



ASSEMBLÉIA LEGISLATIVA DO ESTADO DE SÃO PAULO
Gabinete do Deputado Estadual Raul Marcelo

São Paulo, 10 de abril de 2008.

Ofício RMS 021/2008.

AO EXCELENTÍSSIMO SENHOR PRESIDENTE DA COMISSÃO PARLAMENTAR DE INQUÉRITO SOBRE A REMUNERAÇÃO DOS SERVIÇOS MÉDICO-HOSPITALARES, DEPUTADO WALDIR AGNELLO.

O Deputado Estadual RAUL MARCELO – PSOL/SP, Sub-Relator de Organizações Sociais desta Comissão Parlamentar de Inquérito, vem à presença de Vossa Excelência apresentar seu **PARECER**, relacionando suas análises, diligências, investigações e conclusões finais, conforme laudas que seguem em anexo, solicitando que seja incluído no Parecer Final do Nobre Relator.

Atenciosamente,

RAUL MARCELO
Deputado Estadual



ASSEMBLÉIA LEGISLATIVA DO ESTADO DE SÃO PAULO
Gabinete do Deputado Estadual Raul Marcelo

Sumário

I – Introdução.....	3
Trabalhos da Sub-relatoria.....	4
II – Do Histórico das Políticas de Saúde Pública no Brasil.....	6
Da década de 1960 a 1988.....	9
A construção do SUS na década de 1990.....	12
III – A implementação do neoliberalismo no Brasil.....	16
IV – Terceirização dos serviços médicos e Organizações Sociais.....	19
V – Problemas decorrentes da terceirização.....	24
Conjunto Hospitalar de Sorocaba.....	25
Instituto de Infectologia Emílio Ribas (IIER).....	26
VI – Análise das Organizações Sociais.....	29
a) Hospital Estadual Carlos da Silva Lacaz de Francisco Morato.....	30
b) Hospital Geral de Itaquaquecetuba.....	32
c) Hospital Geral de Itaim Paulista.....	34
d) Hospital Geral de Carapicuíba.....	35
e) Hospital Estadual Mário Covas de Santo André.....	36
f) Hospital Geral do Grajaú Professor Liberato John Alphonse di Dio.....	38
g) Hospital Estadual de Vila Alpina Organização Social Seconci.....	39
Falta de transparência no processo investigativo.....	40
A política dos contratos de gestão.....	43
Questões orçamentárias.....	44
VII – Considerações finais e conclusões.....	46
Conclusões do Relatório.....	54
Da terceirização.....	54
Das OS's.....	54



ASSEMBLÉIA LEGISLATIVA DO ESTADO DE SÃO PAULO Gabinete do Deputado Estadual Raul Marcelo

I – INTRODUÇÃO

Visando esclarecer, estudar e conhecer amplamente a problemática decorrente da terceirização da prestação dos serviços médico-hospitalares, foi apresentado pedido de instalação de Comissão Parlamentar de Inquérito, cuja finalidade seria apurar a forma como o Poder Público tem remunerado os serviços médico-hospitalares, por meio do Requerimento nº 365, de 2007, sendo constituída pelo Ato nº 122, de 2007, do Presidente da Assembléia Legislativa do Estado de São Paulo, publicado no Diário Oficial do Estado de 18/09/2007.

De acordo com a justificativa à época apresentada, buscava o autor do requerimento, Deputado Salim Curiati, “investigar um dos mais graves problemas de saúde pública de nosso País: a remuneração dos serviços médico-hospitalares prestados por entidades de direito privado e hospitais mantidos pelas universidades públicas”.

Ainda, esclareceu o parlamentar que, a partir da década de 1960, a insuficiência da rede estatal de assistência médica induziu o Governo Federal, por intermédio do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (Inamps), a contratar mediante convênio os serviços de entidades privadas, empresas privadas ou entidades sem fins lucrativos - como as Santas Casas - que, em pouco tempo, passaram a responder por boa parte do atendimento hospitalar efetuado às expensas do Poder Público.

Ressaltou o solicitante que *“tal política não foi abandonada pelo SUS, Sistema Único de Saúde, não só porque a rede pública permanecera incipiente, mas também, porque a crescente consciência das limitações da Administração Pública no que concerne a eficiência recomendava o recurso ao ente privado. Além disso, o prestígio que a maioria das Santas Casas e Hospitais Universitários continuavam a gozar perante a opinião pública e os profissionais de Medicina recomendava a continuidade de sua cooperação com o Poder Público”*.



ASSEMBLÉIA LEGISLATIVA DO ESTADO DE SÃO PAULO Gabinete do Deputado Estadual Raul Marcelo

Surge o problema da remuneração dos serviços, sendo destacado que o investimento em saúde não pode deixar de ser regular e previsível, pois um volume inesperado ou excessivamente baixo de inversões pode redundar em sofrimentos e perdas humanas.

Considerou-se sobre a Emenda Constitucional nº 29, de 2003, promovida pelo Deputado Federal Eduardo Jorge, que obrigava todos os entes da federação a assegurar a provisão de um percentual mínimo de suas receitas tributárias para dispêndios com saúde. Ante este fato seria de se esperar que, ao menos nos últimos anos, a União houvesse iniciado a progressiva recomposição dos valores repassados às entidades conveniadas.

Diante da evidente relação de interesse público do assunto, houve a instalação da Comissão Parlamentar para apurar não só o modo como os repasses são definidos, mas também sua concretização ao longo do tempo e eventuais repercussões na qualidade dos serviços prestados.

Com isto, durante a elaboração do programa de trabalho desta CPI, criou-se a Sub-Relatoria, com o objetivo de analisar os contratos firmados entre o Estado e as Organizações Sociais (OS's) que administram sob sistemática privada unidades hospitalares que são, em origem, públicas.

Trabalhos da Sub-relatoria.

Para concretização dos trabalhos realizados, foi estabelecida uma análise histórica da questão da saúde no Estado de São Paulo, construída a partir de reuniões com membros do Conselho Nacional de Saúde, do Conselho Estadual de Saúde, médicos sanitaristas e profissionais da saúde.

As deliberações da 13ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em novembro de 2007 em Brasília, também foram levadas em consideração para um maior entendimento das discussões nacionais acerca da saúde.

Buscando dialogar com diferentes setores da saúde, a presente



ASSEMBLÉIA LEGISLATIVA DO ESTADO DE SÃO PAULO
Gabinete do Deputado Estadual Raul Marcelo

Comissão Parlamentar de Inquérito foi pauta de discussão em reunião da **Comissão de Políticas de Saúde do Conselho Estadual de Saúde** no dia 06 de novembro de 2007, quando esteve presente este Sub-relator.

Dos treze hospitais gerenciados pelas Organizações Sociais, foram realizadas diligência a sete, sendo que foi priorizada a visita a pelo menos um hospital de cada uma das sete OS's, com exceção dos hospitais administrados pela SPDM (Sociedade Paulista para Desenvolvimento da Medicina), aos quais foi solicitado agendamento, mas sem resposta até o momento. Ainda assim, faz-se necessária a realização de diligência a pelo menos um hospital gerido pela SPDM para que os trabalhos da CPI sejam mais consistentes.

Os hospitais que sofreram diligência foram: Hospital Estadual Carlos da Silva Lacaz de Francisco Morato; Hospital Geral de Itaquaquecetuba; Hospital Geral de Itaim Paulista; Hospital Geral de Carapicuíba; Hospital Estadual Mário Covas de Santo André; Hospital Geral do Grajaú Professor Liberato John Alphonse di Dio; e Hospital Estadual de Vila Alpina.

Foram visitadas também unidades hospitalares do Estado de São Paulo, nas quais se mostrou mais evidente a problemática de terceirização, tendo sido realizados debates e encontros de trabalho com integrantes de movimentos sindicais e trabalhadores de diversas dessas unidades, visando esclarecer o campo de atuação e embasar as investigações que seriam posteriormente feitas.

Os Hospitais visitados durante o processo de investigação foram o Instituto de Infectologia Emílio Ribas, o Hospital Estadual Brigadeiro e o Conjunto Hospitalar de Sorocaba.

Diante de todos esses trabalhos foi possível um melhor entendimento sobre a questão da saúde, tanto em âmbito federal, mas principalmente no âmbito do Estado de São Paulo, o que dá maior respaldo ao conteúdo do presente documento.



ASSEMBLÉIA LEGISLATIVA DO ESTADO DE SÃO PAULO
Gabinete do Deputado Estadual Raul Marcelo

II – DO HISTÓRICO DAS POLÍTICAS DE SAÚDE PÚBLICA NO BRASIL

Para entender o surgimento das Organizações Sociais é necessário uma breve apreciação das mudanças ocorridas no Brasil no último período, com olhar especial sobre os processos pelos quais passou a saúde pública em nosso país.

As políticas de saúde pública no Brasil, assim como as demais políticas sociais, devem ser entendidas sempre dentro de seu contexto histórico e a partir dos determinantes sócio-econômicos de cada momento. Mas de modo geral, a saúde pública brasileira sempre esteve voltada aos interesses do capital, de modo que as políticas públicas aplicadas pelo Estado eram implementadas apenas quando havia algum risco de perdas por parte das elites ou quando podiam favorecer economicamente interesses privados.

No final do século XIX, com o início do período republicano, o Brasil vivia um quadro caótico do ponto de vista sanitário. Predominavam as doenças infecto-contagiosas e as doenças parasitárias. Nesse momento predominava na economia brasileira o modelo da monocultura exportadora, sendo predominante o cultivo do café.

O quadro abaixo demonstra a evolução das causas de óbito no Rio de Janeiro, então capital do país, na primeira metade do século XX. Observe que no início do século há maior índice de mortes por doenças relacionadas à precariedade de políticas de saúde pública.

Causa de Óbito	1929	1941	1947
Doenças infecciosas e parasitárias	35,4 %	31,3 %	30,5 %
Doenças do aparelho cardíaco-renal	19,6 %	23,1 %	26,1 %
Câncer	2,8 %	3,7 %	4,8 %
Tuberculose	21,4 %	17,7 %	20,5 %

Quadro 1: importância relativa das causas de óbito no Rio de Janeiro (porcentagem do total de óbitos por ano); Silveira, M. M. -Política Nacional de Saúde Pública – Rio de Janeiro: Revan, 2005,

Dentro da estrutura organizativa do Estado surgem os primeiros



ASSEMBLÉIA LEGISLATIVA DO ESTADO DE SÃO PAULO Gabinete do Deputado Estadual Raul Marcelo

órgãos responsáveis pela saúde, que apresentavam muitas limitações. Em 1896 o governo republicano cria o **Departamento Geral de Saúde Pública**, ligado ao Ministério da Justiça e Negócios Interiores. São criados também o **Instituto Soroterápico Federal**, no ano de 1900, que dará origem à **Fundação Oswaldo Cruz**, e o **Instituto Butantã** em 1901, dois importantes centros de pesquisa que influenciam até hoje a saúde pública brasileira.

As políticas públicas de saúde nesse período se caracterizaram pelo modelo que predominou até meados da década de 1960 – o **modelo sanitaria campanhista**. Ele se baseava em ações pontuais que contribuíram para o processo de expansão econômica, como o combate às endemias durante a construção de ferrovias e o saneamento das regiões portuárias.

O saneamento dos corredores de exportação do café era necessário para dar continuidade às exportações, pois quando havia suspeita de epidemias, os navios estrangeiros não atracavam nos portos para evitar a contaminação da tripulação. Isso impedia a entrada de capital externo e prejudicava a chegada de imigrantes¹.

Foram esses os motivos para a reestruturação do Distrito Federal pelo prefeito Pereira Passos, que acabou com as moradias presentes no centro da cidade do Rio de Janeiro que favoreciam a disseminação das doenças infecto-contagiosas e tornou a vacinação obrigatória contra a varíola e febre-amarela, implementadas por Oswaldo Cruz. Diante dessas medidas autoritárias, a população da capital rebelou-se e protagonizou um conflito com o governo que ficou conhecido como **Revolta da Vacina**, importante episódio na história do modelo sanitaria-campanhista e da saúde pública brasileira.

Embora o Brasil ainda fosse um país predominantemente rural, nas décadas de 1920 e 1930 teve início um processo mais intenso de industrialização e conseqüente urbanização no país. A crescente importância do setor industrial na economia brasileira também gerou mudanças na organização

¹ BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde – Brasília: CONASS 2007 – CONASS 25 anos.



ASSEMBLÉIA LEGISLATIVA DO ESTADO DE SÃO PAULO Gabinete do Deputado Estadual Raul Marcelo

da saúde pública. A previdência social e a assistência médica passam a ser reivindicações dos trabalhadores da indústria e do setor de serviços. Com a aprovação da **Lei Eloi Chaves** em 1923, início da previdência social no país, foram criadas as **Caixas de Aposentadoria e Pensão (CAP's)**, que eram fundos financiados e geridos por trabalhadores e empregadores. No entanto, elas eram restritas às grandes empresas privadas e estatais.

Com o crescimento da indústria, a multiplicação das **CAP's**, o fim da política do “café com leite” e o início do governo de Getúlio Vargas foram criados, em 1933, os **Institutos de Aposentadoria e Pensão (IAP's)**, que substituíram as **CAP's**. Com os **IAP's**, o financiamento da previdência social, que antes incluía trabalhadores e empregadores, passou a contar com o governo.

Outra mudança ocorrida na década de 1930 foi a criação do **Ministério da Educação e Saúde Pública**, do qual fazia parte o **Departamento Nacional de Saúde**, responsável pelas políticas públicas de saúde. O Departamento Nacional de Saúde era o órgão que prestava os serviços de combate a endemias, formação de técnicos em saúde pública e organização das campanhas sanitárias.

Na década de 1950 a economia passava por um momento em que o saneamento das áreas de circulação e de exportação de mercadorias já não era a preocupação central da elite. Com o setor industrial ocupando a maior parcela da economia, a prioridade, em termos de saúde pública, passou a ser a garantia das condições de exploração contínua do conjunto dos trabalhadores.

Em decorrência dessa mudança sócio-econômica também se deu uma reestruturação da organização do Estado. Criou-se, em 1953, o Ministério da Saúde, que ainda não possuía como função principal a assistência médica, função essa que cabia à Previdência Social. O Ministério da Saúde ainda tinha como foco as políticas de saúde pública baseadas no modelo sanitarista-campanhista, como o controle das endemias rurais. As alterações no perfil da assistência médica sofrerão uma mudança significativa na década de 1960 com a criação do **INPS**.



ASSEMBLÉIA LEGISLATIVA DO ESTADO DE SÃO PAULO Gabinete do Deputado Estadual Raul Marcelo

Da década de 1960 a 1988.

A década de 1960 foi marcada por um processo que influenciou e desenhou as próximas décadas no Brasil, inclusive na saúde pública, representado pelo golpe de Estado que levou os militares ao governo, chamada ditadura militar.

Também é preciso levar em consideração as transformações ocorridas no contexto internacional. É na década de 1970 que tem início a implementação do neoliberalismo nos países centrais do capitalismo (Inglaterra e Estados Unidos principalmente).

As alterações econômicas e trabalhistas decorrentes das políticas neoliberais geram mudanças na saúde e também na medicina. Afinal, consolida-se na medicina a preponderância do complexo médico-industrial, caracterizado principalmente pela forte incorporação de recursos tecnológicos, com destaque à área de diagnóstico por imagem e, na indústria farmacêutica, pelo modelo hospitalocêntrico (assim considerado o atendimento centrado, majoritariamente, em hospitais) e pela precarização da qualidade de trabalho em saúde.

Até mesmo o médico, que gozava da prerrogativa de ser um profissional liberal, por deter os processos de “produção” de seu trabalho, sofre um processo de proletarização, ao ser obrigado a se submeter aos grandes complexos hospitalares, às indústrias farmacêuticas e aos convênios médicos.

A estabilidade social gerada pelo autoritarismo da ditadura militar, a centralização das funções do Estado e o “milagre econômico” durante esse período geraram condições favoráveis à criação, em 1966, do **Instituto Nacional da Previdência Social (INPS)**. O INPS será peça chave para que se criem condições para o estabelecimento de um novo modelo na saúde pública nacional – o modelo médico-assistencial privatista.

Nesse momento, o Estado garantia assistência médica apenas para os trabalhadores que estavam em dia com a previdência social, ou seja, a saúde



ASSEMBLÉIA LEGISLATIVA DO ESTADO DE SÃO PAULO Gabinete do Deputado Estadual Raul Marcelo

era restrita praticamente aos trabalhadores com carteira assinada, ficando excluídos trabalhadores informais e todos os demais setores da sociedade.

O governo federal, por meio do **Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS/INSS)**, adota o modelo médico-assistencial privatista, que tem como bases: a expansão da assistência médico-hospitalar; o privilegiamento da prática médica curativa e individual, em detrimento da saúde pública; a criação de um complexo médico-industrial com auxílio estatal; e a organização da saúde orientada pelo lucro do setor privado.

É na década de 1970 que o setor privado na saúde se estrutura e cresce. Grandes complexos hospitalares privados como os hospitais filantrópicos Sírio-Libanês, Beneficência Portuguesa, etc., são construídos com financiamento da previdência social nessa época. O governo opta por ter o setor privado como grande prestador de serviço de saúde em vez de desenvolver sua própria estrutura para assistência à saúde, reservando-se apenas ao papel de financiador.

Desse modo, o setor privado tem as condições ideais para crescer: capital fixo subsidiado, reserva de mercado, nenhuma competitividade e, portanto, baixo risco de investimento.

Em 1978 dois importantes fatos acontecem. O primeiro foi a realização da **Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde**, realizada em Alma-Ata, Rússia, de onde resulta a Declaração de Alma-Ata, que é o pacto firmado entre diversos países para a promoção de saúde. A estratégia apontada para isso é a implementação de políticas de cuidados primários em saúde. A recomendação de Alma-Ata foi providencial para o governo brasileiro, que passa a oferecer uma assistência de baixo custo e sem incorporação de tecnologia para as populações excluídas da assistência médica previdenciária. A atenção básica não foi utilizada como uma estratégia de estruturação de um sistema de saúde, uma vez que não havia referência a níveis mais complexos de assistência, mas sim como uma forma de economia de recursos e de aliviar as tensões sociais.



ASSEMBLÉIA LEGISLATIVA DO ESTADO DE SÃO PAULO Gabinete do Deputado Estadual Raul Marcelo

Nesse ano também é criado o **Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS)** que foi um órgão que perpetuou o modelo médico-assistencial privatista.

No final da década de 1970 o país passava por um momento de abertura do regime militar e início de um movimento por redemocratização. É nesse contexto que surge o movimento da Reforma Sanitária, que foi grande impulsionador das transformações na saúde que ocorreriam na década seguinte.

Constituíam esse movimento setores das universidades – influenciados pelas experiências sanitaristas européias, que se concentravam nos departamentos de medicina preventiva, centros de pesquisa como o **Centro Brasileiro de Estudo em Saúde (CEBES)** e a **Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (ABRASCO)** – movimentos estudantis e populares de saúde, setores da igreja (como as comunidades eclesiais de base) e setores sindicais.

O grande marco político do movimento da **Reforma Sanitária** está expresso no relatório da VIII Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986, que teve grande participação de diversos setores da sociedade e que contou com a realização de conferências preparatórias nos municípios e Estados, fatos que não aconteciam nas reuniões anteriores.

Desde a realização da VIII Conferência ficou a saúde considerada e conceituada como um direito que deve ser garantido pelo Estado e que é “o resultado das formas de organização social da produção”, bem como a necessidade de organização de um Sistema Único de Saúde. Estas diretrizes foram a base para o texto aprovado na Constituição Federal de 1988.

Outros fatores importantes se somaram à reivindicação do movimento da Reforma Sanitária para a criação do **Sistema Único de Saúde (SUS)**. A profunda crise econômica que o país viveu na década de 1980 e a conseqüente crise da Previdência Social contribuíram para o enfraquecimento do modelo médico-assistencial privatista.



ASSEMBLÉIA LEGISLATIVA DO ESTADO DE SÃO PAULO Gabinete do Deputado Estadual Raul Marcelo

Também nesse contexto, surge o **Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS)**, que veio substituir as Ações Integradas de Saúde. Do ponto de vista da estruturação do sistema de saúde, em âmbito federal, estadual e municipal, o SUDS lança o alicerce para o início da construção do SUS em 1988.

A construção do SUS na década de 1990.

Apesar de aprovada sua criação na Constituição Federal de 1988, o Sistema Único de Saúde (SUS) ainda não havia sido regulamentado e sua forma de organização e funcionamento ainda não estavam definidos. A Constituição apresentou apenas as diretrizes gerais do SUS: **universalidade, integralidade, equidade, controle social, descentralização, hierarquização, resolutibilidades.**

Em 1990 foram aprovadas no Congresso Nacional a **Lei 8.080** e a **Lei 8.142** que regulamentaram o funcionamento do SUS. No entanto, alguns pontos sofreram vetos presidenciais, inclusive aquele que dizia sobre o financiamento do Sistema.

Apesar de aprovado um sistema de saúde universal, a indefinição a respeito do financiamento do SUS colocava, na prática, a impossibilidade da construção da sua universalização. Além disso, na Constituição Federal foi aprovada a participação do setor privado na saúde de maneira complementar ao sistema público.

Diante dessas condições constrói-se o que se pode chamar de uma “universalização excludente”: uma vez que não foi garantida pelo Estado a estrutura para a construção de uma real universalização do SUS, na prática, foram apenas poucos serviços de saúde que foram universalizados.

Podemos dividir o sistema de saúde em um **Sistema Básico**, responsável pela vigilância epidemiológica e pela atenção básica à saúde; um sistema de **Média Complexidade**, em que prevalece a assistência médica e



ASSEMBLÉIA LEGISLATIVA DO ESTADO DE SÃO PAULO
Gabinete do Deputado Estadual Raul Marcelo

hospitalar; e um sistema de **Alta Complexidade**, composto por hospitais que desenvolvem os procedimentos mais complexos.

Considerando essa divisão, temos que o Estado hoje é o principal, senão único, responsável pelos sistemas básico e de alta complexidade. Já no setor de média complexidade a participação do setor privado é muito maior, e também é onde as maiores deficiências no sistema público se mostram².

Isso se deve pelo fato de que o sistema básico não é de interesse do setor privado por não ser lucrativo. Somente o Estado tem estrutura para desenvolver as ações de vigilância sanitária e epidemiológica, de vacinação e de atenção básica, por exemplo. Já o setor de alta complexidade é um setor de muito alto custo, que geraria prejuízos ao setor privado, que se utiliza do sistema público para dar assistência de alta complexidade aos seus clientes

No entanto, o sistema de média complexidade é altamente lucrativo para o setor privado, pois é a fatia onde as maiores deficiências no sistema público se mantêm, além de ser o setor em que grandes parcelas da sociedade podem pagar por assistência à saúde.

Basta analisar o montante de recursos gastos com o setor privado, descritos nas tabelas de “Estimativa de gastos com saúde – Brasil 2006”:

Estimativa de gastos com saúde – Brasil – 2006 (R\$ bi)		
<i>Público</i>	Federal	40,78
	Estadual	18,69
	Municipal	19,44
	Total	78,91
<i>Privado</i>	Planos e seguros	44,88
	Desembolso direto	16,41
	Medicamentos	26,25
	Total privado	87,54
<i>Público-privado</i>	<i>Total Brasil</i>	166,45

Fonte: MS-SPO – MS-SOPS – ANS – IBGE-POF. In: Revista RADIS, nº 55, mar. 2007, p. 10.

² MENDES, E.V. (org.). *Distritos sanitários: a mudança das práticas sanitárias no SUS*. São Paulo: Ed. Hucitec, 1993.



ASSEMBLÉIA LEGISLATIVA DO ESTADO DE SÃO PAULO Gabinete do Deputado Estadual Raul Marcelo

Essa organização do SUS reflete a implementação do modelo neoliberal na economia e na organização do Estado brasileiro durante a década de 1990. O crescimento do setor privado é o principal indício disso. No final dessa década, o neoliberalismo também se faz implementar na saúde.

Em outra tabela, a seguir transcrita, apresenta-se o retrato dos gastos com saúde segundo fontes públicas e privadas por tipo de gasto, no período 2002-2003:

Tipo de Gasto	Fontes	Em milhões de Reais	%	% do PIB ⁴
Sistema Único de Saúde (SUS)	Impostos Gerais e Contribuições Sociais ¹	46.574,00	43,85	3,5
	● União	24.737,00	23,29	
	● Estados	10.078,00	9,49	
	● Municípios	11.759,00	11,07	
Planos de Saúde Privados	Planos Privados de Saúde ²	26.497,00	24,95	1,9
	● Gastos das Famílias	13.026,00	12,26	
	● Gastos das Empresas ³	13.471,00	12,68	
Gastos Diretos das Famílias Exceto com Planos Privados de Saúde	Desembolso Direto ⁴	33.149,00	31,21	3,1
TOTAL		106.220,00	100,00	8,6

Elaboração: Cremesp/Idec

Fontes: 1 Ministério da Saúde, 2004. 2 IBGE - Pesquisa de Orçamentos Familiares (POF) 2002-2003 e ANS, 2004. A estimativa dos gastos das empresas foi calculada por meio da subtração dos gastos das famílias com planos privados do total do faturamento das empresas de planos e seguros de saúde declarado à ANS. 3 IBGE - Pesquisa de Orçamento Familiares 2002-2003. A estimativa do desembolso direto foi calculada a partir das despesas das famílias com assistência à saúde (medicamentos, assistência médica e odontológica particular etc.) excetuando as referentes ao pagamento de planos privados de saúde. 4 PIB em 2002 = R\$1.321.400 milhões.

In: *Planos de Saúde: nove anos após a lei 9.656/1998*, realizado pelo CREMESP e IDEC – São Paulo, 2007.

Diante desses dados, observa-se que, mesmo após a Constituição Federal de 1988 garantir a universalidade da assistência à saúde e criar o SUS, o setor privado da saúde teve enorme crescimento. Sua participação atingiu o percentual de 56,16% dos gastos com saúde nos anos de 2002 e 2003 em relação ao total de gastos com saúde no país. Os gastos públicos, que incluem



ASSEMBLÉIA LEGISLATIVA DO ESTADO DE SÃO PAULO
Gabinete do Deputado Estadual Raul Marcelo

todo atendimento realizado pelo SUS, que deveria ser universal, não ultrapassa os gastos com o setor privado, representando apenas 43,85% dos gastos totais com a saúde.

O grande desafio colocado é como, diante dessa situação, fortalecer o sistema público de atenção à saúde. A resposta está sem dúvida relacionada ao aumento do financiamento da saúde e do SUS. Por isso se faz necessária a regulamentação da Emenda Constitucional 29, cujo projeto de Lei Complementar tramita no Senado, que poderá contribuir para isso.



ASSEMBLÉIA LEGISLATIVA DO ESTADO DE SÃO PAULO Gabinete do Deputado Estadual Raul Marcelo

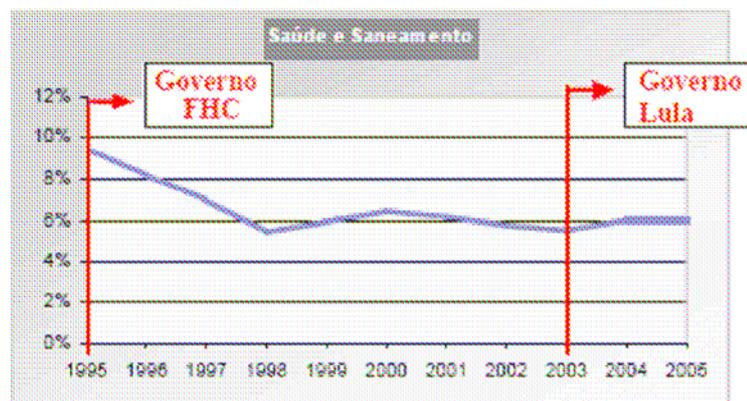
III – A IMPLEMENTAÇÃO DO NEOLIBERALISMO NO BRASIL.

O capitalismo se apresenta sob um novo aspecto desde a década de 1970: o neoliberalismo. Em linhas gerais, o neoliberalismo prevê a diminuição das obrigações do Estado para com os setores sociais e sua intervenção no sentido de favorecer e fortalecer o capital financeiro, visando atender às demandas do capital.

Isso se torna claro quando analisamos os gastos da União, acompanhando a progressão dos gastos com as chamadas políticas sociais (saúde, educação, previdência, habitação etc) e com os chamados gastos com a dívida pública.

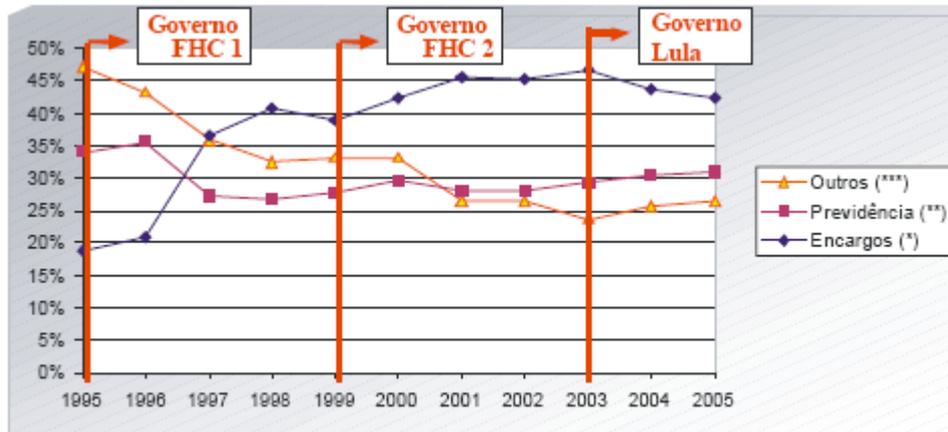
A maior parte das políticas sociais sofre diminuição percentual em relação ao orçamento total da União (a saúde em 1995 corresponde à 9,57% do orçamento e em 2006 à 6,01%; a educação em 1995 à 6,07% e em 2006 à 2,67%), tendo os encargos com a dívida externa e interna aumentado vertiginosamente, passando de 26 bilhões de reais em 1995 (16% PIB) para 257 bilhões em 2006 (42% PIB).

Seguem abaixo tabelas representando comparativos entre investimentos nas áreas de saúde, saneamento, previdência e outros, nos últimos onze anos:





ASSEMBLÉIA LEGISLATIVA DO ESTADO DE SÃO PAULO Gabinete do Deputado Estadual Raul Marcelo



Fonte: Relatório Resumido da Execução Orçamentária do Governo Federal www.stn.fazenda.gov.br.

(*) **Encargos Especiais:** soma dos gastos em serviço sobre a dívida externa, serviço sobre a dívida interna, transferências e outras despesas financeiras. Até 1999 estava agregado à rubrica de Administração aproximadamente 2%, que mesmo sendo retirado do montante demonstra um aumento de participação dos encargos na aplicação do orçamento.

(**) **Previdência Social:** até 1999 estavam agregados à assistência social aproximadamente 2%, que, mesmo considerados à parte, a Previdência se manteve estável, com aumento da arrecadação.

(***) **Todas as demais despesas do orçamento:** 26 itens (Saúde; Educação; Defesa Nacional; Trabalho; Assistência Social; Saneamento; Urbanismo; Habitação; Energia; Agricultura; Comércio e Serviços; Indústria; Segurança; Transporte; Ciência e Tecnologia; Organização Agrária; Gestão Ambiental; Judiciário; Essencial à Justiça; Administração; Legislativo; Relações Exteriores; Direito à Cidadania; Comunicações; Desporto e Lazer; Cultura).

Tabelas extraídas da revista “Execução Orçamentária do Brasil: de FHC a Lula”, DS São Paulo, Unafisco Sindical, 2006.

Mecanismo criado na década de 1990, e que garante o ajuste fiscal e a manutenção de um superávit primário, destinado ao pagamento dos juros da dívida pública, a **Desvinculação das Receitas da União (DRU) retira 20% do orçamento da União** para o pagamento de tais tributos, onerando os demais setores do orçamento estatal, principalmente os setores sociais.

Um importante marco que sistematiza a forma como se daria a implementação do neoliberalismo no Brasil é o **Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado**, formulado por Bresser Pereira, que estava a frente do Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado e foi aprovado em 1995 pelo então presidente da república, Fernando Henrique Cardoso.



ASSEMBLÉIA LEGISLATIVA DO ESTADO DE SÃO PAULO Gabinete do Deputado Estadual Raul Marcelo

De modo geral, o Plano Diretor pregava “(1) o ajustamento fiscal duradouro; (2) reformas econômicas orientadas para o mercado, que, acompanhadas de uma política industrial e tecnológica, garantam a concorrência interna e criem as condições para o enfrentamento da competição internacional; (3) a reforma da previdência social; (4) a inovação dos instrumentos de política social, proporcionando maior abrangência e promovendo melhor qualidade para os serviços sociais; e (5) a reforma do aparelho do Estado, com vistas a aumentar sua ‘governança’, ou seja, sua capacidade de implementar de forma eficiente políticas públicas”.

Ele também definia que o Estado possuía em sua estrutura setores estratégicos e exclusivos, que deveriam ser de controle estatal; setores não exclusivos, que são de dever do Estado mas que podem ser compartilhados com a iniciativa privada; e os setores para produção para o mercado, que deveriam ser privatizados.

Nos setores exclusivos e estratégicos, era necessária a desburocratização na administração, com a implementação de agências reguladoras, órgãos autônomos, de fiscalização e com flexibilidade administrativa. Fato esse que ocorreu com a criação das agências reguladoras (ANVISA, ANS, ANATEL, ANP, dentre outras). Já em relação aos setores voltados para o mercado, como as empresas estatais, grande parte delas foi privatizada por meio do Plano Nacional de Desestatização.

No entanto, os chamados setores “não exclusivos” é o que mais chama a atenção, pois a principal caracterização que Bresser Pereira faz é de que esses setores são de **responsabilidade pública mas não necessariamente estatal**. Há uma diferenciação entre os conceitos de “público” e “estatal”. Com isso, abre-se a possibilidade no plano ideológico e no plano jurídico para o processo de publicização, um processo de transferência das responsabilidades do Estado para o setor privado no que tange às áreas “não exclusivas”, que em geral são as áreas sociais.



ASSEMBLÉIA LEGISLATIVA DO ESTADO DE SÃO PAULO Gabinete do Deputado Estadual Raul Marcelo

IV – TERCEIRIZAÇÃO DOS SERVIÇOS MÉDICOS E ORGANIZAÇÕES SOCIAIS

O processo de publicização é uma das principais diretrizes neoliberais no que tange à implantação das políticas neoliberais na estrutura do Estado. Uma vez que no âmbito institucional-legal não é possível uma privatização *stricto sensu*, com transferência de propriedade para o setor privado, há pelo menos a transferência da responsabilidade administrativa, sendo que o financiamento continua sendo público. As principais áreas em que a publicização deve ser adotada, segundo o Plano Diretor, são a saúde, as universidades, as escolas técnicas, centros de pesquisa, bibliotecas e museus.

O instrumento, pelo qual se utilizam os governos para implementar o processo de publicização, surge por meio dessas **Organizações Sociais**. Segundo o Plano Diretor da Reforma do Estado, *“entende-se por ‘organizações sociais’ as entidades de direito privado que, por iniciativa do Poder Executivo, obtêm autorização legislativa para celebrar contrato de gestão com esse poder, e assim ter direito à dotação orçamentária”*.

As Organizações Sociais estão regulamentadas pela Lei Federal nº 9.637, de 15 de março de 1998, em conjunto com a aprovação do Plano Nacional de Publicização. No Estado de São Paulo a Lei Complementar nº 846, de 04 de junho de 1998, qualifica as entidades como Organizações Sociais.

Estava criado o arcabouço jurídico necessário para a implementação das OS's e para o avanço do processo de publicização no Brasil. Isto se afirma na medida em que, quando analisamos o orçamento do Estado destinado à saúde, especificamente em relação à assistência ambulatorial e hospitalar, destaca-se o montante atualmente destinado às Organizações Sociais de Saúde (OSS), que atinge a ordem de grandeza de um bilhão de reais de gasto para o ano de 2006.

O modelo das Organizações Sociais de Saúde também é uma proposta recente e pioneira do Estado de São Paulo para a gestão da saúde, sendo que também por esse motivo os hospitais gestados pelas OS's mereciam



ASSEMBLÉIA LEGISLATIVA DO ESTADO DE SÃO PAULO
Gabinete do Deputado Estadual Raul Marcelo

particular investigação por parte desta CPI.

No âmbito federal, a legislação que cuida das Organizações Sociais (Lei nº 9.637, de 15 de março de 1998) sofre questionamento quanto à sua constitucionalidade, por meio de **Ação Direta de Inconstitucionalidade proposta em 27/11/1998 (ADIN 1923), pendente de julgamento no Supremo Tribunal Federal.**

Essa ação aponta afronta da legislação a artigos constitucionais sobre autoria de legislação sobre licitações (art. 22, inciso XXVII); administração pública (art. 37, incisos II e XXI); competências da União, Estados, Municípios e Congresso Nacional (art. 23 e art. 49); e sobre participação do setor privado na saúde (art. 199), dentre outros. O principal teor do questionamento constitucional refere-se à substituição do Estado, mediante suas responsabilidades, pelo setor privado; em outras palavras, há um questionamento legal sobre a retirada da responsabilidade estatal de sua função administrativa para as áreas de que trata a Lei.

A participação popular é outra diretriz constitucional para a execução das ações e serviços de saúde, sendo conhecida de modo geral como Controle Social, tendo nos Conselhos de Saúde (Nacional, Estaduais e Municipais) os órgãos do controle.

A regulamentação da forma como se aplicaria o Controle Social no SUS foi definida pela Lei Federal nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, que estabelece duas instâncias de participação da comunidade: as Conferências de Saúde e os Conselhos de Saúde.

Sobre os Conselhos de Saúde, sua função é descrita no art. 1º, § 2º:

Art. 1º (...).

§ 2º O Conselho de Saúde, em caráter permanente e deliberativo, órgão colegiado composto por representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários, atua na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, cujas decisões serão homologadas pelo



ASSEMBLÉIA LEGISLATIVA DO ESTADO DE SÃO PAULO Gabinete do Deputado Estadual Raul Marcelo

chefe do poder legalmente constituído em cada esfera do governo.

Em âmbito nacional há o Conselho Nacional de Saúde e, estadualmente, o Conselho Estadual de Saúde de São Paulo. Em relação às OS's, ambos têm atualmente posição contrária à sua utilização para a gestão da saúde. Segue a deliberação número 001 de 10 de Março de 2005 do Conselho Nacional de Saúde (íntegra no anexo, documento nº 01):

a) Posicionar-se contrário à terceirização da gerência e da gestão de serviços e de pessoal do setor saúde, assim como, da administração gerenciada de ações e serviços, a exemplo das Organizações Sociais (OS), das Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIPs) ou outros mecanismos com objetivo idêntico, e ainda, a toda e qualquer iniciativa que atente contra os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS).

b) Estabelecer o prazo de 12 (doze) meses, a partir desta data, para que os órgãos de gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) adotem medidas para o cumprimento do estabelecido no item "a" desta Deliberação.

A posição do Conselho Estadual de Saúde de São Paulo é idêntica e ratifica a posição do Conselho Nacional. Tal posicionamento foi aprovado na reunião de número 143 do pleno do Conselho Estadual de Saúde, realizada dia 24 de novembro de 2006 (documento nº 02). Assim sendo, o prazo para que os órgãos de gestão cumprissem tal deliberação expirou no dia 24 de novembro de 2007 e nada foi alterado, sequer justificado por parte da Secretária Estadual de Saúde.

A decisão do Conselho Nacional de Saúde foi baseada em relatório elaborado pelo Grupo de Trabalho do próprio CNS, criado na 138ª Reunião, para embasar parecer sobre as OS's e sobre as OSCIP's (Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público), sendo aprovado na 150ª Reunião Ordinária do CNS, em 2005 (documento anexo nº 03).

Abaixo segue tabela presente no relatório que resume os principais pontos que diferenciam a administração direta na saúde (SUS) da administração pelas OS's.



ASSEMBLÉIA LEGISLATIVA DO ESTADO DE SÃO PAULO
Gabinete do Deputado Estadual Raul Marcelo

Síntese do modelo de gestão do SUS e das OS's

Sistema Único de Saúde (SUS)	Organizações Sociais (OS)
Gestão Única do Sistema de Saúde em cada esfera de Governo (Gestão do Sistema e da Rede de Ações e Serviços).	Autonomia Administrativa e Financeira de cada OS.
Descentralização da Gestão entre as três esferas de Governo.	Descentralização das Ações e Serviços de Saúde para a Iniciativa Privada e não para os Municípios.
Hierarquização dos Serviços, conforme a complexidade da atenção à saúde	Autonomia Gerencial dos Serviços de Cada OS.
Financiamento Solidário entre as três esferas de Governo, conforme o tamanho da população, suas necessidades epidemiológicas e a organização das ações e serviços.	Financiamento definido no orçamento público, para cada OS, conforme a influência política de seus dirigentes, com "contrapartida da entidade" por meio da venda de serviços e doações da comunidade e com reserva de vagas para o setor privado, lucrativo.
Regionalização	Inexistente, porque a entidade possui autonomia para aceitar ou não a oferta regional de serviços, já que seu orçamento é estabelecido por uma das esferas de Governo.
Universalidade e Integralidade da Atenção à Saúde	Focalização do Estado no atendimento das demandas sociais básicas.
Participação da Comunidade, com a política de saúde definida em Conferências de Saúde.	Inexistente.
Controle Social, com Conselhos de Saúde que acompanham e fiscalizam a implementação da política de saúde e a utilização de seus recursos.	Inexistente. O Controle Social tal como previsto na Lei 8.142/90 é substituído pelos tradicionais conselhos de administração internos.

(Conselho Nacional de Saúde. As Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público – OSCIP's como Instrumento de Gestão Pública na Área de Saúde, 2004).

Entretanto, durante o processo de investigação desta CPI, surge outra importante questão referente à saúde em São Paulo, e que merecerá menção no Sub-relatório: o ostensivo processo de terceirização presente nos hospitais estaduais.

Muitas dessas terceirizações são questionadas quanto à sua



ASSEMBLÉIA LEGISLATIVA DO ESTADO DE SÃO PAULO
Gabinete do Deputado Estadual Raul Marcelo

necessidade e quanto à sua interferência na qualidade dos serviços médicos prestados. Para além disso, uma parcela dos servidores públicos da saúde estão tendo suas funções e direitos afetados por conta de terceirizações.



ASSEMBLÉIA LEGISLATIVA DO ESTADO DE SÃO PAULO Gabinete do Deputado Estadual Raul Marcelo

V – PROBLEMAS DECORRENTES DA TERCEIRIZAÇÃO.

Os últimos governos do Estado de São Paulo têm implementado uma política ofensiva de privatização do patrimônio público, um dos pilares para a aplicação do projeto neoliberal no estado. Somando-se o ajuste fiscal para pagamento da dívida pública e o arrocho das políticas sociais temos um tripé que sustenta a política dos governos no último período, caracterizada pela entrega do patrimônio público para o capital privado.

Embora a saúde não possa ser totalmente privatizada, com transferência total de responsabilidades e de patrimônio para o setor privado – pois a Constituição Federal a define como um dever do Estado – há inúmeras formas utilizadas para transferir ao setor privado funções que deveriam ser públicas.

O mais importante processo de transferência de responsabilidades para o setor privado no Estado de São Paulo, no que tange à saúde, é a entrega da gestão de hospitais públicos para as OS's. Mas o governo estadual tem lançado mão de outra estratégia para entregar as responsabilidades do Estado com saúde para o setor privado: inúmeros hospitais públicos sob administração direta tiveram diversos serviços que exerciam terceirizados. Desde os serviços menos complexos, como segurança e limpeza, até serviços mais complexos, como a radiologia e o atendimento médico, estão sendo prestados por empresas terceirizadas nos hospitais.

Ainda, há a questão trabalhista que não pode ser afastada, na medida em que as questões atinentes à terceirização, dentro das Organizações Sociais, ocasionam graves prejuízos à qualidade do ambiente de trabalho dos funcionários, caracterizados por desvio de função, sobrecarga de serviços e usual assédio moral e alta rotatividade quanto às empresas terceirizadas.

A terceirização também implica um processo de precarização do trabalho, uma vez que as funções desempenhadas por servidores públicos serão desempenhadas por profissionais contratados por empresas privadas, que



ASSEMBLÉIA LEGISLATIVA DO ESTADO DE SÃO PAULO Gabinete do Deputado Estadual Raul Marcelo

possuem menos direitos trabalhistas em relação ao funcionário público. A longo prazo isso pode inclusive acarretar diminuição da qualidade do serviço prestado por conta das condições mais precárias sob os quais os funcionários da empresa contratada são obrigados a trabalhar.

As terceirizações também não estão submetidas a algumas regras da administração pública como a lei de licitações, fundamental à transparência dos serviços prestados pelo Estado ou para o Estado.

Essa falta de transparência pode inclusive proporcionar uso indevido dos recursos públicos, que foi o teor de uma série de denúncias recebidas sobre os processos de terceirização nos hospitais da administração direta: superfaturamento de contratos, prestação de serviço aquém do contratado, favorecimento individual, dentre outros.

Abaixo segue relato sobre os hospitais visitados e de onde houve denúncias de problemas decorrentes da terceirização de serviços hospitalares.

Conjunto Hospitalar de Sorocaba

A convite dos funcionários do Conjunto Hospitalar de Sorocaba (CHS), este Sub-relator esteve em visita, em 04/04/2008, conjuntamente com representantes do legislativo local e estadual, dos funcionários e sindicatos e de usuários do sistema de saúde, àquele hospital, verificando que uma série de serviços hospitalares foram terceirizados.

Constatou-se que as áreas de lavanderia, limpeza, segurança, almoxarifado, farmácia central, laboratório, radiologia, neurocirurgia e nefrologia incumbem a empresas terceirizadas mas sob direção do CHS. Já a farmácia de alto-custo e do setor de hemodiálise estão sob condução e responsabilidade de empresas estranhas à direção do hospital – assim, embora lotados no Conjunto Hospitalar de Sorocaba, são vinculados ao Departamento Regional de Saúde.

Por conta dessas terceirizações, alguns problemas estão ocorrendo.



ASSEMBLÉIA LEGISLATIVA DO ESTADO DE SÃO PAULO Gabinete do Deputado Estadual Raul Marcelo

Funcionários públicos estão sofrendo desvio de função, pois são realocados após seus setores passarem a ser geridos por empresas privadas. Esse processo acarreta em prejuízo para o Estado, que terá um profissional qualificado desenvolvendo outra função, que geralmente não exige o mesmo nível de qualificação.

Outro grave problema relatado pelos funcionários do CHS é de que alguns funcionários públicos estão exercendo funções que são de responsabilidade das empresas terceirizadas. Essa situação configura-se numa ilegalidade.

Na farmácia de alto-custo, que está em processo de terceirização, outra irregularidade foi constatada. Os funcionários desse setor são os atuais responsáveis pelo treinamento dos funcionários da empresa terceirizada. Isso novamente constitui uma utilização indevida de servidores públicos para atenderem às necessidades de uma empresa privada. Tal situação também nos leva a questionar os motivos da terceirização desse setor, uma vez que a empresa terceirizada deveria apresentar as competências para exercer tal função, não necessitando de treinamento.

As situações verificadas nos outros dois hospitais demonstram, de mesmo modo, que o processo de terceirização ocasiona irregularidades e descasos administrativos com a transparência dos contratos e com a qualidade dos serviços prestados.

Diante do grande volume de denúncias e da gravidade de várias delas, essa situação decorrente das terceirizações necessita de maior investigação posteriormente, uma vez que essa CPI não teve essa investigação como sua questão central.

Instituto de Infectologia Emílio Ribas (IIER).

Foi realizada visita no dia 18/12/2007, para tratar da terceirização dos



ASSEMBLÉIA LEGISLATIVA DO ESTADO DE SÃO PAULO
Gabinete do Deputado Estadual Raul Marcelo

laboratórios, oportunidade em que se constatou, por denúncia feita pelos servidores, questões atinentes às irregularidades conseqüentes da terceirização.

Problemas como perda de qualidade nos exames, burla à legislação de licitações, diferenciação dos valores dos procedimentos realizados, limitações de exames que ultrapassem o limite contratado e o afastamento de funcionários qualificados fizeram parte de denúncias feitas pelo Sindicato dos Trabalhadores Públicos da Saúde no Estado de São Paulo – SindSaúde-SP, cuja íntegra do dossiê está encartada em anexo a este parecer.

O preço padrão estipulado pela Secretaria de Estado da Saúde para a maioria dos exames (presente no termo aditivo e de reti-ratificação aos contratos de gestão entre os hospitais e as empresas prestadoras do serviço de laboratorial) é superior ao custo que os mesmos exames possuíam quando realizados pelo laboratório próprio do IIER (segundo dossiê do SindSaúde-SP, em anexo).

Inclusive, tal documento relata que o questionamento dos motivos da terceirização, por parte de funcionários do Instituto Emílio Ribas, tem provocado situações de assédio moral, uma vez que a empresa administradora coíbe e constrange funcionários que não aceitam as absurdas imposições da empresa.

O laboratório também deixará de ser um local de estágio para os estudantes que freqüentam o Instituto, uma vez que o perfil do IIER é de um hospital de ensino.

Alguns exames realizados pela empresa terceirizada são de resultado duvidoso, pois o local onde são realizados a maioria deles é em Barueri, município da Região Metropolitana de São Paulo. Alguns tipos de exames precisam ser realizados até determinado prazo de tempo sob risco de perda de qualidade ou até mesmo inutilização do exame, segundo consta no dossiê (em anexo) que contém dados técnicos.

Uma questão que também precisa de maior investigação é a



ASSEMBLÉIA LEGISLATIVA DO ESTADO DE SÃO PAULO
Gabinete do Deputado Estadual Raul Marcelo

denúncia de possíveis relações da empresa que presta o serviço laboratorial para o IIEE e para diversos outros hospitais públicos do estado com fundos internacionais de investimento. Segundo a Constituição Federal é vedada a participação de capital estrangeiro no setor saúde.

As situações relatadas nos demais hospitais que passam por situação semelhante demonstram, de mesmo modo, que o processo de terceirização ocasiona irregularidades e descasos administrativos com a transparência dos contratos e com a qualidade dos serviços prestados. Tanto que a Comissão de Saúde e Higiene desta Assembléia Legislativa manifestou-se, na data de 01/04/2008, contrariamente à terceirização dos serviços laboratoriais do Instituto de Infectologia Emílio Ribas. O próprio Secretário de Estado da Saúde, Dr. Luiz Roberto Barradas Barata, comparecerá à Casa para prestar esclarecimento à essa Comissão.

Diante dos relatos acima e da quantidade cada vez maior de denúncias acerca dos processos de terceirização nos hospitais do estado, já que o governo adota uma política privatizante, é imperativo que uma investigação mais profunda e focalizada nas questões das terceirizações seja realizada.



ASSEMBLÉIA LEGISLATIVA DO ESTADO DE SÃO PAULO
Gabinete do Deputado Estadual Raul Marcelo

VI – ANÁLISE DAS ORGANIZAÇÕES SOCIAIS.

Buscando conhecer a realidade prática dos contratos de gestão de hospitais, firmados entre o Governo do Estado e diversas Organizações Sociais, foi solicitado ao Plenário da CPI visitas às seguintes unidades hospitalares:

1. Hospital Geral de Itaquaquetuba;
2. Hospital Geral de Itaim Paulista;
3. Hospital Geral de Itapevi;
4. Hospital Geral de Pedreira;
5. Hospital Estadual de Diadema;
6. Hospital Estadual de Pirajussara;
7. Hospital Estadual Mário Covas de Santo André;
8. Hospital Geral de Guarulhos;
9. Hospital Estadual do Grajaú;
10. Hospital Estadual de Francisco Morato;
11. Hospital Geral de Carapicuíba;
12. Hospital Geral de Vila Alpina;
13. Hospital Geral de Itapeçerica da Serra;

Abaixo, segue tabela discriminando, dessa listagem, quais Organizações Sociais estão relacionadas com quais hospitais:

Nome do Hospital	Organização Social / Entidade Mantenedora	Assinatura do contrato	Começo das atividades
Santo André	Fundação do ABC	18/08/2001	27/11/2001
Francisco Morato	Irmandade Santa Casa de Misericórdia de São Paulo	02/02/2004	-
Vila Alpina	Serviço Social da Construção Civil – SECONCI	01/10/2001	28/12/2001
Grajaú	Associação Congregação Santa Catarina	23/10/1998	11/01/1999
Itaim Paulista	Associação Beneficente Casa de Saúde Santa	26/06/1998	05/08/1998



ASSEMBLÉIA LEGISLATIVA DO ESTADO DE SÃO PAULO
Gabinete do Deputado Estadual Raul Marcelo

	Marcelina		
Itapecerica	Serviço Social da Construção Civil – SECONCI	23/10/1998	04/03/1999
Pedreira	Associação Congregação Santa Catarina	16/06/1998	16/12/1999
Carapicuíba	Sanatorinhos	21/10/1998	22/03/1999
Pirajussara	Sociedade Paulista para Desenvolvimento da Medicina - SPDM	21/10/1998	27/04/1999
Guarulhos	Irmandade Santa Casa de Misericórdia de São Paulo	16/12/1999	14/04/2000
Itaquaquecetuba	Associação Beneficente Casa de Saúde Santa Marcelina	16/12/1999	24/03/2000
Itapevi	Associação Congregação Santa Catarina	16/10/2000	20/09/2000
Diadema	Sociedade Paulista para Desenvolvimento da Medicina - SPDM	24/08/2000	26/10/2000

Fonte: IBANEZ, 2001. In: Estudo Comparativo do Desempenho de Hospitais em Regime de Organização Social, e contratos de gestão publicados no D.O.E.

Destas, foram realizadas diligências pessoais a determinadas unidades, sendo inquiridos seus administradores e responsáveis e analisados documentos, objetivando a verificação fática da realidade da prestação desses serviços, do que se extraíram as considerações que seguem detalhadas.

Em geral, buscou-se analisar a empresa contratada para a gestão e seu quadro de funcionários; o número de leitos programados e os efetivamente ativados, além das especialidades existentes; o sistema adotado para contratação das empresas terceirizadas e quais empresas desta modalidade atuam em cada hospital.

a) Hospital Estadual Carlos da Silva Lacaz de Francisco Morato.

Unidade visitada em 27 de março de 2008, oportunidade em que se verificou ser a empresa contratada para gestão a Irmandade Santa Casa de Misericórdia de São Paulo, que assumiu o contrato em 01/01/2008, diante da



ASSEMBLÉIA LEGISLATIVA DO ESTADO DE SÃO PAULO
Gabinete do Deputado Estadual Raul Marcelo

troca de gestão.

O hospital foi inaugurado no ano de 2004 e seu quadro geral de funcionários não foi obtido, diante da **inexistência de adequado controle do setor responsável**.

Em números gerais, a unidade hospitalar possui 109 (cento e nove) leitos, segundo o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES). Destes, subdividem-se nas seguintes especialidades existentes: cirúrgica, 38 leitos; clínica, 01 leito; complementar, 49; obstétrica, 15; pediátrica, 06. A relação discriminada se encontra no documento de nº 04.

Para realização de contratos com empresas terceirizadas, por autorização da Lei Complementar nº 846, de 1998, a contratação é feita sem processo de licitação, bastando mero protocolo da Secretaria de Estado da Saúde, publicado no Diário Oficial. O documento anexo nº 05 se presta a exemplificar e representar todas as situações assemelhadas, na medida em que este fato se repete nas demais unidades.

A relação de empresas terceirizadas atuando no hospital, de mesmo modo, **não foi disponibilizada**, o que evidencia desorganização e falta de compromisso com a publicidade e transparência das contas da unidade.

O pronto socorro da unidade é fechado, o que significa que os pacientes que a ele se dirigem deixam de ser atendidos, salvo se forem encaminhados por unidade básica de saúde.

O contrato entabulado entre a Secretaria de Estado da Saúde e a OS ainda não foi publicado pelo Diário Oficial. O anterior contrato, firmado com a anterior organização gestora (OSEC), possuía como valor R\$ 2.599.600,00, sendo publicado no D.O.E. em 13/01/2007.

Observações e constatações:



ASSEMBLÉIA LEGISLATIVA DO ESTADO DE SÃO PAULO Gabinete do Deputado Estadual Raul Marcelo

Este Hospital sofreu recente troca de gestão. Até o ano de 2007 foi administrado pela Organização Santamarense de Educação e Cultura (OSEC), sendo que nesse ano tal OS declinou dos contratos de gestão que celebrava com a Secretária Estadual de Saúde, assumindo a gestão a Irmandade Santa Casa de Misericórdia de São Paulo, que já se encontra na gerência do hospital embora o contrato de gestão não tenha sido publicado.

Alegando problemas pela recente troca de gestão, a direção desse hospital não forneceu nenhum dos documentos requisitados por este Sub-relator, dificultando a análise mais detalhada da unidade.

Caracteriza-se por ser um hospital de pequeno porte, voltado para a área cirúrgica, em especial cirurgias de urgência e gravidez de alto risco, cujo pronto socorro adota o sistema de "porta fechada", ou seja, somente atende pacientes encaminhados por outras unidades de saúde.

A região referenciada na qual se inclui o Hospital de Francisco Morato apresenta escassez de outras unidades de atendimento à saúde. O município possui apenas um Pronto Atendimento e toda a região apresenta apenas um hospital, em Franco da Rocha.

Como não há uma rede municipal e estadual de saúde bem estruturada, o paciente que precisa de assistência do Hospital de Francisco Morato encontra dificuldade em acessar seu serviço.

Foi levantado por parte da atual direção do hospital que parte das empresas contratadas para prestar serviço no hospital é de propriedade de professores da UNISA, universidade administrada pela OSEC, antiga OS que administrava o hospital.

b) Hospital Geral de Itaquaquecetuba.

Visita realizada em 28 de março de 2008. A empresa contratada para gestão é a Associação Beneficente Casa de Saúde Santa Marcelina, que



ASSEMBLÉIA LEGISLATIVA DO ESTADO DE SÃO PAULO
Gabinete do Deputado Estadual Raul Marcelo

assumiu já na inauguração do hospital, no ano de 2000.

Possui como quadro de funcionários, em 2007, segundo prestação de contas, os seguintes números: colaboradores, 1.327; admitidos, 186; demitidos, 175.

O número de leitos programados à disposição para 2008 é de 249, estando todos ativados. As especialidades existentes e o respectivo número de leitos são os seguintes: clínica médica, 40; clínica cirúrgica, 83; clínica obstétrica, 40; clínica pediátrica, 49; psiquiatria, 17; UTI adulto, 10; UTI neonatal, 10 (relação detalhada no documento nº 06).

O método de realização da contratação das empresas terceirizadas, tal como anteriormente apontado, é feito sem licitação.

As empresas terceirizadas que atuam no hospital estão relacionadas no documento de nº 07.

Nesta unidade, o pronto socorro é aberto e, portanto, atende pacientes mesmo sem encaminhamento por unidade básica de saúde.

O contrato firmado entre a Organização Social e a Secretaria de Estado da Saúde possui como valor R\$ 4.049.376,50, tendo sido publicado em 13/01/2007.

Observações e constatações:

O Hospital de Itaquaquecetuba atualmente trabalha sob regime de pronto socorro de porta aberta, ou seja, recebe pacientes no pronto socorro que não necessitam de encaminhamento prévio, alterando sua inicial sistemática, que era regime de porta fechada.

Esta unidade, embora localizada no município de Itaquaquecetuba, está distante menos de 10 km do Hospital Geral de Itaim Paulista, que é



ASSEMBLÉIA LEGISLATIVA DO ESTADO DE SÃO PAULO
Gabinete do Deputado Estadual Raul Marcelo

administrado pela mesma OS, a Associação Beneficente Casa de Saúde Santa Marcelina, o que gera uma administração conjugada entre os dois hospitais.

c) Hospital Geral de Itaim Paulista.

Diligência realizada em 28 de março de 2008, ao que se constatou ser a empresa contratada para gestão a Associação Beneficente Casa de Saúde Santa Marcelina, que assumiu já na inauguração do hospital, em 1998.

Seu quadro de funcionários em 2007 contabilizava 1.709 colaboradores, 387 admitidos e 294 demitidos, conforme segundo prestação de contas daquele ano.

Possui igual número de leitos programados e ativados: 260, subdivididos nas seguintes especialidades: clínica médica, 62; clínica cirúrgica, 61; clínica pediátrica, 52; clínica obstétrica, 42; clínica psiquiátrica, 17; UTI neonatal, 16 e UTI adulto, 10 leitos (conforme documento nº 08).

Método de realização da contratação das empresas terceirizadas: igual às demais ocorrências analisadas, se faz por protocolo da Secretaria de Saúde, sem processo de licitação.

A descrição das empresas terceirizadas que atuam no hospital, inclusive com valores a elas pagos, faz parte da relação encartada como documento nº 09.

Conta com pronto socorro aberto – ou seja, desnecessária prévia consulta em unidades básicas de saúde.

O contrato firmado prevê o importe de R\$ 4.964.333,33, sendo publicado no Diário Oficial do Estado em 13/01/2007.

Observações e constatações:



ASSEMBLÉIA LEGISLATIVA DO ESTADO DE SÃO PAULO
Gabinete do Deputado Estadual Raul Marcelo

A OS que administra o hospital construiu uma casa de parto nas imediações do hospital por iniciativa própria e que, posteriormente, teve o custo de seu funcionamento adicionado à verba repassada pela Secretaria de Saúde por meio dos contratos de gestão.

d) Hospital Geral de Carapicuíba.

Unidade visitada em 31 de março de 2008, quando se constatou ser contratada para gestão a organização social de saúde Sanatorinhos – Ação Comunitária de Saúde, que assumiu já na inauguração do hospital, no ano de 1998.

Seu quadro geral de funcionários, no ano de 2008, conta com 1.268 pessoas, para atender aos 250 leitos em funcionamento, número este que representa a integralidade dos programados.

Os leitos se subdividem nas seguintes especialidades: clínica cirúrgica, 34; clínica ginecológica, 14; clínica médica, 40; clínica obstétrica, 34; clínica ortopédica, 23; clínica pediátrica, 32; clínica psiquiátrica, 10; unidade de tratamento Semi-intensivo, 43; UTI: 20 (documento anexo nº 10).

A contratação de empresas terceirizadas, igualmente, se dá sem licitação. A relação completa dessas empresas atuantes no hospital se encontra no documento nº 11.

Possui atendimento de pronto socorro sob sistemática fechada; assim, exige prévio encaminhamento por parte de unidade básica de saúde.

O contrato firmado, publicado em 13/01/2007, possui como valor R\$ 4.595.392,37.

Observações e constatações:

Com a doação de uma fundação alemã, a OS Sanatorinhos construiu



ASSEMBLÉIA LEGISLATIVA DO ESTADO DE SÃO PAULO Gabinete do Deputado Estadual Raul Marcelo

um serviço de hemodiálise nas imediações do hospital, cuja verba para custeio passou a provir da Secretaria de Estado da Saúde por meio de contrato de gestão.

O salário mais alto pago a um funcionário (Superintendente) atinge a monta de R\$ 24.969,00 por mês. Também outros funcionários administrativos com salários da ordem de R\$ 9.000,00, que representam uma grande discrepância em relação aos demais profissionais.

Atua também com regime de pronto socorro de portas fechadas. O encaminhamento de pacientes ao hospital é feito por meio de um mecanismo chamado Plantão Controlador, mecanismo de encaminhamento controlado pelo Departamento Regional de Saúde.

Até o ano de 2007 estava instalada no hospital uma escola de técnicos de enfermagem administrada pela própria OS, que foi então fechada. Em seu lugar serão construídos leitos de obstetrícia.

A Organização Social Sanatorinhos administrou até dezembro de 1995 o Hospital Geral de Itapevi, quando reincidiu tal contrato, tendo assumido a gestão em seu lugar a Associação Congregação Santa Catarina.

e) Hospital Estadual Mário Covas de Santo André.

Diligenciado na data de 01 de abril de 2008. A organização social de saúde contratada para gestão foi a Fundação do ABC, que assumiu já na inauguração do hospital, em 2001. O mais recente contrato com a Secretaria de Saúde foi publicado no Diário Oficial em 30/06/2007 com o valor de R\$ 6.696.950,00.

O quadro geral de funcionários, em março de 2008, contabiliza 1.268 empregados.

A relação de leitos programados para a unidade representa 343



ASSEMBLÉIA LEGISLATIVA DO ESTADO DE SÃO PAULO Gabinete do Deputado Estadual Raul Marcelo

leitos. Destes, 301 estão ativados, sob as seguintes subdivisões: clínica cirúrgica, 81; clínica médica, 25; clínica de moléstias infecto-contagiosas, 21; clínica obstétrica, 25; clínica psiquiátrica, 21; clínica pediátrica, 25; unidade de tratamento Semi-intensivo, 03; UTI adulto: 20; UTI pediátrica, 07; UTI coronariana, 07; UTI neonatal, 10; berçário médio risco, 20; observação, 18; hospital-dia, 12; quimioterapia, 06 (documento anexo nº 12).

A realização da contratação das empresas terceirizadas, de mesmo modo, se faz sem processo de licitação. Todavia, a relação de empresas terceirizadas não foi fornecida pela unidade, evidenciado falta de transparência na gestão dos valores.

O pronto socorro da unidade segue a sistemática fechada.

Observações e constatações:

Dos hospitais administrados por organizações sociais, o Hospital de Santo André é o maior, tendo sido construído para abrigar 350 leitos – dos quais estão ativados apenas 301.

Também, é o único hospital de nível terciário, sendo referência para procedimentos de alta complexidade.

O hospital tem como característica a presença de estudantes de graduação de diferentes cursos da saúde da Faculdade de Medicina do ABC, gerida pela mesma fundação que administra o hospital (Fundação do ABC).

Empresas terceirizadas e contratadas, segundo os critérios da OS's, devem ter algum vínculo com professores da Faculdade de Medicina do ABC.

O hospital adota regime de pronto socorro de portas fechadas. Maior parte dos pacientes encaminhados tem origem nas Unidades Básicas de Saúde de um dos sete municípios para os quais o hospital é referência, ou são encaminhados pelo Plantão Controlador.



ASSEMBLÉIA LEGISLATIVA DO ESTADO DE SÃO PAULO
Gabinete do Deputado Estadual Raul Marcelo

O sistema de referência e contra-referência e o agendamento de pacientes depende muito de mecanismos informais, que são facilitados pelo fato de que muitos membros da administração da OS ou do município já fizeram parte do Conselho Curador da Fundação do ABC ou são professores da Faculdade de Medicina do ABC.

f) Hospital Geral do Grajaú Professor Liberato John Alphonse di Dio.

Visitado em 02 de abril de 2008. A organização social de saúde contratada para a gestão foi a Associação Congregação Santa Catarina, que assumiu em 01/01/2008, em substituição à OSEC. O contrato originário com essa empresa, posteriormente assumido pela atual gestora, possuía o valor de R\$ 6.174.913,94, conforme publicação de 13/01/2007.

O quadro de funcionários atual não foi disponibilizado pela unidade. Quando da gestão da OSEC, contabilizava 1.247.

A relação de leitos programados não foi fornecida pela administração do hospital. Segundo dados da CNES, existem as seguintes especialidades e números de leitos: cirúrgica, 67; clínica, 54; complementar, 37; obstétrica, 24; pediátrica, 70, do que se totalizam 252 leitos, conforme documento nº 13.

O meio de contratação de empresas terceirizadas também se faz sem licitação. A relação não foi disponibilizada, em evidente falta de controle e transparência por parte da administração.

O pronto socorro funciona sob sistemática aberta, ou seja, sem exigir prévio encaminhamento de unidades básicas.

Observações e constatações:

O Hospital Geral do Grajaú passou recentemente por troca de gestão, como aconteceu com o Hospital de Francisco Morato, devido à rescisão



ASSEMBLÉIA LEGISLATIVA DO ESTADO DE SÃO PAULO
Gabinete do Deputado Estadual Raul Marcelo

dos contratos por parte da OSEC.

Há indícios de que o Hospital Geral do Grajaú tem gestão combinada com Hospital Geral de Pedreira, que também é administrado pela Associação Congregação Santa Catarina, que administra outros serviços no município de São Paulo, como os Ambulatórios Médicos (AMAs) e equipes do Programa de Saúde da Família (PSF).

O Hospital passa por reforma do pronto socorro, prevista para encerrar-se ao final deste primeiro semestre de 2008.

g) Hospital Estadual de Vila Alpina Organização Social Seconci.

Diligenciado em 08 de abril de 2008. A organização social de saúde contratada para gestão é a Serviço Social da Construção Civil do Estado de São Paulo – Seconci, que assumiu em 2001, com a inauguração do hospital. O atual contrato firmado com a Secretaria de Saúde, publicado em 01/08/2007, possui como valor R\$ 5.134.916,29.

Possui como quadro geral de funcionários, atualizado até a data da diligência, 950 pessoas.

Consta como leitos programados 238 unidades. Todavia, estão ativados 194 leitos, que se subdividem nas seguintes especialidades: clínica cirúrgica, 39; clínica médica, 55; clínica obstétrica, 33; clínica pediátrica, 33; UTI, 34 (conforme documento nº 14).

O método de realização da contratação das empresas terceirizadas, igualmente, se dá por mero protocolo na Secretaria de Saúde, sem processo de licitação. A relação das empresas terceirizadas consta do documento nº 15.

O pronto socorro da unidade adota a sistemática aberta, pelo que recebe pacientes independentemente de prévio encaminhamento.



ASSEMBLÉIA LEGISLATIVA DO ESTADO DE SÃO PAULO Gabinete do Deputado Estadual Raul Marcelo

Observações e constatações:

Do confronto entre o número de leitos programados e instalados, nota-se que 42 leitos não estão instalados ou funcionando, reduzindo consideravelmente a capacidade de atendimento.

Das cerca de 600 cirurgias realizadas por mês pelo hospital, aproximadamente metade é realizada no Hospital-Dia (cirurgias de pequena complexidade), um quarto se caracteriza por ser de urgência (cardio-vascular e ortopédica) e outro quarto é de cirurgias eletivas (como varizes, hérnias, amídalas e oftalmológicas).

O hospital funciona com a maioria de seus serviços terceirizados ou prestados por empresas contratadas. O setor de ressonância magnética, por exemplo, é completamente terceirizado, sendo que tanto a construção do local quanto a aquisição do equipamento foram realizados pela empresa contratada. Sequer as roupas usadas no hospital são de sua propriedade, pois pertencem à empresa que presta o serviço de fornecimento e de lavagem de roupa.

O serviço médico também é, em sua maioria, prestado por empresas contratadas. Dos 374 médicos que trabalham no hospital, apenas 50 integram o quadro de funcionários do próprio hospital.

Falta de transparência no processo investigativo.

Durante o processo de investigação realizado por este Deputado, tanto anterior quanto posteriormente à criação da Sub-relatoria de Organizações Sociais, ficou constatada relativa dificuldade na obtenção de determinados documentos e dados relevantes para uma análise mais precisa que poderia contribuir com as investigações.

Em certos requerimentos, enviados à Secretária Estadual de Saúde, parte das respostas se mostrou incompleta ou com dados que não representavam as informações solicitadas.



ASSEMBLÉIA LEGISLATIVA DO ESTADO DE SÃO PAULO
Gabinete do Deputado Estadual Raul Marcelo

No Ofício G.S. nº 5.894/2007, do Gabinete do Secretário de Saúde do Estado, em resposta ao Requerimento de Informação nº 446/2007, de autoria desta Comissão Parlamentar, à solicitação sobre o número de atendimentos realizados pelos hospitais geridos pelas OS's, discriminadamente nos últimos 12 meses, apenas foi informada a média mensal de atendimentos, considerando um período de 9 meses.

Quanto ao Ofício G.S. nº 5.876/2007, em resposta ao Requerimento de Informação nº 447/2007, de igual autoria, não foi apresentada a discriminação de funcionários concursados e comissionados de todos os hospitais da administração direta estadual, como requerido, e tampouco o número de atendimentos foi discriminado por mês, sendo informada meramente a média mensal. Por fim, a relação de empresas terceirizadas em cada um dos hospitais públicos não foi enviada a esta Comissão Parlamentar.

De sua parte, o Ofício G.S. nº 5.558/2007, em resposta ao Ofício CPI - RSMH nº 007/2007, apresenta informações insuficientes em relação à questão sobre como se realiza o investimento do percentual de 12% na saúde, previsto pela Emenda Constitucional nº 29, além de não conter um quadro detalhando dos gastos. A resposta ao item de nº 2 não inclui os valores repassados aos hospitais públicos estaduais, como pedido.

Após a instauração da Sub-relatoria de Organizações Sociais, mesmo com a autorização para a realização das diligências aos treze hospitais geridos pelas OS's, houve dificuldades que se interpuseram às investigações.

As diligências realizadas – em sete dos treze hospitais relacionados – foram antecedidas por contato prévio estabelecido com as administrações desses hospitais, visando a separação e preparação dos documentos requisitados.

A maior parte das administrações contatadas foi solícita em receber a diligência e em fornecer os documentos e dados requisitados. No entanto, não



ASSEMBLÉIA LEGISLATIVA DO ESTADO DE SÃO PAULO
Gabinete do Deputado Estadual Raul Marcelo

obtivemos resposta ao contato prévio por parte da direção do Hospital Estadual de Pirajussara, que ignorou a solicitação de agendamento para realização da diligência.

Já em alguns hospitais em que foram realizadas as diligências, não foram disponibilizados os documentos solicitados. Nesses casos, as direções solicitaram prazo para sua preparação e se comprometeram a enviá-los posteriormente, quer por dificuldades técnicas, quer pela evidente falta de controle das informações. Todavia, até a presente data não recebemos respostas dos compromissos assumidos com o Hospital Estadual Carlos da Silva Lacaz de Francisco Morato e o Hospital Geral do Grajaú, além de parte dos documentos que a direção do Hospital Estadual Mario Covas de Santo André ficou encarregada de encaminhar.

Esses casos apenas demonstram a falta de transparência do governo em relação a política das OSs e a blindagem que a Secretária Estadual de Saúde faz em torno das mesmas. Afinal, essa política tem sido amplamente propagandeada como uma grande inovação que supostamente resolveria os problemas da saúde pública no estado.

A Lei Complementar nº 846, de 1998 prevê alguns mecanismos de prestação de contas e de controles externos, como publicação de relatórios de gestão, de prestação de contas e aprovação dos mesmos pelos Conselhos Administrativos de cada hospital e pela Comissão de Avaliação da Execução dos contratos de gestão das OSs. Contudo, a simples análise dos contratos de gestão, dos relatórios de execução ou da prestação de contas não são suficientes para garantir a transparência. Isso porquê tais documentos contêm informações muitas vezes pouco específicas e a composição dos Conselhos de Administração e de acompanhamento da execução do contrato é constituída, em sua maioria, por membros indicados ou pelas próprias Organizações Sociais ou pelo Secretário Estadual de Saúde.

Eis a relação de composição desse Conselho, conforme essa Lei Complementar 846/1998:



ASSEMBLÉIA LEGISLATIVA DO ESTADO DE SÃO PAULO Gabinete do Deputado Estadual Raul Marcelo

Artigo 3º. - O Conselho de Administração deve estar estruturado nos termos do respectivo estatuto, observados, para os fins de atendimento dos requisitos de qualificação, os seguintes critérios básicos:

I - ser composto por:

- a) até 55 % (cinquenta e cinco por cento) no caso de associação civil, de membros eleitos dentre os membros ou os associados;**
- b) 35% (trinta e cinco por cento) de membros eleitos pelos demais integrantes do Conselho, dentre pessoas de notória capacidade profissional e reconhecida idoneidade moral;**
- c) 10% (dez por cento) de membros eleitos pelos empregados da entidade;**

II - os membros eleitos ou indicados para compor o Conselho que não poderão ser parentes consangüíneos ou afins até o 3º. grau do Governador, Vice-Governador e Secretários de Estado, terão mandato de quatro anos, admitida uma recondução;

III - o primeiro mandato de metade dos membros eleitos ou indicados deve ser de dois anos, segundo critérios estabelecidos no estatuto;

IV - o dirigente máximo da entidade deve participar das reuniões do Conselho, sem direito a voto;

V - o Conselho deve reunir-se ordinariamente, no mínimo, três vezes a cada ano, e extraordinariamente, a qualquer tempo;

VI - os conselheiros não receberão remuneração pelos serviços que, nesta condição, prestarem à organização social, ressalvada a ajuda de custo por reunião da qual participem; e

VII - os conselheiros eleitos ou indicados para integrar a Diretoria da entidade devem renunciar ao assumirem às correspondentes funções executivas.

Além disso, nenhum dos hospitais que sofreram diligência por esta Comissão Parlamentar de Inquérito possui Conselho Gestor que siga as diretrizes definidas na Lei Federal 8.142/1998, como ocorre em alguns hospitais públicos. Nesse tipo de Conselho, os usuários compõem 50% de suas vagas.

A política dos contratos de gestão

Uma das diferenças da gestão por Organizações Sociais em relação à gestão por administração direta é a realização de contratos de gestão para definição de metas, as quais devem ser cumpridas pela contratada. Esse é o principal critério que orienta a atuação da OS na administração do hospital.

O cumprimento das metas é vinculado à remuneração que a OS receberá. Segundo a Lei Complementar nº 846/1998, essa remuneração é proporcional ao percentual das metas que foram cumpridas. Ela segue o padrão definido no Contrato de Gestão padrão, enviado pelo Gabinete do Secretário



ASSEMBLÉIA LEGISLATIVA DO ESTADO DE SÃO PAULO Gabinete do Deputado Estadual Raul Marcelo

Estadual de Saúde no Ofício G.S. n.º 5.752/2007, o qual segue em anexo para análise.

Questões orçamentárias

A Lei de Responsabilidade Fiscal (LRF), Lei Complementar nº 101, de 2000, fixa limites de gastos com pessoal para os três entes federativos e, dentre estes, para cada um dos Poderes. A repercussão dessa obrigação, sujeita a fortes punições, se deu nos serviços fortemente dependentes do trabalho humano para execução, como é o caso da saúde.

As Organizações Sociais apareceram, em determinado momento, nesse sentido, como uma manobra para contornar a imposição da lei, pois tecnicamente um contrato firmado não é contabilizado no Orçamento como gastos com pessoal, mas dentro de outro grupo de despesa, denominado “Outras Despesas Correntes”, inalterando o índice proposto pela LRF.

No entanto, nosso Estado não sofria com o índice proposto para o Estado de 60% e distanciou-se ainda mais, ao longo da década, desse patamar, evidenciando que os propósitos implícitos com os investimentos nas OS's divergem da manobra orçamentária supostamente proposta.

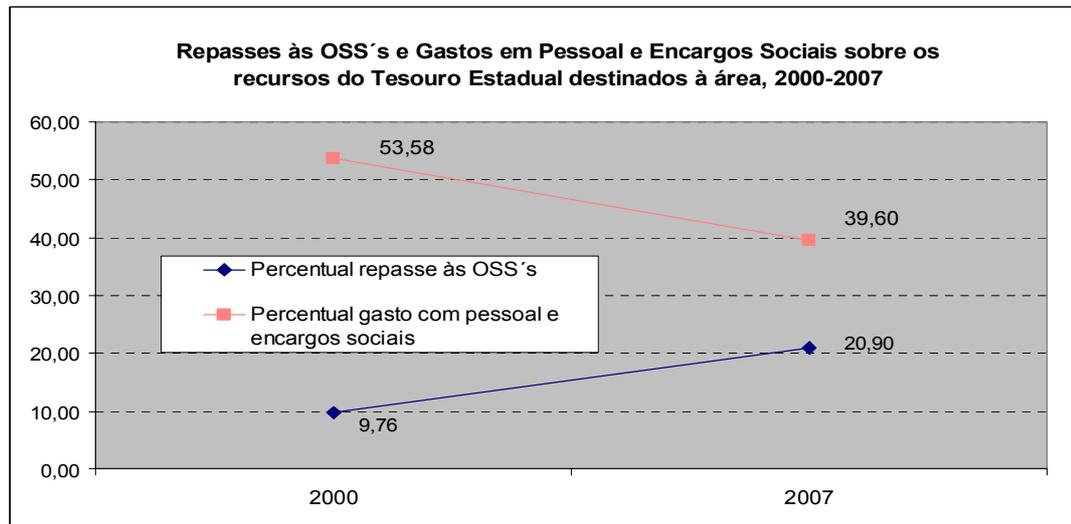
Entre os anos de 2000 e 2007, os gastos proporcionais com as Organizações Sociais cresceram 114,14%, saltando de 9,76% para 20,90% dos recursos do Tesouro do Estado com Saúde, enquanto que os gastos com “pessoal e encargos sociais” caíram, proporcionalmente, para índices de 26,08%, saindo do patamar em 2000 de 53,58% para 39,6% em 2007³.

Estes dados mostram o esforço do Governo para distanciar-se dos gastos com a manutenção do funcionalismo público, como exemplificado no gráfico a seguir.

³ Integrado pelos recursos próprios do Tesouro Estadual: tributos, recursos vinculados estaduais e fundos especiais de despesa.



ASSEMBLÉIA LEGISLATIVA DO ESTADO DE SÃO PAULO
Gabinete do Deputado Estadual Raul Marcelo



Fonte: SIGEO

Cabe-nos ressaltar que o comportamento relatado no gráfico analisa as decisões de gastos do Governo Estadual sobre os recursos advindos de seus esforços tributários que, como mencionado, são compostos pelo seu Tesouro Estadual, recursos vinculados estaduais e fundos especiais de despesa. A margem legal existente para ampliação dos gastos do Estado de São Paulo permite a implementação de políticas de contratação direta de pessoal, sem intermediação de terceiros ou transferência a particulares de obrigações originariamente estatais.



ASSEMBLÉIA LEGISLATIVA DO ESTADO DE SÃO PAULO Gabinete do Deputado Estadual Raul Marcelo

VII – CONSIDERAÇÕES FINAIS E CONCLUSÕES

É triste ver que, no Estado de São Paulo, apesar de seus tantos recursos, possuindo o maior orçamento dentre os Estados da Federação, os problemas da saúde da população não são resolvidos e continuam subordinados a uma estrutura de acumulação de riqueza que privilegia o setor privado – enquanto que a população sofre com a precarização no atendimento à saúde.

O governo estadual de São Paulo se propôs, há mais de dez anos, resolver esse problema por meio de uma "solução" administrativa, delegando para o setor privado a administração da saúde. Esse processo teve início em 1998 com a entrega de seis hospitais públicos estaduais recém-finalizados, que tiveram suas construções concluídas meses antes, e se estende até os dias atuais, quando encontramos treze hospitais administrados por Organizações Sociais – todos, destaque-se, edifícios recém-finalizados entregues para a administração privada.

No entanto, o problema da qualidade e precariedade da saúde pública à população do Estado persiste.

A argumentação do governo do Estado e da Secretaria de Estado da Saúde é de que a administração pelas Organizações Sociais é um grande avanço, pois elas tiveram maior produtividade, comparadas à administração pública, com menores custos.

Abaixo seguem alguns dados retirados de estudo realizado em parceria do Ministério da Saúde com o Banco Mundial, datado de 31 de maio de 2005, coordenado por George La Forgia, especialista de saúde do Banco Mundial, e de autoria de Nilson do Rosário Costa e de José Mendes Ribeiro, ambos pesquisadores da FIOCRUZ.

Esse estudo conclui que as OS's são alternativa viável para superar os entraves colocados pela rigidez do Estado definida pela Constituição de 1988, pelo crescimento da carga fiscal previdenciária e pela Lei de Responsabilidade



ASSEMBLÉIA LEGISLATIVA DO ESTADO DE SÃO PAULO
Gabinete do Deputado Estadual Raul Marcelo

Fiscal (Ministério da Saúde e Banco Mundial, 2005 – Estudo Comparativo do desempenho de hospitais em regime de organização social, pg. 14).

Os dados dizem respeito a comparação de indicadores hospitalares entre os hospitais geridos por OS's e pelos da Administração Direta.

Comparação de eficiência técnica dos grupos Caso e Controle Hospitais OS e da Administração Direta em 2003 (N=22)

Variável de eficiência técnica dos grupos Caso e Controle	Média nas OS's	Média na Administração Direta	Eficiência relativa das OS's
Relação alta Total/Total de leitos	60	46	35%
Relação altas/Leitos Cirúrgicos	71	44	61,4%
Relação altas/Leitos Clínica Médica	86	53	62,3%
Relação altas/Leitos Obstétricos (N=20)	96	58	65,5%
Relação altas/Leitos Pediátricos (N=21)	66	67	-1%

In: Ministério da Saúde e Banco Mundial, 2005 – Estudo Comparativo do desempenho de hospitais em regime de organização social.

Comparação de Eficiência alocativa dos grupos Caso e Controle – hospitais OS's e da Administração Direta (N=22)

Váriaveis de Eficiência Alocativa	Médias nas OS's (N=12)	Média na Administração Direta (N=10)
Intervalo de Substituição	1,20	3,9
Índice de Giro Geral	5,20	3,3
Taxa de ocupação	80,5	63,2
Intervalo de substituição de cirurgia	2,07	5,04
Tempo Médio de Permanência na Clínica Cirúrgia	4,2	5,4
Tempo Médio de Permanência Geral	4,8	5,9

In: Ministério da Saúde e Banco Mundial, 2005 – Estudo Comparativo do desempenho de hospitais em regime de organização social.



ASSEMBLÉIA LEGISLATIVA DO ESTADO DE SÃO PAULO
Gabinete do Deputado Estadual Raul Marcelo

**Comparação para a Mortalidade Geral e
nas principais clínicas em 2003 (N=22)**

Variáveis de Qualidade	Média OS's	Média Administração Direta
Mortalidade geral	3,8	5,3
Mortalidade cirúrgica	2,61	3,6
Mortalidade clínica médica	11,64	11,96
Mortalidade clínica pediátrica	2,80	2,63

In: Ministério da Saúde e Banco Mundial, 2005 – Estudo Comparativo do desempenho de hospitais em regime de organização social.

Observa-se que, de fato, para os índices acima analisados, os hospitais geridos pelas OS's têm média de desempenho um pouco superior aos da administração direta. A questão colocada em torno de tal eficiência é questionável, já que uma simples análise de mortalidade hospitalar é referencial pouco apropriado, haja vista que pode variar de acordo com o perfil de atendimento do hospital e a região onde este está localizado, por exemplo.

Os índices de relação entre número de altas e número de leitos avalia apenas quanto tempo o hospital leva para liberar um paciente, o que também não é necessariamente um bom critério para avaliação hospitalar.

Assim sendo, o relativo melhor desempenho dos hospitais geridos pelas OS's, quando adotados os critérios acima, deve ser questionado sobre qual o impacto real sobre a saúde da população. Esses dados servem mais para a defesa do modelo das OS's do que para permitir o melhor atendimento prestado à população.

No entanto, são parte dos índices utilizados para a análise do cumprimento ou não das metas pela Secretaria de Estado da Saúde.

Pode ocorrer inclusive um efeito colateral: para atingir tal desempenho e atingir as metas definidas nos contratos de gestão, a administração por OS's, que é orientada pela lógica empresarial de



ASSEMBLÉIA LEGISLATIVA DO ESTADO DE SÃO PAULO Gabinete do Deputado Estadual Raul Marcelo

produtividade, pode sacrificar a qualidade do atendimento para ter maior rendimento e atingir as metas.

Outra questão a ser analisada é como é feita a fiscalização dos índices alegados pelas OS's, uma vez que quem aprova os relatórios de execução são os Conselhos Administrativos dos hospitais, cuja composição é majoritariamente composta por membros das OS's e não necessariamente inclui usuários do hospital.

Os parâmetros utilizados para a comparação de desempenho, que atendem, majoritariamente, à lógica empresarial e de produtividade, são questionáveis como únicos critérios para avaliação de um hospital. Outros indicadores utilizados são o gasto médio mensal dos hospitais; o número de internações, de atendimentos ambulatoriais e de exames realizados; o gasto médio mensal com pessoal; a taxa de ocupação de leitos; taxa de mortalidade geral; tempo médio de permanência nos leitos; intervalo de substituição de pacientes internados. Tais critérios não podem ser adotados como únicos para uma análise hospitalar ou na saúde, pois a assistência à saúde não atende a uma lógica linear ou de produtividade.

De posse dos dados do desempenho das Organizações Sociais, que por esses critérios é superior ao das unidades geridas pela administração direta, uma nova questão se coloca: como as OS's apresentam maior produtividade dentro dos critérios estabelecidos?

O principal motivo para justificar essa diferença é a mudança do regime de trabalho adotado pelas OS's para contratação de seus funcionários. O regime usado é o da CLT, que dentre todas as diferenças para o Regime Jurídico Único, a principal é a forma de contratação e de demissão, já que esse regime não garante estabilidade.

A gestão por cumprimento de metas, por processos e por produtividade, alguns dos modelos adotados pelas OS's, gera uma situação instável para o trabalhador por elas contratado, pois caso a meta não seja por



ASSEMBLÉIA LEGISLATIVA DO ESTADO DE SÃO PAULO
Gabinete do Deputado Estadual Raul Marcelo

ele cumprida, a administração pode demiti-lo sem a necessidade de justificativas.

Essa situação é o maior registro da precarização sofrida pelos trabalhadores dos hospitais administrados pelas OS's. Assim, a maior produtividade das unidades geridas pelas Organizações Sociais, segundo os critérios adotados pela Secretaria de Saúde para comparação com os da administração pública, se deve principalmente à super-exploração dos trabalhadores da saúde.

Abaixo seguem quadros comparativos das médias de salários dos profissionais que trabalham no setor público e nas OS's.

Quadro 1 - Salários Observados nas OSS segundo categorias funcionais/profissionais - 2004 e 2008 (valores correntes - R\$)

CATEGORIA FUNCIONAL/PROFISSIONAL	MÉDIA SALARIAL BRUTA (R\$ correntes em 2004)	A preços de 2008
Diretor Clínico	7.927,00	9.274,03
Coordenador Médico	6.075,00	7.107,32
Médico Plantonista (24hs)	2.825,00	3.305,05
Diretor Administrativo	9.934,00	11.622,08
Gerente de Enfermagem	5.221,00	6.108,20
Enfermeira (36 hs)	2.168,00	2.536,41
Auxiliar de Enfermagem	951,00	1.112,60

Fonte: SES /SP - Coordenadoria de Contratação de Serviços de Saúde - retirado de "Ministério da Saúde e Banco Mundial, 2005 - Estudo comparativo do desempenho de hospitais em regime de Organizações Sociais"

*Preços reajustados para o ano de 2008 com base no Índice Nacional de Preços ao Consumidor - IBGE

Quadro 2 - Salários Observados na Administração Direta - valores março/2007

CATEGORIA FUNCIONAL/PROFISSIONAL	MÉDIA SALARIAL BRUTA
Médico 20 hs	2.932,47
Médico Plantonista	3.517,82
Enfermeiro	1.495,20
Assistente Social	1.245,45
Farmacêutico	1.245,45
Auxiliar de Enfermagem	989,59
Auxiliar de Radiologia	759,63
Técnico de Laboratório	928,96
Técnico de Radiologia	929,96

Fonte: SES-SP (Requerimento de informação Ofício G.S. nº 5.558/2007)

*Salários são compostos pelas Gratificações GEA/GEAH/GEAPE e Produtividade/PIN.

** Farmacêutico/Psicólogo/Fisioterapeuta possuem salários idênticos

*** Valores médios de março de 2007



ASSEMBLÉIA LEGISLATIVA DO ESTADO DE SÃO PAULO
Gabinete do Deputado Estadual Raul Marcelo

Quadro 3 - Comparação entre as remunerações brutas dos profissionais em Saúde das OSS e Administração Direta, em R\$.

	Salário Bruto		Salário/hora	
	Adm. Direta	OSS	Adm. Direta	OSS
Médico Plantonista (24 hs)	3.517,82	3.305,05	36,64	34,43
Enfermeiro	1.495,20	2.536,41	18,69	17,61
Auxiliar de enfermagem	989,59	1.112,60	12,37	13,91

Fonte: SES/SP (Requerimento de informação Ofício G.S. nº 5.558/2007) e SES-SP - Coordenadoria de Serviços de Saúde - retirado de "Ministério de Saúde e Banco Mundial, 2005 - Estudo Comparativo do desempenho de hospitais em regime de Organização Social.

* Os salários das OSS estão reajustados para Janeiro de 2008

** Os salários da Administração Direta são de Março de 2007

Os salários médios dos profissionais que trabalham nos hospitais estaduais e nas OS's são semelhantes, embora o profissional que trabalha na OS's seja obrigado, pela precarização dos direitos trabalhista e por não ter estabilidade garantida, a apresentar produtividade maior. Isso fica comprovado quando comparado o número de horas de contratadas (médicas, de enfermagem e de técnicos de enfermagem)

Comparação de eficiência alocativa dos grupos Caso e Controle – hospitais OS's e da Administração Direta (N=22)

Variáveis de eficiência alocativa	Média OS's (N=12)	Média Administração Direta (N=10)	Diferença na eficiência alocativa
Horas médicas contratadas (40 horas equivalente)	143,8	203,15	(71%)
Horas de enfermagem contratadas (40 horas equivalente)	54,09	40,5	33%
Horas de auxiliares de enfermagem contratadas (40 horas equivalente)	234,12	256,81	(92%)

In: Ministério da Saúde e Banco Mundial, 2005 – Estudo Comparativo do desempenho de hospitais em regime de organização social.

Alguns dados corroboram essa constatação, especialmente a rotatividade dos profissionais: a relação de trabalhadores demitidos é maior nas OS's que nos hospitais de administração direta.

Outro processo encontrado durante as diligências adotado para atender a lógica de produtividade das metas é a "quarteirização", a terceirização



ASSEMBLÉIA LEGISLATIVA DO ESTADO DE SÃO PAULO Gabinete do Deputado Estadual Raul Marcelo

ou a contratação de empresas por parte das Organizações Sociais. Em todos os hospitais havia pelo menos um dos setores da assistência médica que é prestado por empresas contratadas. Os setores que geralmente são contratados são anestesiologia, neurocirurgia, cardiologia, ortopedia e oftalmologia (como consta na relação de empresas terceirizadas em anexo). Os profissionais contratados muito provavelmente tem remuneração que é inferior a dos trabalhadores contratados pelas OS's, embora não seja possível comprovar a remuneração de profissionais de empresas privadas.

As terceirizações na administração das OS's, pela sua amplitude, pelo valor investido e pela precarização do trabalho que delas decorrem merecem por si só uma investigação. Inclusive, de posse de mais dados, a investigação desse processo deve continuar até o último dia de funcionamento da CPI. Os hospitais que não receberam diligência ainda devem ser visitados.

Mesmo sendo as OS's organizações sem fins lucrativos, por exigência da lei, observamos ainda assim um processo de acumulação de riqueza privado, não por parte da Organização Social em si, mas por meio dos altos rendimentos proporcionados a poucos funcionários, em geral administrativos, remunerações discrepantes com as do setor público.

Além disso, foi constatado durante as diligências que há casos de hospitais em que as empresa contratadas para prestarem serviços são de posse de pessoas vinculadas às OS's ou professores das instituições de ensino mantidas pelas mesma OS's.

Diante do exposto, ressalta-se que o melhor desempenho dos hospitais geridos por OS's pouco significam na prática. No entanto, o processo de precarização do trabalho decorrente das OS's, o frágil controle do Estado sobre essas entidades e sobre a execução da assistência à saúde, leva-nos a concluir que é necessário um processo de reversão da gestão dos hospitais públicos estaduais atualmente geridos pelas OS's para a administração direta.

Esse processo poderá ocasionar mais gastos, decorrente da



ASSEMBLÉIA LEGISLATIVA DO ESTADO DE SÃO PAULO
Gabinete do Deputado Estadual Raul Marcelo

mudança do regime de trabalho e do modelo de gestão, para o qual entende-se que, analisando o orçamento do Estado, há verba para isso, bastando que parte do que é gasto para o pagamento dos juros da dívida seja revertido em gastos com a saúde e fortalecimento de um sistema que seja efetivamente público.



ASSEMBLÉIA LEGISLATIVA DO ESTADO DE SÃO PAULO Gabinete do Deputado Estadual Raul Marcelo

Conclusões do Relatório

Da terceirização.

1. Diante da situação do Instituto de Infectologia Emílio Ribas, também faz-se necessário aprofundar uma investigação sobre a terceirização dos laboratórios, que atinge também outros hospitais no Estado.

2. Em relação ao Conjunto Hospitalar de Sorocaba, diante da gravidade das denúncias feitas na oportunidade da visita realizada, entendemos ser necessário o envio, para o Tribunal de Contas do Estado de São Paulo, de uma recomendação para que realize auditoria nos contratos de terceirização vigentes naquela unidade hospitalar.

3. Por fim, uma análise global das terceirizações que hoje atingem a saúde do Estado de São Paulo, para esse fim não descartamos a necessidade de uma Comissão Parlamentar de Inquérito específica, dado o número de empresas, contratos, trabalhadores e hospitais envolvidos

Das OS's.

1. Diante de todo o exposto, entendemos ser necessário um processo de reversão da gestão por parte das OS's, por meio de um processo planejado de retorno da administração desses hospitais para a administração direta. Os recursos para tal ação seriam realocados da própria receita destinada às OS's atualmente, que hoje passa do montante de um bilhão de reais como também da diminuição dos valores enviados pelo Estado de São Paulo ao Governo Federal para remunerar os juros da dívida pública do Estado de São Paulo, que está previsto este ano pelo orçamento aprovado por esta Casa para cerca de 8 bilhões de reais. Uma pequena diminuição nesse valor poderia, não só reverter o processo das OS's, como melhorar e muito a qualidade da saúde em nosso Estado, me especial a dignidade dos trabalhadores da saúde, contribuindo para o desenvolvimento econômico e, sobretudo, o social do Estado.



ASSEMBLÉIA LEGISLATIVA DO ESTADO DE SÃO PAULO
Gabinete do Deputado Estadual Raul Marcelo

2. Entendemos ser necessário um posicionamento oficial da Secretaria de Estado da Saúde sobre a Resolução do Conselho Estadual de Saúde que deliberou pelo fim da gestão por OS's e cujo prazo expirou no ano de 2007.

3. Sugerimos que no relatório final constem os futuros levantamentos a serem realizados por este Sub-relator, em continuação da investigação, o que ainda não se realizou pela falta de envio dos documentos que já foram solicitados.