesses da sociedade local, suas necessidades e desejos, de forma que o hospital filantrópico possa representar um verdadeiro bem para a comunidade.

II – Alteração das formas de contratação de serviços pelo SUS

O SUS deve reconhecer e respeitar a existência das diferenças entre o parceiro filantrópico e o prestador de serviços de caráter lucrativo.

É justamente pela existência destas diferenças que existem na legislação instrumentos distintos para contratação destas duas modalidades: o convênio para o parceiro filantrópico (que como vimos anteriormente possui objetivos comuns com os gestores públicos do sistema) e o contrato para os serviços lucrativos (que atendem o sistema, apenas naquilo que interessa ao serviço, isto é, na medida em que seja pago o suficiente para garantir o lucro).

Neste sentido devemos buscar novas formas de conveniar os serviços filantrópicos que possam garantir o financiamento suficiente para suas atividades e também a produção de procedimentos necessários à manutenção da saúde da população.

Propomos a mudança do atual modelo de pagamento "por produção" para a modalidade "orçamento x metas de produção e qualidade".

Para aqueles que salientam a dificuldade desta mudança, podemos lembrar que na década de 70 do século passado, o sistema previdenciário também realizou uma mudança significativa na forma de pagamento dos prestadores, passando da Guia de Internação Hospitalar – GIH para o atual sistema de Autorização de Internação Hospitalar – AIH.

Esta mudança foi acompanhada na época de grandes protestos e previsões de fracasso. Entretanto o sistema de AIHs representou um avanço considerável na relação com os serviços, reduzindo a corrupção e desvios do sistema. Mesmo assim, consideramos que passados cerca de 30 anos do sistema de AIHs, urge novas propostas que possam modernizar as relações entre os gestores e os hospitais.

No novo modelo proposto, o parceiro filantrópico deve aceitar que seja mantida sua autonomia com relação à gerência do serviço, porém com relação ao tipo de atendimento a ser prestado, deve seguir as necessidades apontadas pelos gestores e submetê-las à regulação pública do SUS.

Entretanto, não se deve cair na armadilha de querer transformar os hospitais filantrópicos em unidades estatais, que apresentam problemas crônicos de eficiência e dificuldades gerenciais conhecidas de todos. Voltamos aqui a lembrar que a existência de serviços não governamentais é do interesse do sistema, desde que respeitados os princípios do SUS e a eficiência na prestação de serviços.

Existiram muitas experiências ao longo dos últimos 30 anos que buscavam a eficiência na prestação de serviços. É necessário verificar quais de fato se consolidaram e geraram resultados concretos e objetivos. As experiências com Fundações de Apoio a hospitais públicos são um marco referencial importante na gestão de serviço de saúde e devem ser

considerados e aprimorados se quisermos atingir a meta de maior eficiência na gestão dos serviços de saúde.

O Estado de São Paulo possui uma experiência de 7 anos de sucesso com as **Organizações Sociais de Saúde – OSS**:

- O modelo de gestão de hospitais públicos participantes do Sistema Único de Saúde – SUS, por meio de Organizações Sociais de Saúde – OSS, foi iniciado no Estado de São Paulo à partir de 1998, introduzindo novos conceitos de relacionamento com o setor filantrópico, que se mostraram eficientes e permitiram excelente nível de qualidade na prestação de atendimentos à população.

- A oportunidade desta experiência inovadora decorreu da decisão governamental de retomar e terminar 15 obras inacabadas de hospitais, iniciadas em gestões anteriores e localizadas em comunidades carentes, melhorando o acesso da população à atenção hospitalar, principalmente na região metropolitana de São Paulo.

- Buscava-se maior agilidade e autonomia administrativa, que não são disponíveis nas instituições sob administração direta do Estado.

- Para efetivar a proposta, o Governo enviou um projeto e foi aprovada pela Assembléia Legislativa Estadual, a Lei Complementar 846/**98**, que autoriza o Poder Executivo a qualificar, como Organizações Sociais da Saúde - OSS, entidades sem fins lucrativos, com experiência comprovada no gerenciamento do setor saúde.

- A Lei determina a elaboração de um contrato de gestão, entendido como um instrumento firmado entre o Poder Público e a entidade qualificada como OSS, estabelecendo as bases da parceria e destinado a regular a execução das atividades que serão desenvolvidas pelo hospital. Para garantir o caráter público dos hospitais gerenciados pelas OSS, a Lei determinou a obrigatoriedade de atendimento exclusivo ao SUS.

- A transparência na gestão dos serviços prestados pelas OSS foi assegurada pela criação obrigatória de uma comissão de avaliação, responsável por analisar os resultados atingidos com a execução do contrato de gestão, composta de representantes do Conselho Estadual de Saúde e da Comissão de Saúde e Higiene da Assembléia Legislativa e de profissionais de notória especialização indicados pela Secretaria de Estado da Saúde.

- O balanço e as demais prestações de contas das OSS são publicados obrigatoriamente no Diário Oficial do Estado e analisados pelo Tribunal de Contas do Estado de São Paulo.

- Para seu financiamento foi abandonada a lógica de pagamento pelas "tabelas SUS". Foi definido para cada hospital, de acordo com suas características de atendimento, um orçamento de custeio pré-fixado, com uma parte fixa e uma parte variável, baseadas em um sistema de custos de produção de altas e procedimentos das principais áreas de atuação do hospital e, em indicadores de organização do serviço, qualidade e eficiência.

- A produção das 16 OSS representou em 2004, cerca de 42 % do total de internações realizadas pelos hospitais estaduais da administração direta da Secretaria de Estado da Saúde. Nos hospitais das OSS o custo médio por saída foi 16,7 % menor e a produtividade (saídas por leito) foi 42 % maior que a observada nos hospitais da rede própria da Secretaria.

III – Modificações na legislação que regulamenta o assunto

Para que mudanças tão profundas como as introduzidas pelo modelo de OSS possam ser estendidas aos demais hospitais filantrópicos, é necessário modificar regras e diretrizes existentes procurando migrar do sistema de compra de serviços para o sistema de orçamento x produção de qualidade.

Essa necessidade de modernização e adaptação das normas e regras que regem as relações entre os serviços filantrópicos e o poder público, deve obrigatoriamente respeitar os princípios do SUS: acesso universal e gratuito, integralidade da assistência e eqüidade na oferta de serviços.

É preciso superar a visão de que um serviço de saúde somente é público, se for administrado diretamente pelo Estado, incorporando mais objetivamente o conceito de Estado formulador, controlador e avaliador dos serviços prestados, em substituição do modelo de Estado proprietário, empregador e prestador exclusivo.

Em todo o mundo, a tendência do poder público na prestação de serviços hospitalares de saúde é de controlar e avaliar resultados e não de gerenciar e executar diretamente o processo produtivo (Freeman e Moran, 2002).

Como exemplo de outros países que adotaram estratégias semelhantes com sucesso, poderíamos citar o Canadá, país com sistema público e universal de saúde, com qualidade reconhecida e alto grau de aprovação de sua população.

Tal como o SUS, o sistema canadense é financiado mediante tributação geral (impostos), porém os serviços de saúde são prestados e administrados por entidades sem fins lucrativos, de acordo com as premissas do setor público, que mantém controle sobre todo o sistema (OPAS, 2000; Quinhões, 1997).

Conclusão

Ao apresentarmos a experiência das OSS no Estado de São Paulo, não pretendemos apontá-las como "a melhor" ou "a única" forma possível de gerenciamento de serviços para o SUS. Nossa intenção é apenas chamar a atenção da sociedade para um modelo que deu certo, produziu resultado e atendeu as necessidades da população.

Na administração pública, acreditamos que não se deve assumir "dogmas" que pregam modelos únicos de administração ou consideram impraticáveis outras formas de gerenciamento, além daqueles tradicionalmente vigentes.

As diversas experiências e modelos gerenciais inovadores, desde que atendam aos princípios do SUS, devem ser respeitadas, pois poderão ser aplicadas, aperfeiçoadas ou modificadas, sempre com o objetivo de melhorar e tornar mais eficiente a prestação dos serviços à população.

Essa é, aliás, uma das principais vantagens da característica descentralizada do sistema: possibilitar o surgimento de novas experiências e idéias com o intuito de aprimorar o SUS, conforme as diferentes realidades locais.

Entretanto, consideramos que a experiência de contratos de gestão e pagamento por *orçamento x metas* que foi executada nas OSS do Estado de São Paulo foi bastante exitosa, razão pela qual propomos que mecanismos semelhantes de contratualização sejam adotados progressivamente pelas demais entidades filantrópicas que prestam serviços ao SUS no Estado de São Paulo, de forma a trazer estabilidade e eficiência ao sistema prestador de serviços do SUS e atender satisfatoriamente as necessidades de saúde da população.

O desafio é grande mas a capacidade de trabalho e empenho em vencer obstáculos da sociedade paulista certamente permitirá aos hospitais filantrópicos do Estado de São Paulo encontrar as soluções para superar a crise financeira que enfrentam.

Bibliografia consultada:

CMB - Confederação das Santas Casas de Misericórdia, Hospitais e Entidades Filantrópicas. Perfil da Entidade. Dados pesquisados em março de 2005 na Internet no site <<http://www.cmb.org.br/perfil.htm>>.

Costa NR, Silva PLB, Ribeiro JM. Inovações organizacionais e de financiamento: experiências a partir do cenário institucional. In Negri B, Giovanni GD (Org.), Brasil Radiografia da Saúde. 1ª ed., Campinas/ SP: Editora UNICAMP/NEPP; 2001. p 291-305.

DATASUS - Departamento de Informação e Informática do SUS/Ministério da Saúde. Informações de Saúde. Assistência à Saúde. Dados pesquisados em março de 2005 na Internet no site <<http://www.datasus.gov.br/>>.

Freeman R, Moran M. A Saúde na Europa. In Negri B, Viana ALA (Org) O Sistema Único de Saúde em dez anos de desafio, 1ª ed., São Paulo: SOBRAVIME/CEALAG; 2002. pg 45 – 64.

OPAS – Organización Panamericana de la Salud. Canada – Perfil del Sistema de Servicios de Salud. Impresso do Programa de Organización y Gestión de Sistemas y Servicios de Salud da División de Desarrollo de Sistemas y Servicios de Salud.Março de 2000.

Quinhões TAT. Novos padrões gerenciais no setor público no sistema de saúde canadense. In Cadernos ENAP - Reforma do Estado no setor de saúde: os casos da Catalunha, Canadá, Reino Unido e Estados Unidos. Escola Nacional de Administração Pública, 1997. pg 47 – 71.

Ramos J. O Papel das Santas Casas na Assistência Hospitalar. Revista Paulista de Hospitais. São Paulo. Ano V, Vol.V, n.º 2. fev de 1957.

Santa Casa de Misericórdia de São Paulo. História da Santa Casa. Dados pesquisados em março de 2005 na Internet no site <<http://www.santacasasp.org.br/>> . (Footnotes)

[1] Secretário de Estado da Saúde de São Paulo
[2] Assessor Técnico da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
CENTRO DE DOCUMENTAÇÃO
C D