

Nesta edição Nº 22

Saúde em dados contextualização



Hospitais Gerais Públicos: Administração Direta e Organização Social de Saúde

Public General Hospitals: Direct Administration and Social Health Organization

José Dinio Vaz Mendes¹; Olímpio J. Nogueira V. Bittar¹

¹Assessores da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo

RESUMO

A comparação periódica dos resultados dos hospitais gerais estaduais da administração direta e gerenciada por Organizações Sociais de Saúde (OSS) é fundamental para orientar as políticas públicas e buscar maior eficiência no uso de recursos públicos. **Objetivo:** Apresentação dos resultados dos hospitais gerais da Secretaria Estadual de Saúde vinculados à Administração Direta do Estado e gerenciados pelas Organizações Sociais de Saúde, no quadriênio de 2013 a 2016, quanto a indicadores de desempenho: produtividade e qualidade. **Método:** Utilização de dados dos sistemas de informação das Coordenadorias de Saúde e dos sistemas de informação do Sistema Único de Saúde (SUS). **Resultados:** Os hospitais administrados pelas Organizações Sociais de Saúde apresentaram melhores resultados quanto a tempo médio de permanência, taxa de ocupação, renovação de leitos, utilização de sala de operação, taxa de cesáreas, infecção hospitalar, gastos em relação a produção. **Conclusões:** Os resultados obtidos são similares a estudos comparativos anteriores que demonstram melhor desempenho, produtividade e qualidade pelas unidades administradas pelas OSS.

PALAVRAS-CHAVE: Hospitais. Organização Social de Saúde. Sistemas de saúde. Indicadores de desempenho. Medidas de desempenho.

ABSTRACT

The difficulty of managing state hospitals under direct administration of the State with the progressive operational costs, has long provoked changes in management and fostered innovations that result in greater efficiency. Objective: Comparison between hospitals of the State's Health Department linked to the Coordination of Health Services, which are of direct administration, with the General Coordination of Health Services Agreements, managed by the Social Health Organizations, in the year of 2013 a 2016, on performance indicators, productivity and quality. Method: Utilization of data from the information systems of both coordinations. Results: The GCCSS hospitals showed better results as the length of permanence, occupancy rate, renovation of beds, usage of operation rooms, cesarean tax, hospital infection and spent in relation to production. Conclusions: The results are similar to previous comparative studies demonstrating improved performance, productivity and quality of the units managed by the Social Health Organizations.

KEYWORDS: Hospitals. Social Health Organization. Health systems. Performance indicators. Performance measurement.

INTRODUÇÃO

O modelo de gestão de serviços públicos de saúde por meio de parceria público-privada com as Organizações Sociais de Saúde já tem quase vinte anos no Estado de São Paulo e foi objeto de inúmeras análises e estudos,¹⁻⁷ que apontam vantagens quanto à agilidade, autonomia administrativa e desempenho deste modelo de gestão para o tradicional modelo de administração direta do Estado.

A comparação periódica entre as duas formas de gerenciamento é importante para acompanhar seus resultados, avaliar a eficiência dos modelos e apontar aos gestores públicos os possíveis mecanismos administrativos e gerenciais que possam resultar em melhor

desempenho, otimização no uso dos recursos públicos e garantia de maior acesso e melhor qualidade na assistência à saúde oferecida à população.

Embora os contratos de gestão com Organizações Sociais de Saúde no Estado de São Paulo envolvam atualmente outros tipos de serviços não hospitalares, como ambulatórios médicos de especialidade – AME,⁸ de apoio diagnóstico e até na logística de materiais e suprimentos, os hospitais continuam sendo as unidades mais custosas do serviço público, justificando a atenção na comparação desta forma de serviço de saúde.

A comparação de hospitais é processo difícil, cujos resultados devem ser analisados

com cautela, em especial pelas diferenças na complexidade dos atendimentos, características da clientela, especialidades atendidas, dimensões dos serviços, entre outras. Por estes motivos, optou-se trabalhar com um conjunto de hospitais gerais de características semelhantes, utilizando-se um grande número de indicadores, que embora não esgotem todas as peculiaridades das unidades, garantem visão ampla dos processos envolvidos e base razoável para comparação.

Este movimento iniciado no Estado de São Paulo, em 1998, atualmente estende-se a 20 estados da federação e 200 municípios, ensejando a criação Instituto Brasileiro das Organizações Sociais de Saúde – IBROSS.⁹

OBJETIVO

O objetivo é apresentar dados de desempenho (produção, produtividade, qualidade e financiamento) dos dois modelos de administração de hospitais gerais públicos da SES no período de quatro anos, 2013 a 2016: Administração Direta (AD) e gerenciamento de unidades por OSS.

MÉTODOS

Foram objetos do estudo dados de produção e indicadores hospitalares das unidades gerais de internação vinculadas à Coordenadoria de Gestão de Contratos de Serviços de Saúde (CGCSS), responsável pelas unidades sob gerenciamento das OSS e das vinculadas à Coordenadoria de Serviços de Saúde (CSS), responsável pelos hospitais da AD, em ambos os casos utilizando-se as informações provenientes dos sistemas de informação das respectivas coordenadorias.^{10,11} Os dados financeiros foram fornecidos pela Coordenadoria de

Gestão Orçamentária e Financeira (CGOF), os dados de infecção hospitalar de estudos da Coordenadoria de Controle de Doenças (CCD) e finalmente os dados referentes ao número de médicos terceirizados e concursos públicos realizados sem sucesso na Secretaria de Estado da Saúde - SES/SP foram fornecidos pela Coordenadoria de Recursos Humanos (CRH).

Foram avaliados e comparados números absolutos e percentuais das seguintes variáveis: leitos operacionais e leitos CNES, leitos operacionais de UTI, taxa de ocupação, tempo médio de permanência, número de saídas, mortalidade hospitalar, número de cirurgias hospitalar e ambulatorial, produção por sala de cirurgia hospitalar e ambulatorial, número de partos, taxa de cesáreas, taxa de infecção hospitalar, total de exames de alto custo (ressonância magnética, tomografias), procedimentos terapêuticos litotripsia e sessões de diálise e total de atendimentos médicos ambulatoriais e de urgência/emergência, além dos dados de funcionários totais e de financiamento.

O número de leitos operacionais de cada unidade de internação foi analisado utilizando-se a média em cada ano considerado, ou seja, o somatório mensal informado nos sistemas de informação de cada coordenadoria.

Hospitais estaduais abrangidos pelo estudo

A lista de hospitais gerais da Administração Direta e dos gerenciados pelas OSS que foram selecionados para o trabalho é apresentada nas Tabelas 1 e 2 com o número de leitos operacionais e também o número de leitos cadastrados no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) no ano de 2016.

A Tabela 3 apresenta os hospitais gerais divididos segundo o porte (número de leitos) dos serviços.

Entre os hospitais gerais foram selecionados apenas aqueles que apresentaram produção nos quatro anos, sendo por este motivo retirado do estudo, o Hospital Manoel de Abreu de Bauru, o Hospital Regional de Jundiaí e o Hospital Local de Sapopemba, entre aqueles gerenciados pelas OSS. Por outro lado, o Hospital São José do Imirim foi incluído entre aqueles da AD, embora não possua cadastro no CNES, uma vez que seus custos e produção

são computados em outro hospital da AD da SES (Vila Nova Cachoeirinha).

Em síntese, no total foram incluídos 18 hospitais da AD (3,3 mil leitos operacionais) e 29 hospitais gerenciados pelas OSS (6,3 mil leitos operacionais). Portanto os leitos dos hospitais gerais da AD correspondem a aproximadamente 53% do total de leitos dos hospitais de OSS.

A maior parte destes hospitais (83%) são unidades com mais de 101 leitos, entretanto com predomínio de 101 a 200 leitos na AD e de mais de 200 leitos nas OSS.

Tabela 1. Hospitais Gerais da Administração Direta (AD) da Secretaria de Estado da Saúde. Estado de São Paulo, 2016

Nº	Hospitais	Leitos*	
		Operacionais	CNES
1	Promissão	33	66
2	São José (Imirim)	36	0
3	Mirandópolis	66	94
4	Padre Bento	118	145
5	Regional de Assis	123	136
6	Regional de Osasco	129	212
7	Penteado	163	219
8	Cachoeirinha	172	180
9	São Matheus	174	251
10	Guilherme Álvaro	176	248
11	Taipas	198	248
12	Regional Sul	210	177
13	Ipiranga	229	259
14	Guaianases	235	255
15	Ferraz de Vasconcelos	236	260
16	Heliópolis	248	280
17	Conjunto Hospitalar de Sorocaba	365	397
18	Conjunto Hospitalar do Mandaqui	424	396
Total		3.335	3.823

Obs.: *incluindo leitos complementares (UTI e outros)

Fonte: CGCSS, CSS/SESSP e CNES/MS (base dez 2016).

Tabela 2. Hospitais Gerais gerenciados por OSS da Secretaria de Estado da Saúde. Estado de São Paulo, 2016

Nº	Hospitais	Leitos*	
		Operacionais	CNES - Existentes
1	Hosp Est de Ribeirao Preto	46	53
2	Hosp Est João Paulo II	64	103
3	Hosp Reg de Porto Primavera	82	59
4	Hosp Est Américo Brasiliense	86	127
5	Hosp Reg de Itanhaém	92	94
6	Hosp Francisco Morato	108	120
7	Hosp Franco da Rocha	115	167
8	Hosp Universitário Taubaté	148	157
9	Hosp Reg Vale do Ribeira	159	178
10	Hosp de Base de Bauru	162	174
11	Hosp Cotia	171	139
12	Hosp Est de Sumaré	187	221
13	Hosp Itapecerica da Serra	216	196
14	Hosp Sapopemba	216	209
15	Hosp Vila Alpina	235	209
16	Hosp Estadual de Diadema	235	287
17	Hr Vale do Paraíba	236	249
18	Hosp Itapevi	242	265
19	Hosp Carapicuíba	244	244
20	Hosp Pirajussara	249	319
21	Hosp Itaim Paulista	279	321
22	Hosp Luzia Pinho de Melo	282	292
23	Hosp Sm de Itaquaquecetuba	285	244
24	Hosp Pedreira	290	239
25	Hosp Mario Covas	292	343
26	Hosp Est de Bauru	320	328
27	Hosp Grajau	335	260
28	Hosp Geral de Guarulhos	343	299
29	Hosp Reg Pres Prudente	538	458
Total		6.257	6.354

Obs.: *incluindo leitos complementares (UTI e outros).

Fonte: CGCSS, CSS/SESSP e CNES/MS (base dez 2016).

Tabela 3. Distribuição dos hospitais gerais segundo o porte do hospital (leitos operacionais) e tipo de administração. Secretaria de Estado da Saúde. 2016

Leitos	OSS	%	AD	%
≤ 50	1	3,4	2	11,1
51 - 100	4	13,8	1	5,6
101 - 200	7	24,1	8	44,4
> 200	17	58,6	7	38,9
Total	29	100,0	18	100,0

Obs.: *incluindo leitos complementares (UTI e outros). CNES base dez 2016

Fonte: CGCSS, CSS/SESSP

RESULTADOS

Os resultados das unidades segundo o tipo de gerenciamento (AD ou OSS) e as características dos hospitais são apresentados nas tabelas que se seguem: a Tabela 4 apresenta as informações anuais (2013 a 2016) dos 18 hospitais gerais AD; a Tabela 5 apresenta os resultados dos 29 hospitais gerais gerenciados pelas OSS para os mesmos anos; finalmente a Tabela 6 compara os indicadores das duas modalidades de gerenciamento no último ano da série (2016).

O hospital geral é quase sempre secundário (sendo que alguns possuem serviços assistenciais terciários tanto na AD como nos gerenciados por OSS) e prestam assistência similar nas duas formas de gerenciamento.

Alguns números se destacam na evolução dos indicadores estruturais e de produção para o conjunto dos hospitais gerais em cada uma das modalidades estudadas (tabelas 4 e 5):

- O número de leitos operacionais manteve-se com poucas alterações no período no conjunto de hospitais,

seja para a AD (aumento de 0,2% no período) ou OSS (um aumento um pouco maior de 2,5% no período);

- A diferença entre o número de leitos existentes no CNES e os operacionais é muito pequena para as OSS (3% em 2013 e 1,5% em 2016);
- Nota-se que os leitos existentes das unidades da AD registrados no CNES eram 22% maiores que o número de leitos operacionais em 2013. A diferença se reduziu para 13% em 2016, indicando melhoria da informação. Saliente-se que o cadastro CNES (definido pelo Ministério da Saúde) não tem a categoria leito operacional, leito inativo e leitos não habilitados pelo SUS, trabalhando unicamente com os conceitos de leitos existentes e leitos SUS. Isto pode dificultar o registro pelos serviços hospitalares, que por vezes se utilizam da categoria “leitos SUS” para caracterizar os leitos operacionais ou leitos habilitados pelo sistema;
- Embora o número absoluto de leitos de UTI seja maior nos hospitais das OSS, o percentual de leitos operacionais de UTI é praticamente igual no conjunto de hospitais da AD e das OSS (12,4% para 13% ao final do período), indicando complexidade semelhante no conjunto de cada modalidade gerencial;
- Os hospitais da AD mantiveram o número total de consultas médicas ambulatoriais anuais no período de quatro anos e aumentaram em 11% o total de consultas médicas de urgência/

emergência. Os hospitais das OSS aumentaram em 4% as consultas médicas ambulatoriais, mas reduziram em 13% as consultas de urgência entre 2013 e 2016 (ocorreu referenciamento de alguns prontos socorros, que deixaram de ser de porta aberta);

- Nas duas formas de gerenciamento se observa o aumento no número de exames e procedimentos de alto custo no período de quatro anos considerado (ressonância, tomografia, sessões de diálise), excetuando-se a litotripsia que se reduziu nas OSS (e não existe nos hospitais da AD);
- O número de pacientes-dia aumentou aproximadamente o mesmo nas duas modalidades de gerenciamento no período considerado (5% nas OSS e 6,9% na AD);
- O número de saídas nos quatro anos aumentou pouco nas AD (2,6%) e bem mais nas OSS (12,2%);
- As cirurgias (ambulatoriais e hospitalares) aumentaram significativamente na AD (57,6% nos quatro anos). Este aumento se deu principalmente pelo aumento do componente de cirurgias ambulatoriais (que passaram de 34% em 2013 para 55% do total de cirurgias em 2016); as OSS que já operavam bem mais tiveram aumento de 13% no total de cirurgias (sendo que as cirurgias ambulatoriais representam apenas 21% do total);
- Os partos cresceram cerca de 11% nas duas modalidades de gerenciamento em todo o período considerado;

Com relação à evolução dos indicadores de produtividade e qualidade, pode-se destacar (tabelas 4 e 5):

- A média de permanência é sempre superior nos hospitais da AD e cresce 4% no período, enquanto nas OSS reduziu-se 6,5%;
- A taxa de ocupação tem valores próximos nas duas modalidades, um pouco menor na AD, mas aumentando mais no período que os hospitais das OSS;
- O índice de renovação de leitos é menor na AD em todo o período e aumentou menos que as OSS;
- O índice de substituição de leitos é menor nas OSS do que na AD, embora a redução deste indicador tenha sido um pouco maior na AD no período considerado;
- O número de cirurgias por sala aumentou nas duas modalidades de gerenciamento, porém com diferenças: a taxa de cirurgias hospitalares por sala é bem maior nas OSS do que na AD, porém a taxa de cirurgias ambulatoriais por sala teve significativo aumento na AD, superando as OSS neste quesito e fazendo com que a taxa total de cirurgias por sala seja melhor na AD;
- O número de funcionários por leito é superior na AD em relação com as OSS, para todos os anos considerados;
- As taxas de mortalidade, de infecção hospitalar e de cesárea são maiores na AD do que nas OSS e somente a taxa de cesárea apresentou redução na AD no período considerado. As três taxas apresentaram redução nas OSS.

Tabela 4. Indicadores de quantidade e qualidade de 18 Hospitais da Administração Direta da SES/SP. 2013 a 2016

Indicadores	2013	2014	2015	2016	Variação % 2016-2013
Estrutura					
Leitos CNES Existentes	4.283	4.234	4.234	3.823	-10,7
Leitos Operacionais	3.327	3.286	3.348	3.335	0,2
Leitos Operacionais de UTI	372	387	404	412	10,8
% de Leitos de UTI	11,2	11,8	12,1	12,4	10,5
Salas cirúrgicas ambulatoriais	21	25	26	25	19,0
Salas cirúrgicas hospitalares	84	90	86	78	-7,1
Total de salas cirúrgicas (hospit.+ambulat.)	105	115	112	103	-1,9
Leitos-Dia/Ano	1.214.355	1.199.390	1.222.020	1.217.275	0,2
Total Funcionários (Servidores + CLT + terceirizados)	26.383	26.829	27.731	28.062	6,4
Produção					
Consultas Médicas Ambulatoriais	1.029.852	1.044.012	1.068.852	1.038.492	0,8
Exames de Tomografia	140.088	137.316	152.616	163.956	17,0
Exames de RM	17.340	17.436	21.000	20.136	16,1
Sessões de Diálise	42.060	45.204	45.852	66.168	57,3
Consultas Médicas Urgência / Emergência	1.613.268	1.625.952	1.951.524	1.790.400	11,0
Paciente-Dia/Ano	935.130	936.225	993.165	999.370	6,9
Saídas Hospitalares	137.772	133.068	140.340	141.408	2,6
Cirurgias Ambulatoriais	26.100	30.936	57.696	66.288	154,0
Cirurgias Hospitalares	49.044	51.396	52.428	52.176	6,4
Total de Cirurgias (Hospit.+ Ambul.)	75.144	82.332	110.124	118.464	57,6
Partos (total)	21.576	19.188	24.072	23.916	10,8
Produtividade					
Tempo Médio de Permanência	6,79	7,04	7,08	7,07	4,1
Taxa de Ocupação Hospitalar	77,01	78,06	81,27	82,10	6,6
Índice de Renovação de Leitos (ano)	41,41	40,50	41,92	42,40	2,4
Índice de Substituição de Leitos (ano)	2,03	1,98	1,63	1,54	-24,0
Cirurgias ambulatoriais/sala	1.243	1.237	2.219	2.652	113,3
Cirurgias hospitalares/sala	584	571	610	669	14,6
Total de Cirurgias (ambulat.+ hospit.)/sala	716	716	983	1.150	60,7
Funcionário/leito operacional	7,93	8,16	8,28	8,41	6,1
Qualidade					
Taxa de Mortalidade	6,75	6,93	7,58	7,54	11,6
Taxa de Infecção Hospitalar*	7,19	7,50	7,92	7,51	4,5
Taxa de Cesárea	38,15	39,40	37,39	38,08	-0,2

*O indicador corresponde a Taxa agregada anual: n° total infecções/n° total cateteres-dia x 1.000. Taxa referente a 16 hospitais
Fonte: SVE IH ESP/CVE/CCD/SES

Tabela 5. Indicadores de quantidade e qualidade de Hospitais Gerais Gerenciados pelas Organizações Sociais da SES/SP. 2013 a 2016

Indicadores	2013	2014	2015	2016	Variação % 2016-2013
Estrutura					
Leitos CNES Existentes	6.291	6.293	6.293	6.354	1,0
Leitos Operacionais	6.104	6.172	6.147	6.257	2,5
Leitos Operacionais de UTI	787	788	794	820	4,2
% de Leitos de UTI	12,9	12,8	12,9	13,1	1,6
Leitos-Dia/Ano	2.228.306	2.254.144	2.243.342	2.285.313	2,6
Salas cirúrgicas ambulatoriais	28	27	26	26	-7,1
Salas cirúrgicas hospitalares	198	198	199	195	-1,5
Total de salas cirúrgicas (hospit.+ambulat.)	226	225	225	221	-2,2
Total Funcionários (CLT + terceirizados)	36.408	37.507	36.377	37.240	2,3
Produção					
Consultas Médicas Ambulatoriais	1.324.370	1.357.346	1.370.011	1.382.770	4,4
Exames de Tomografia	60.193	69.826	68.928	63.931	6,2
Exames de RM	22.468	30.364	27.460	27.943	24,4
Sessões de Diálise	112.537	117.499	125.628	147.901	31,4
Litotripsia	9.795	12.037	9.869	9.164	-6,4
Consultas Médicas Urgência/Emergência	2.223.194	2.166.648	2.115.134	1.927.867	-13,3
Paciente-Dia/Ano	1.850.780	1.904.745	1.905.771	1.942.850	5,0
Saídas Hospitalares	306.790	320.938	324.292	344.274	12,2
Cirurgias Ambulatoriais	50.986	51.412	54.456	55.028	7,9
Cirurgias Hospitalares	170.038	175.508	175.266	195.462	15,0
Total de Cirurgias (Hospit.+ Ambul.)	221.024	226.920	229.722	250.490	13,3
Partos (total)	52.102	56.712	58.025	57.782	10,9
Produtividade					
Tempo Médio de Permanência	6,03	5,93	5,88	5,64	-6,5
Taxa de Ocupação Hospitalar Operacional	83,06	84,50	84,95	85,01	2,4
Índice de Renovação de Leitos (ano)	50,26	52,00	52,76	55,02	9,5
Índice de Substituição de Leitos (ano)	1,23	1,09	1,04	0,99	-19,2
Cirurgias ambulatoriais/sala	1.821	1.904	2.094	2.116	16,2
Cirurgias hospitalares/sala	859	886	881	1.002	16,7
Total de Cirurgias (ambulat.+ hospit.)/sala	978	1.009	1.021	1.133	15,9
Funcionário/leito operacional	5,96	6,08	5,92	5,95	-0,2
Qualidade					
Taxa de Mortalidade (% óbitos/saídas)	5,82	5,61	5,62	5,72	-1,6
Taxa de Infecção Hospitalar*	6,60	6,28	6,11	5,35	-19,0
Taxa de Cesárea (%)	31,95	31,82	31,09	31,02	-2,9

*SVE IH ESP/CVE/CCD/SES; O indicador corresponde a Taxa agregada anual: nº total infecções/nº total cateteres-dia x 1.000. Taxa referente a 27 hospitais

Fonte: CGCSS, CSS/SESSP

Na comparação entre as unidades da AD e das OSS no ano de 2016, último da série, para todos os indicadores (Tabela 6), temos:

- Embora o número de leitos operacionais seja 87% maior no conjunto das unidades de OSS, o total de saídas das unidades gerenciadas pelas OSS é 143% maior que aquele das unidades da AD.
- O mesmo pode ser dito do número de cirurgias hospitalares (274% maior), de partos (141% maior) e de cirurgias hospitalares por sala (50% maior), todos maiores nas unidades das OSS;
- As cirurgias ambulatoriais e a taxa de cirurgias ambulatoriais por sala são maiores nas unidades da AD;
- As consultas médicas ambulatoriais e os atendimentos de urgência emergência são um pouco maiores nas unidades gerenciadas pelas OSS (33 e 7%, respectivamente);
- A taxa de ocupação é um pouco maior nas unidades das OSS (3,6%), o índice de renovação (giro) é 30% maior; e finalmente, o índice de substituição é 35% menor nas OSS;
- O total de funcionários por leito operacional é 30% menor nas OSS;
- As três taxas de qualidade são menores nas OSS que nas unidades da AD: taxa de mortalidade (24% menor), taxa de infecção (29% menor) e taxa de cesárea (19% menor).

Comparação de informações de financiamento entre os modelos de gerenciamento

Na Tabela 7 temos as informações de custeio nas duas modalidades de gerenciamento, com destaque para alguns resultados:

- Os gastos de custeio das unidades da AD tiveram crescimento de 19% nos quatro anos considerados, valor inferior ao crescimento das unidades gerenciadas por OSS (26%). Note-se que ambos os valores de crescimento são menores que a inflação oficial medida no período;
- No total de gastos de custeio não estão incluídos parte dos gastos laboratoriais e de imagem daquelas unidades que realizam exames pelo CEAC (laboratórios clínicos) ou pelos serviços de diagnóstico por imagem – SEDIS, fato que atinge algumas unidades das OSS e da AD. No caso da AD também não estão incluídos os gastos realizados para o processamento digital e demais processos da folha de pagamento, efetuado pelo nível central de governo (Prodesp/Governo do Estado);
- O valor do gasto por saída cresceu 12% nas OSS e 16% nas unidades da AD, uma vez que o número de saídas cresceu mais nas unidades de OSS no período considerado. Portanto, o valor gasto por saída é maior nas unidades da AD em toda a série histórica. Em 2016 o gasto por saída foi 25,7% maior na AD que nas unidades de OSS;

- Os valores calculados pela produção de pacientes/dia ou pelo número de leitos operacionais também aponta valores maiores para o gasto na AD do que nas OSS, embora nestes casos, a diferença entre as modalidades se reduziu nos anos considerados.

Tabela 6. Indicadores de quantidade e qualidade de Hospitais Gerais da Administração Direta e Organizações Sociais da SES/SP em 2016

Indicadores	AD	OSS	Diferença OSS-AD	% diferença
Estrutura				
Leitos Operacionais	3.335	6.257	2.922	87,6
Leitos Operacionais de UTI	412	820	408	99,0
% de Leitos de UTI	12,35	13,10	0,75	6,1
Leitos-Dia/Ano	1.217.275	2.285.313	1.068.038	87,7
Salas cirúrgicas ambulatoriais	25	26	1	4,0
Salas cirúrgicas hospitalares	78	195	117	150,0
Total de salas cirúrgicas (hospit.+ambulat.)	103	221	118	114,6
Total Funcionários (CLT + terceirizados)	28.062	37.240	9.178	32,7
Produção				
Consultas Médicas Ambulatoriais	1.038.492	1.382.770	344.278	33,2
Exames de Tomografia	163.956	63.931	-100.025	-61,0
Exames de RM	20.136	27.943	7.807	38,8
Sessões de Diálise	66.168	147.901	81.733	123,5
Consultas Médicas Urgência / Emergência	1.790.400	1.927.867	137.467	7,7
Paciente-Dia/Ano	999.370	1.942.850	943.480	94,4
Saídas Hospitalares	141.408	344.274	202.866	143,5
Cirurgias Ambulatoriais	66.288	55.028	-11.260	-17,0
Cirurgias Hospitalares	52.176	195.462	143.286	274,6
Total de Cirurgias (Hospit.+ Ambul.)	118.464	250.490	132.026	111,4
Partos (total)	23.916	57.782	33.866	141,6
Produtividade				
Tempo Médio de Permanência	7,07	5,64	-1,42	-20,1
Taxa de Ocupação Hospitalar	82,10	85,01	2,92	3,6
Índice de Renovação de Leitos (ano)	42,40	55,02	12,62	29,8
Índice de Substituição de Leitos (ano)	1,54	0,99	-0,55	-35,4
Cirurgias ambulatoriais/sala	2652	2116	-535	-20,2
Cirurgias hospitalares/sala	669	1002	333	49,8
Total de Cirurgias (ambulat.+ hospit.)/sala	1150	1133	-16,70	-1,5
Funcionário/leito operacional	8,41	5,95	-2,46	-29,3
Qualidade				
Taxa de Mortalidade	7,54	5,72	-1,81	-24,0
Taxa de Infecção Hospitalar*	7,51	5,35	-2,16	-28,8
Taxa de Cesárea	38,08	31,02	-7,06	-18,5

*SVE IH ESP/CVE/CCD/SES; O indicador corresponde a Taxa agregada anual: nº total infecções/nº total cateteres-dia x 1.000
Fonte: CGCSS, CSS/SESSP

Tabela 7. Comparação de gastos entre 18 hospitais gerais da AD e 29 hospitais gerenciados pelas OSS

Indicadores	2013	2014	2015	2016	Varição % 2016-2013
29 hospitais gerais gerenciados por Organização Social de Saúde					
Custeio	2.427.951.031,87	2.697.978.088,24	2.849.597.304,77	3.076.483.023,71	26,7
Saídas	306.790	320.938	324.292	344.274	12,2
Gasto/saída	7.914,05	8.406,54	8.787,13	8.936,15	12,9
Paciente-dia	1.850.780	1.904.745	1.905.771	1.942.850	5,0
Gasto pac-dia	1.311,85	1.416,45	1.495,25	1.583,49	20,7
Leitos op.	6.104	6.172	6.147	6.257	2,5
Gasto Leit. op.	397.763,93	437.131,90	463.575,29	491.686,59	23,6
18 hospitais gerais da Administração Direta					
Custeio	1.427.884.297,68	1.624.449.162,35	1.781.221.369,12	1.699.830.551,89	19,0
Saídas	137.772	133.068	140.340	141.408	2,6
Gasto/saída	10.364,11	12.207,66	12.692,19	12.020,75	16,0
Paciente-dia	935.130	936.225	993.165	999.370	6,9
Gasto pac-dia	1.526,94	1.735,11	1.793,48	1.700,90	11,4
Leitos op.	3.327	3.286	3.348	3.335	0,2
Gasto Leit. op.	429.180,73	494.354,58	532.025,50	509.694,32	18,8
% Diferença AD-OSS					
Custeio	-70,0	-66,1	-60,0	-81,0	
Saídas	-122,7	-141,2	-131,1	-143,5	
Gasto/saída	23,6	31,1	30,8	25,7	
Paciente-dia	-97,9	-103,4	-91,9	-94,4	
Gasto pac-dia	14,1	18,4	16,6	6,9	
Leitos op.	-83,5	-87,8	-83,6	-87,6	
Gasto Leit. op.	7,3	11,6	12,9	3,5	
Indicadores econômicos de inflação do período					Acumulado no período
INPC	5,6	6,2	11,3	6,6	33,0
IGPM	5,5	3,7	10,5	7,2	29,6

Fonte: CGOF, CGCSS e CSS

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O modelo das Organizações Sociais de Saúde iniciado em 1998 pelo Governo do Estado de São Paulo expandiu-se gradativamente abrangendo inicialmente serviços hospitalares e depois, serviços ambulatoriais de especialidades (AME),⁸ serviços de diagnóstico por imagem

(SEDI), laboratórios clínicos (CEAC), central de regulação (CROSS), um centro logístico (CEADIS) e unidades de reabilitação (Lucy Montoro). Diferentes estudos e pesquisas apontam na mesma direção deste estudo, sempre com maior eficiência do modelo das OSS em relação ao da AD.¹⁻⁷

Neste trabalho, a comparação entre dois grupos de hospitais gerais com grau de complexidade e características de atendimento semelhantes, permitiu concluir que as variáveis e os indicadores avaliados apresentam melhor desempenho e produtividade no modelo de OSS do que no modelo da AD da SES/SP, inclusive com indicadores de qualidade superiores.

Conforme salientam Ibañez e Vecina Neto, “é fundamental reconhecer que o Estado brasileiro está defasado, no que se refere a usar instrumentos gerenciais que aumentem a sua eficiência no campo da prestação de serviços de saúde”.¹² Entre os problemas do tradicional modelo de administração direta, estes autores salientam sua falta de autonomia administrativa, financeira e orçamentária, que o tornam pouco apropriada para execução de serviços públicos com eficiência, indicando a importância de experiências inovadoras, como aquela realizada no Estado de São Paulo com as OSS. Bittar^{13,14} também enfatiza a falta de autonomia administrativa e o tratamento inadequado à gestão de recursos humanos na AD, com consequências danosas para produtividade, qualidade e custos.

Devemos lembrar que as raízes do modelo da AD foram idealizadas ao final da década de trinta (após a Constituição Federal de 1937) com a criação do Departamento de Administração do Serviço Público – DASP, ainda no período Vargas, estabelecendo-se as estruturas básicas da administração pública, o concurso público, as regras para admissão, a especialização e qualificação dos servidores, a hierarquia, a impessoalidade, a rigidez e universalidade das regras, entre outros aspectos, baseados nas modernas administrações europeias daquela época. Este modelo foi reformado por meio

do Decreto-Lei 200/1967, que distinguiu claramente a Administração Direta (exercida por órgãos diretamente subordinados aos ministérios) da indireta (formada por autarquias, fundações, empresas públicas e sociedades de economia mista), estabelecendo os termos básicos de funcionamento do serviço público seguidos desde então e que já não respondem, com eficiência, às atuais necessidades da administração moderna de serviços de saúde.

Neste sentido, podem-se creditar os melhores resultados das unidades das OSS observados neste trabalho à maior autonomia de gestão, melhor estruturação dos processos de trabalho, como o de aquisição de bens e insumos e movimentação de pessoal (como a admissão, valorização, substituição e demissão de recursos humanos) associados à contratualização por meio da definição de metas a serem alcançadas.

Além disso, o contrato de gestão exige a entrega dos estratos bancários dos parceiros para a Secretaria de Estado da Saúde-SP, o que aumenta o controle do bom gasto dos hospitais. Finalmente, as unidades das OSS sempre têm sido bem avaliadas pelo público usuário (em pesquisas de satisfação obrigatórias) e 14 das unidades hospitalares gerenciadas pelas OSS são acreditadas pela Organização Nacional de Acreditação – ONA), sendo que sete delas na categoria III (com excelência).

Certamente, a dificuldade da administração dos recursos humanos na AD no Estado é uma das principais causas das diferenças verificadas entre este modelo e as organizações sociais. Especialmente as contratações adequadas para a manutenção das equipes nas unidades fica muito prejudicada, devido à lentidão burocrática e normativa da administração

pública, na manutenção de valores salariais de mercado, na valorização gerencial tornando, atualmente, muito menos atrativa a carreira pública aos profissionais de saúde. Para ilustrar este ponto, basta demonstrar que no período de 2013 a 2016, a SES/SP registrou 26 concursos para médicos (de diferentes especialidades, como pediatria, clínica médica, ginecologia e obstetrícia, psiquiatria, cardiologia, entre outros), sem a existência de candidatos inscritos e outros 22 concursos também para médicos com existência de médicos inscritos, porém sem nenhum candidato habilitado.

Em muitos casos, principalmente nas unidades de emergência dos hospitais da AD, para evitar que ocorresse completa falta de atendimento ao público optou-se por contratação de equipes médicas terceirizadas (ver tabela 8), que ao final de 2016 já correspondiam a 17% dos profissionais nos hospitais elencados. Este fato talvez tenha colaborado para ampliação significativa que foi verificada no aumento de atendimentos médicos na urgência/emergência dos hospitais da AD e provavelmente no aumento de cirurgias ambulatoriais.

Tabela 8. Médicos terceirizados nos 17* Hospitais Gerais da AD. Secretaria de Estado da Saúde. 2013 a 2016

Ano	Médicos Servidores	Médicos Terceirizados	%
2013	-	44	-
2014	4.935	397	8,0
2015	4.784	622	13,0
2016	4.580	761	16,6

Obs.: *exceção do hospital do Imirim. No momento do trabalho não estava disponível a informação do total de médicos servidores em 2013 nos hospitais abrangidos pelo estudo
Fonte: CRH/SES/SP

Concluimos que o modelo de OSS tem se constituído em alternativa válida e de sucesso ao tradicional modelo de administração direta de serviços pelo poder público. Tal fato não deve olvidar que as OSS devem continuar a investir em aumentar qualidade e produtividade, reduzir custos, usando pesquisa operacional em atividades técnicas e administrativas, buscando inovação e desenvolvimento de processos e bens. Observa-se também a necessidade de aprimorar a contabilidade de custos, obtendo-se custos por procedimentos, tornando a comparação entre essas unidades mais fidedigna e proporcionando melhor orçamentação das mesmas.

REFERÊNCIAS

1. Ibanez N, Bittar OJNV, Sá ENC, Yamamoto EK, Almeida MN, Castro CGJ. Organizações sociais de saúde: o modelo do Estado de São Paulo. *Ciênc. saúde coletiva*. 2001; 6(2):391-404.
2. Carneiro Jr N. O setor público não estatal: as organizações sociais como possibilidades e limites na gestão pública da saúde [tese]. São Paulo: Faculdade de Medicina da USP; 2002.
3. Seixas PHD. As organizações sociais de saúde em São Paulo: 1998-2002 [dissertação]. São Paulo: Fundação Getúlio Vargas; 2003.
4. Costa NR, Ribeiro JM. Estudo comparativo do desempenho de hospitais em regime de organização social. Programa de Pesquisas Hospitalares “Em Busca de Excelência: fortalecendo o desempenho hospitalar em Brasil”. Brasília:

- Ministério da Saúde, Banco Mundial, Fundação Oswaldo Cruz; 2005.
5. Barradas Barata LR, Mendes JDV. Organizações de saúde: a experiência exitosa de gestão pública de saúde do Estado de São Paulo. Rev. adm. saúde. 2006;31:45-56.
6. Forgia GML, Couttolenc BF. Desempenho Hospitalar no Brasil – em busca da excelência. São Paulo: Singular; 2008.
7. Rodrigues RC, Bittar OJNV, Magalhães A, Mendes JDV. Rede hospitalar estadual: resultados da administração direta e das organizações sociais. Rev. adm. saúde. 2014;16(65): 111-122.
8. Barradas Barata LR, Mendes JDV, Bittar OJNV, Yamada ATT, Falcão LHB. Ambulatórios Médicos de Especialidades AME no Estado de São Paulo. Rev. adm. Saúde. 2010; 12(48): 125-130.
9. Souza RR, Mansur NS. Saúde pública no caminho certo. Folha de S. Paulo. 08 ago 2017; Opinião.
10. Núcleo de Informação Hospitalar [internet]. São Paulo: Secretaria de Estado da Saúde [acesso em 26 fev 2017]. Disponível em: <http://www.nih.saude.sp.gov.br>
11. Secretaria da Saúde, Coordenadoria de Gestão de Contratos de Serviços de Saúde. Acesso em 2017 Fev. 26. Disponível em: <http://www.gestao.saude.sp.gov.br/>
12. Ibañez N, Vecina Neto G. Modelos de gestão e o SUS. Ciência Saúde Coletiva, 12(Sup):1831-40, 2007.
13. Bittar OJNV. Saúde e ajuste fiscal. Jornal Valor Econômico. 11 jun 2015; Opinião.
14. Bittar OJNV. Saúde e autonomia. Jornal Valor Econômico. 29 jul 2014; Opinião.
-
-

Correspondência/Correspondence to:

José Dinio Vaz Mendes
E-mail: jdinio@saude.sp.gov.br
Olimpio J. Nogueira V. Bittar
E-mail: bittar@saude.sp.gov.br